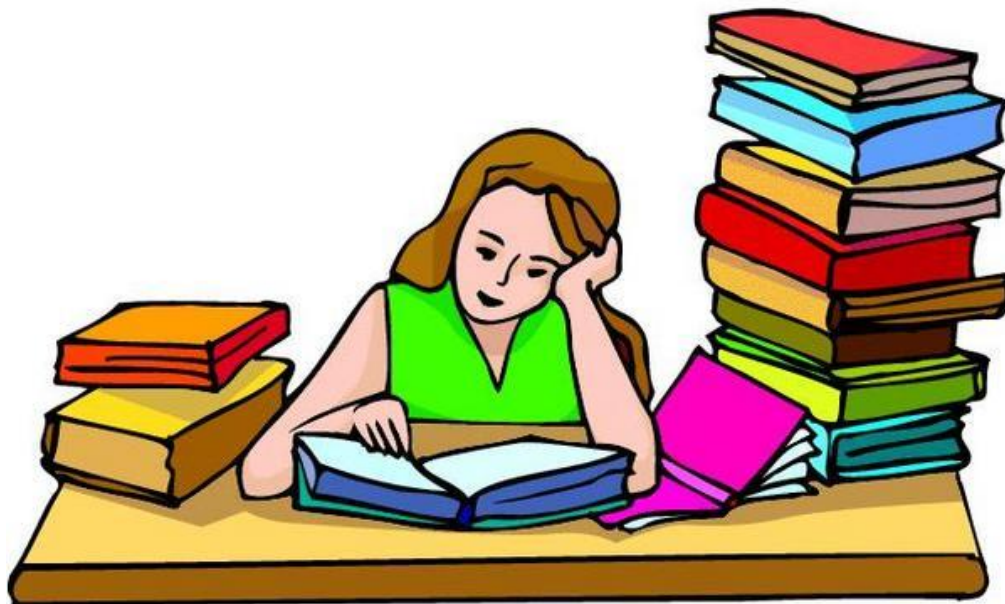


Dr Miodrag STOŠLJEVIĆ
Dr Radmila ČUKIĆ
Dr Mirjana STOŠLJEVIĆ



***UČENICI SA POTEŠKOĆAMA
U UČENJU***

Beograd, 2004.

Dr Miodrag Stošljević, Dr Radmila Čukić, Dr Mirjana Stošljević:
Učenici sa teškoćama u učenju

Izdavač:



**Kumodraška 80, Beograd
Tel. 011-496-131
Mob. 063. 811.88.96
www.stosljevic.co.yu**

Za izdavača:

Prof. dr Lazar Stošljević

Recezeni:

Doc. dr sci. Gordana Odović, somatoped

Prim. dr sci. Vladimir Adamović, neuropsihijatar

**Priprema i štampa:
BIG - Štampa**

**Tiraž
1000 primeraka**

SADRŽAJ

<i>PREDGOVOR</i>	3
1. UČENICI SA TEŠKOĆAMA U UČENJU	4
2. UČENICI SA "GRANIČNIM STANJEM INTELIGENCIJE"	5
2.1. Definicija	6
2.2. Prevalencija	7
2.3. Osobine učenika sa "graničnim stanjima inteligencije"	10
2.4. Pomoć učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije"	24
SAVETI ZA NASTAVNI KADAR	26
3. NOĆNO MOKRENJE	27
3.1. Broj dece sa stanjem noćnog mokrenja	28
3.2. Kada i koliko vaše dete treba da mokri	29
3.3 Kako dete reaguje na problem noćnog mokrenja	29
3.4. Uzroci nastanka noćnog mokrenja	33
3.5. Tretman dece sa stanjem noćnog mokrenja	34
SAVETI ZA NASTAVNI KADAR I RODITELJE	36
4. UČENICI SA POREMEĆAJEM FLUENTNOSTI GOVORA	37
4.1. Kako roditelji mogu da pomognu?	39
4.2. Može li se mucanje sprečiti?	39
SAVETI ZA NASTAVNI KADAR I RODITELJE	42

5. TIK POREMEĆAJI	44
SAVETI ZA NASTAVNI KADAR	46
6. LEVORUKOST	47
6.1. Tipovi i stepeni lateralizovanosti	48
6.2. Definicija levorukosti	49
6.3. Posledice prevežbavanja levorukih učenika	50
6.4. Dijagnostikovanje levorukosti	52
6.5. Vaspitanje i obrazovanje levorukih	53
6.6. Metodika rada sa levorukim učenicima	54
LITERATURA	

PREDGOVOR

Knjiga koja se nalazi pred vama predstavlja deo jednog šireg projekta koji za cilj ima edukaciju nastavnog kadra u redovnim osnovnim školama za prepoznavanje i ranu intervenciju kod dece koja imaju blage razvojne smetnje. Strukturu teksta u knjizi smo pokušali da izbegnemo gomilanje nepotrebnih informacija i da težište stavimo samo na one informacije koje imaju neposredni praktični značaj. Dakle, ponuđene informacije se odnose na načine i puteve kojima nastavni kadar može pomoći svojim učenicima i njihovim roditeljima.

Blage razvojne smetnje koje smo ovde obradili se odnose na decu koja imaju probleme u učenju, noćno mokrenje, mucanje, tikove itd. Odabir ovih smetnji bio je uslovljen sa dva razloga: 1. Najveći broj dece u redovnoj osnovnoj školi upravo pati od nabrojanih smetnji i 2. Nastavni kadar u školi nema gotovo nikakve stručne informacije o ovim smetnjama, pa samim tim nije u mogućnosti da adekvatno reaguje kada ovakvo dete «dobije» u svoje odeljenje. Zbog upravo navedenog, smatramo da će ova knjiga naći široku primenu u praksi čime će učitelji i nastavnici značajno doprineti uspešnijem školovanju svojih đaka.

U Beogradu,
22. 07. 2004.

AUTORI

1. UČENICI SA TEŠKOĆAMA U UČENJU

Teškoće u učenju su prouzrokovane sa dve vrste uzroka: unutrašnjim i vanjskim. Međutim, svaki nastavnik u praksi zna da postoji onoliko uzroka teškoća u učenju koliko ima i učenika. Mi smo u ovoj brošuri obradili više mogućih uzroka koja dovode do otežanog učenja, a to su:

- Učenici sa "graničnim stanjem inteligencije",
- Učenici sa stanjem noćnog mokrenja,
- Učenici sa poremećajem fluentnosti govora (mucanje),
- Učenici koji imaju tik poremećaj i
- Levoruki učenici.

Sada možemo postaviti pitanje zašto baš ova populacija učenika, a ne neka druga? Odgovor je prilično simplificiran. Čitav naš stručni i naučni deo života smo posvetili proučavanju navedenih patologija, a posebno njihovog uticaja na školovanje učenika redovne osnovne škole. Dakle, ovo nisu jedini uzroci koji stvaraju poteškoće u učenju, ali su našoj stručnoj vokaciji najbliži, pa sa pravom smatramo da u ovoj oblasti možemo najviše doprineti u smislu minimalizovanja navedenih smetnji.

Naravno, mi na ovom mestu ne isključujemo ostale uzroke kao što su oštećenja čula, socio-ekonomska deprivacija, poremećena psihodinamika porodice itd., ali jednostavno ne smatramo sebe dovoljno kompetentnim za ovu vrstu poremećaja koji mogu prouzrokovati teškoće u učenju, pa je logično da ove probleme ostavimo za neku drugu priliku i neke druge stručnjake.

2. UČENICI SA "GRANIČNIM STANJEM INTELIGENCIJE"

Termin "granična stanja inteligencije" psihometrijski gledano podrazumeva ona lica čiji se IQ skor kreće između 71 i 85 IQ jedinica (kod nekih autora ovaj skor ide i do 90 IQ jedinica). Međutim, u stručnoj literaturi on se najčešće upotrebljava za onu decu koja, pored ovakvog IQ, imaju i neke druge probleme, poput poteškoća u obrzovanju ili pak poremećaja u adaptivnom ponašanju. Sam termin je kroz istoriju "prečišćavan" više puta tako da i u današnjoj stručnoj literaturi imamo čestih terminoloških razmimoilaženja koja se javljaju kao posledica nemogućnosti egzaktnog određivanja sadržaja ovog pojma.

Na našim stručnim prostorima su izvesno vreme egzistirali termini "granični slučaj" i "deca smanjenih intelektualnih sposobnosti". Prvi termin je izbačen zbog vidnih nedostataka u smislu nepreciznog određivanja termina koji se može odnositi i na granične sposobnosti nekih drugih funkcija sem inteligencije. Drugi termin je, takođe, izbačen zbog nepreciznog određivanja jer ne ustanovljava koji je to nivo "smanjenih intelektualnih sposobnosti".

Sa specijalnopedagoške tačke gledanja snižen koeficijent inteligencije postaje relevantan samo onda kada učenik ima teškoće u učenju i ponašanju koje prouzrokuje dublje poremećaje socijalne integracije. Ove poteškoće se gotovo nikad ne javljaju kao isključiva posledica sniženog IQ, jer kao što je poznato, da su "determinante društvenog ponašanja, a time i uspeha u radu, školovanju i doseganju socijalnih pozicija, multivarijantne te da je inteligencija samo jedna od komponenti ličnosti koja nikad izolovano ne deluje" (Kovačević V., Levandovski D., 1977.). U tom smislu se može primetiti da posmatranje učenika sa graničnim stanjima inteligencije samo kroz prizmu IQ skora ne može u potpunosti osvetliti problem, već u vidu moramo da imamo i ostale parametre koji mogu da utiču na poremećaj socijalne integracije kod ove dece.

Rezimirajući napred rečeno, možemo konstatovati da se ovom problemu ne sme pristupiti univalentno, tj. problem dece sa graničnim stanjima inteligencije ne smemo posmatrati izolovano nego moramo uzeti i sve ostale parametre. Takođe, ovoj deci ne smemo pristupiti kao nekoj posebnoj kategoriji jer se ona "od lako mentalno retardirane dece razlikuju po tome što imaju prosečno dobre sposobnosti, a od prosečne dece po tome što imaju minimalne sposobnosti" (Migliorino G., 1974.), pa s tim u skladu i moramo uravnotežiti jedan integralan timski pristup koji bi doveo do maksimalnog iskorišćavanja njihovih postojećih sposobnosti u okviru inteligencije, kao i sposobnosti na drugim planovima njihovog biopsihosocijalnog funkcionisanja.

2.1. Definicija

Definicije koje nalazimo u dostupnoj literaturi uglavnom su psihološke, pedagoške ili pravne. Psihometrijski gledano, osobe sa IQ do 85 sve su do 1973. godine ubrajane u mentalno retardirane, ali pošto nije bilo moguće 13% populacije proglasiti mentalno retardiranim, AAMD revizija iz 1973. godine usvojila je termin "borderline intelligence", gde je ovu populaciju definisala sa koeficijentom inteligencije između 71 i 85. Međutim, i ovde postoji izvesna neusaglašenost tako da neki autori u "granična stanja inteligencije" ubrajaju i lica sa IQ skorom do 90, a drugi autori u ovu kategoriju ubrajaju lica sa minimalnim IQ skorom od 74 (Sheiner A.P., McNabb N.A., 1980.).

Pedagoške definicije "granična stanja inteligencije" uglavnom povezuju sa uspehom u školi, tako da većina pedagoga smatra "da nije uputno dizati uzbunu niti upozoravati nastavnike na učenika ako on izvršava školske zadatke..." (Jurić-Šimunčić A. i sar. 1982.). Iz ovoga vidimo da su pedagoške definicije uže stručne i ne posmatraju ovakvu decu u njihovoj celokupnosti.

Pravne definicije uglavnom nalazimo u pravnim aktima o evidentiranju i razvrstavanju dece i omladine ometene u razvoju. U tim aktima se ne spominju "granična stanja inteligencije" egzaktno, ali, npr. "Vojvođanski pravilnik" kaže da se nakon jednogodišnjeg stručnog tretmana u redovnoj školi mogu kategorizovati one osobe čiji orijentacioni koeficijent inteligencije iznosi između 71 i 80 (Sl. list SAPV, 1975.). Možemo primetiti da ovo područje nije ni pravno-formalno adekvatno pokriveno tako da bi se i u ovom pravcu trebali uložiti izvesni naponi.

Ukoliko asimiliramo napred navedene definicije u jednu, specijalnopedagošku tačku gledanja, pod licima sa "graničnim stanjima inteligencije" možemo podrazumevati ona lica koja imaju koeficijent inteligencije između 71 i 85 IQ jedinica, a da pritom imaju i probleme u socijalnoj integraciji koji neizostavno zahtevaju korektivno intervenisanje defektologa. Dakle, ova definicija obuhvata čitavu bio-psiho-socijalnu strukturu ovih lica sa naglaskom na poremećaj socijalne integracije i na njegovu korekciju kao krajnji cilj defektološke nauke.

2.2. Prevalencija

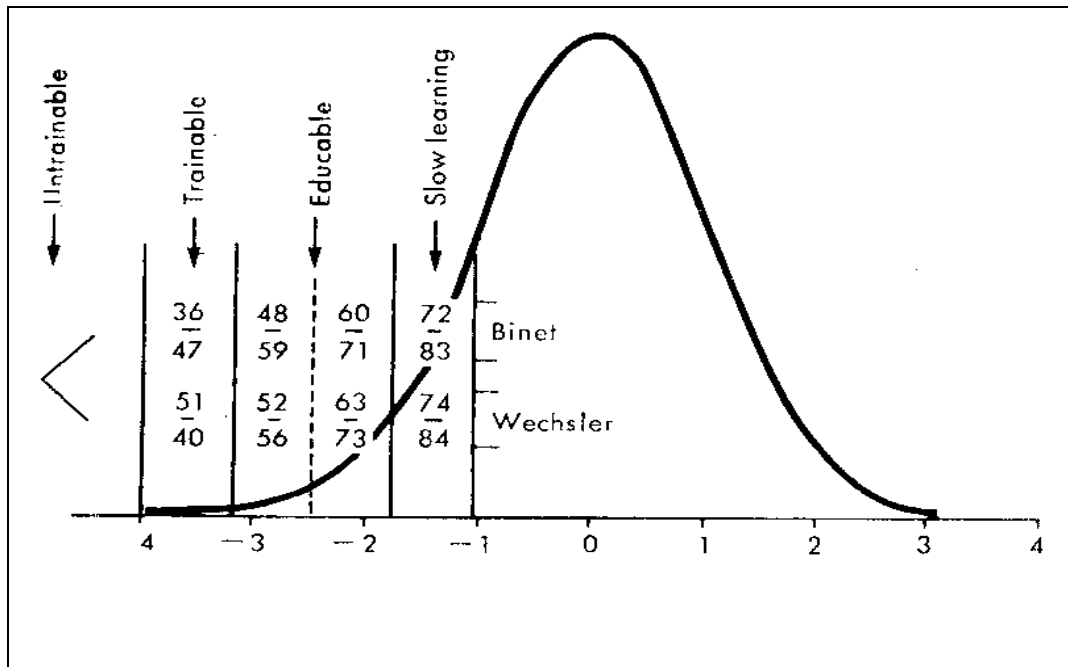
Odrediti tačan broj dece sa graničnim stanjima inteligencije je veoma teško iz više razloga. Prvi problem koji se ovde javlja jeste otežan proces diferencijalne dijagnostike, zatim, neujednačenost mernih instrumenata i na kraju različiti aspekti (defektološki, psihološki, pedagoški) u prilazu ovom problemu. Sve ove poteškoće dovode do pojave dijametralno suprotnih rezultata koji se mogu naći u dostupnoj literaturi.

Gore navedeno, najilustrativnije možemo pokazati na podacima koje je prezentirao Opara D. Prema ovim podacima, iz dve opštine, približno jednakog

društveno-ekonomskog statusa, može se videti da je u prvoj opštini bilo 1,54% učenika kategorizovanih za polazak u specijalnu osnovnu školu, a među njima je bilo 26,6% debila i 73,4% učenika sa graničnim stanjima inteligencije. U drugoj opštini podaci su se znatno razlikovali, tako da je od 3,05% učenika kategorizovanih za specijalnu osnovnu školu bilo 95,9% debila i 4,2% učenika sa graničnim stanjem inteligencije (Opara D., 1977.). Ovi podaci, iako potiču iz istog izvora, iako su rađeni istim mernim instrumentima, govore nam koliko je, u stvari, teško odrediti da li je neko dete sa graničnim stanjem inteligencije ili nije.

Svi ovi problemi se javljaju iz više razloga, od kojih je, možda, najčešći taj što stručnjaci, koji se bave ovom patologijom, ne poznaju dovoljno psihofizičke karakteristike ove dece pa ih zbog toga pogrešno razvrstavaju. Nadalje, u ovu kategoriju dece se svrstavaju i deca koja imaju neki drugi uzrok psihičke prirode koji dovodi do toga da ona imaju slične karakteristike dece sa graničnim stanjima inteligencije. Ovde bi trebali navesti podatke WHO koji kažu da 20 - 25% dece školske dobi pokazuju "blaže oblike poremećaja duševnog zdravlja", kao i podatke koje je dao Levine M.D. koji tvrdi da 4 - 20% učeničke populacije ima specifične poteškoće u učenju (Levine M.D., 1980.). Naravno, na ove podatke treba gledati maksimalno kritički, pa su oni u tom smislu i prezentirani ovde.

Broj dece sa graničnim stanjima inteligencije, koji nam se čini najrealnijim, iznosi 13,6% (Magrab P.R., Johnston R.B., 1980.). Naravno, ovaj broj dece je tačan u uslovima normalne teoretske raspodele i gledan je strogo psihometrijski. Takođe, ovaj broj od oko 13% je najčešće eksploatisan u literaturi i možemo ga naći kod većine autora.



Grafikon br 1. - Preuzeto iz: *The practical management of the developmentally disabled child;*
Scheiner A.P., Abrams I.F., The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1980.

Poštujući specijalnopedagošku definiciju graničnih stanja inteligencije iz prethodnog poglavlja, a u skladu sa pilot-istraživanjem koje smo, još davne 1994. godine, uradili u O. Š. "B. Stanković" u Beogradu, možemo konstatovati da u našoj sredini 10,49% školske populacije nižih razreda redovnih osnovnih škola ima granična stanja inteligencije. Međutim, samo 7,13% učenika ima poremećaj socijalne integracije prouzrokovan stanjem svoje inteligencije pa prema tome i spada u delokrug rada stručnjaka koji se bave specijalno pedagoškim radom. Rezultati ovoga pilot-istraživanja su prezentirani u sledećoj tabeli.

BROJ UČENIKA SA "GRANIČNIM STANJIMA INTELIGENCIJE"

Tabela a.

<i>Razred</i>		<i>I</i>		<i>II</i>		<i>III</i>		<i>IV</i>		<i>S</i>	
<i>IQ</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>71-85</i>	*	(15)	2,09	(15)	2,09	(11)	1,54	(10)	1,40	(51)	7,13
		27	3,77	20	2,80	14	1,96	14	1,96	75	10,49
<i>86 i više</i>		132	18,46	146	20,42	168	23,50	194	27,13	640	89,51
<i>S</i>		159	22,24	166	32,22	182	25,45	208	29,09	715	100

*Brojevi u zagradama i zatamnjenim poljima predstavlja broj učenika sa "graničnim stanjima inteligencije" koji imaju poremećaj socialne integracije te stoga zahtevaju specijalnopedagoški korektivni tremen.

2.3. Osobine učenika sa "graničnim stanjima inteligencije"

Deca sa graničnim stanjima inteligencije nisu neka posebna subpopulacija u strukturi učenika redovnih osnovnih škola. Ona su u jednom značajnom procentu potpuno uklopljena u društvenu sredinu u kojoj egzistiraju. Preostali deo ove dece ima izvesnih problema u socijalnom integrisanju, delom zbog nepovoljnog socijalnog okruženja, a većim delom i zbog svojih psihofizičkih karakteristika.

Psihofizičke karakteristike ove dece nisu uniformne i, u mnogome, zavise od genetskog nasleđa. Dakle, svako dete iz ove grupe moramo posmatrati "sui generis", pa, prema tome, organizovati naš pristup. Iako su ova deca posebnost "svako za sebe" ona imaju neke zajedničke karakteristike koje je moguće uočiti u više oblasti njihovog funkcionisanja.

Žerovnik i Golli (1982.) su sproveli jedno istraživanje u kojem su roditelji i nastavnici opisivali psihofizičke karakteristike ove dece, kao i poteškoće koje se kod njih javljaju. Sve ove karakteristike podelili su u niz kategorija u koje spadaju: percepcija, predstave, pamćenje i zaboravljanje, mišljenje, pažnja i koncentracija, govor, motiv cilja i samoupouzdanje u učenju, emocije, socijalna zrelost, učenje, rad, radne navike i iskustva, orijentacija u prostoru, lateralizovanost, sluh i ritam, zamor, disciplina, loši i dobri dani i motorika.

Naravno, navedene poteškoće su opšte karakteristike ove populacije i nikada se ne mogu naći kod samo jednog deteta. Dakle, pomenuti autori su opisali sledeće pojavne forme poteškoća koje se javljaju u populaciji učenika redovne osnovne škole.

Poteškoće u percepciji:

1. "ponekad ne vidi" iako je očigledno da je čulo vida neoštećeno,
2. "ne čuje" iako je očigledno da sluša,
3. ima poteškoće u izboru pravca,
4. slabije razlikuje likove međusobno,
5. teško izdvaja lik iz pozadine (npr. traženo slovo u dužoj reči ili reč u tekstu),
6. ima poteškoća pri određivanju vremena (tokom dana, u dužim vremenskim jedinicama),
7. teško povezuje vizuelne, akustičke i druge percepcije u misaonu celinu,
8. precrtava nepotpuno, sa nedostacima,
9. ono što čuje netačno ponovi".

"Određivanje nivoa vizuo-perceptivno-motornih (VPM) sposobnosti, za nas je esencijalna komponenta..." (Cappute A. J., Accordo P. J., 1980.), koja nam govori o važnom aspektu strukture ove dece. U praksi se često dešava da deca prosečne inteligencije, usled poremećaja u percepciji, budu kategorizovana kao "granična", tako da na ovaj problem moramo obratiti posebnu pažnju i izvršiti vrlo preciznu diferencijalnu dijagnostiku.

Poteškoće u formiranju predstava:

Predstave su najčešće nekompletne po sećanju, a deca iz ove kategorije javljaju se i u vizuelnom i u akustičnom i u motoričkom tipu. Pošto su predstave "pomak slike percipiranog u odnosu na realni povod ili draž, prožete osećanjima" (Bojanin S., 1985.), one su kao takve u zavisnosti od kvaliteta draži, percepcije i kvaliteta osećanja, što znači da izostanak bilo koje od ove tri karike može da dovede do oštećenja predstava.

Poteškoće u pamćenju:

1. "pamćenje je kratkotrajno,
2. zaboravan je,
3. teško zapamti ono što je video,
4. teško zapamti ono što je čuo,
5. teško zapamti pojedine grupe simbola,
6. dobro pamti jedino ono što je praktično upotrebio ili isprobao,
7. zaboravlja uputstva koje je dao učitelj ili vaspitač,
8. zaboravlja ono što je već naučio,
9. ima dobro mehaničko pamćenje".

Problem pamćenja, koji se ovde javlja, je u uskoj korelaciji sa funkcijom učenja jer ova deca "gradivo uče metodom koja nije u skladu sa njihovim sposobnostima pa zato dovoljno ni ne nauče" (Šolja B., 1977.).

Ova deca bolje pamte sadržaje koji su emocionalno obojeni, iako oni mogu biti nevažni, nego one sadržaje koji su bitni i logični. Deca sa graničnim stanjima inteligencije slabije pamćenje imaju i usled fluktuirajuće pažnje, kao i usled nemogućnosti potpunog korišćenja apstraktnog mišljenja. Nadalje, ova deca bolje pamte ukoliko su u saznavnom procesu koristili multisenzorna iskustva, odnosno, ako se nastavnik koristi samo jednim načinom prezentiranja sadržaja, zaboravljanje je obimnije.

Mišljenje:

1. "ima stvaralačke ideje,
2. svoje stvaralačke ideje ne realizuje,
3. svojim rešenjima se suviše brzo zadovolji,
4. ponavlja ranije greške,
5. tok misli je nesređen, misli mu beže,
6. asocijativno mišljenje je slabo,
7. mišljenje je na nivou konkretnog,
8. logičko zaključivanje mu pričinjava poteškoće,
9. teže gradivo neočekivano brzo shvati,
10. lako gradivo koje većina učenika odmah shvati razumeva sa poteškoćama,
11. teško preorijentiše misli sa jednog sadržaja na drugi,
12. misaono je ne fleksibilan,
13. misaono je usporen,
14. ako misaono brzo reaguje, rezultat je najčešće pogrešan,
15. misaone probleme najčešće rešava po metodu pokušaja i pogreške,
16. njegova mašta je siromašna".

"Mišljenjem se stvari razumevaju, prepoznaju u njihovoj pojedinačnosti" (Bojanin S., 1985.), te ukoliko dete nema adekvatno mišljenje za svoj uzrast, ono i nije u stanju da korektno razume sadržaje koji se plasiraju njegovom uzrastu. Mišljenje ove dece je "neposredno, konkretno, nedostaje općenitost mišljenja..." (Jurić-Šimunčić A. i dr. 1982.), što za posledicu ima visok nivo neproduktivnosti ove dece u školi.

Pažnja i koncentracija:

1. "Teško je privući dečiju pažnju,
2. pažnja je kratkotrajna,
3. pažnja se brzo prekida,
4. pošto dete nije pažljivo, nedovoljno se udubljuje u gradivo,
5. pažnja "skače" sa predmeta na predmet,
6. obim pažnje je mali,
7. u novim situacijama dečija pažnja je znatno slabija,
8. više puta je potpuno "odsutan",
9. u aktivnostima ga ometaju spoljni nadražaji,
10. pažnja je nedovoljna na časovima pojedinih nastavnih predmeta".

Iz ovoga vidimo da je pažnja jedan od osnovnih problema kod ove dece. Kod njih su oštećeni i tenacitet i vigilnost, tj. ova deca nisu u mogućnosti za održavanje pažnje na određenom sadržaju, odnosno, nisu u mogućnosti kvalitetnog prebacivanja pažnje sa sadržaja na sadržaj. "Obrasci pažnje postaju važni kada deca počinju da čitaju" (Fein G.G., 1978.), što znači da je ona bitna na onom uzrastu kada deca polaze u školu. Pored toga, pažnja je bitna i za ostale sposobnosti koje su neophodne u školskom funkcionisanju. Ukoliko je ona previše fluktui-rajuća, to dovodi do neujednačenog praćenja nastavnog sadržaja, što za sobom povlači i neujednačeno pamćenje i reprodukovanje istog. Ovo opet za posledicu ima pojavu karakterističnih problema koji decu sa graničnim stanjima inteligencije obično prati kroz čitavo školovanje.

Poteškoće u govoru:

1. "govori detinjasto,
2. govori brzo i zbog toga je govor nerazumljiv,
3. teško izgovara pojedine glasove,
4. boji se da glasno govori,
5. ometa ga nepravilan ritam govora, pa zbog toga zamuckuje,
6. boji se slušaoca,
7. ima siromašan fond reči,
8. govorno se malo izražava,
9. u verbalnom izražavanju teško pronalazi adekvatne reči,
10. rečenice su nezgrapne,
11. glas je monoton, rapav,
12. govor je unjkav,
13. veoma tiho govori,
14. u rečima zamenjuje redosled glasova,
15. pojedine glasove nadoknađuje sa drugim,
16. ispušta pojedine glasove ili ih ne izgovara pravilno,
17. dodaje pojedine glasove".

Napred navedeni poremećaji govora se često javljaju kod ove populacije. Oni su vrlo značajni zbog činjenice da govor predstavlja jednu od "osnovnih komunikativnih funkcija" (Bashir A., Shane M.C., 1980.), tj. on je jedan od osnovnih načina ekspresije intelektualnih sposobnosti. Ukoliko govor nije adekvatno razvijen, može da nam pruži "lažnu sliku" o intelektualnim sposobnostima deteta, što može da oteža diferencijalnu dijagnostiku. Conn P. i Richardson M. (1976) su dali rezultate istraživanja koji govore o značajnosti uticaja načina govora učitelja u tzv. ESN-odelenjima, odnosno, o činjenici da su ova deca prijemčljivija za usvajanje i nezgodnija za ispravljanje govornih pogrešaka koje nastaju kao posledica nepravilnog izgovora učitelja. Sve ovo nam ukazuje da prilikom analize govora učenika sa graničnim stanjima inteligencije

treba da imamo sve parametre u vidu jer, ukoliko je ona korektna, biće i naša ocena ukupnog intelektualnog funkcionisanja korektna.

Motiv cilja i samopouzdanja u učenju:

1. "nesiguran je, potrebno ga je stalno bodriti,
2. radi jedino ako ga stalno podstičemo,
3. nesiguran je kad počne da radi,
4. izbegava učenje, veće interesovanje pokazuje za druge aktivnosti,
5. brzo mu dosadi rad,
6. bez inicijative je,
7. grdnje ga veoma demotivišu,
8. i najmanji neuspeh izaziva frustraciono ponašanje".

Demotivisanost se kod ove dece javlja usled nestabilnosti u njihovoj emocionalno-voljnoj sferi. Na programirane zadatke reaguju sporo i pasivno, "međutim, kada se igraju samostalno crtaju ili slušaju priče ona su živahna, produktivna i imaju svoj cilj" (Đačkov A.I., 1973.). Snižen nivo samopouzdanja je posledica nagomilanog negativnog iskustva, tako da ova deca veoma lako odustanu od svog prvobitnog cilja koji su sebi postavili.

Moguće emocionalne poteškoće:

1. "emocionalno se ne odaziva,
2. emocionalno je oštećen, prikraćen,
3. razdražljiv je,
4. osetljiv je,
5. emocionalno je veoma labilan,
6. emocije intenzivno i otvoreno izražava,
7. emocionalno suviše brzo reaguje,
8. emocionalni problemi rastu, emotivno previše reaguje,
9. postaje tvrdoglav, nestrpljiv,
10. emocionalno je zakočen".

Kao što je rečeno sfera intelektualnog funkcionisanja je neodvojiva od emocionalno-voljne sfere. S polaskom u školu ova deca stupaju u okruženje koje ima znatno drugačije norme ponašanja, pa ona "zadovoljenja moraju odgađati na jedan bitniji način, razrešavati zaobilaznije, zadovoljavajući prethodno sve "logičke" ili "moguće" pretpostavke u nizu događaja kako na planu predstava i igre, tako i u realnosti" (Bojanin S., 1985.).

Međutim, usled nestabilnosti u emocionalno-voljnoj sferi deca sa graničnim stanjima inteligencije nisu u mogućnosti da odlože izvršenje svojih trenutnih emocionalnih potreba, što se reperkutuje na njihovo ponašanje. Na taj način se stvara neprilagođeno ponašanje, tj. ono nije primereno hronološkoj dobi u kojem se ova deca nalaze. Krajnja posledica se vidi i u njihovom slabijem funkcionisanju školi, iz čega se može zaključiti da su "emocionalna oštećenja jedan od primarnih uzroka poremećaja u učenju..." (Capute A.J., Accordo P.J., 1980.).

Socijalna zrelost:

1. "slabije se socijalno prilagođava,
2. ne kritičan je prema svom ponašanju,
3. ne samostalan je,
4. iz straha od neuspeha više voli kad je sam,
5. neuspeh ga uznemiruje i ljuti,
6. nametljiv je,
7. ne zna da se adekvatno socijalno distancira,
8. detinjasto imitira vršnjake i odrasle,
9. u individualnim kontaktima ga je lakše usmeravti nego u grupi".

Nedovoljna socijalna zrelost ove populacije predstavlja jednu od njenih osnovnih karakteristika. Deo ove dece ima poremećaj socijalne integracije baš usled nedovoljne socijalne zrelosti koja je, najblaže rečeno, bifaktorijalne prirode. Ona je prouzrokovana sniženim intelektualnim sposobnostima, ali i socijalnim okruženjem koje može nepovoljno uticati na ovu decu. "Iako je po godinama uzraslo za školu, takvo dijete po svom ponašanju ostaje predškolsko" (Đačkov A.I., 1973.), što za sobom nosi i sve osobine takvog nedozrelog ponašanja za školske uslove.

Poteškoće u učenju, radu, radnim navikama i iskustvu:

1. "pre početka rada potrebno mu je više vremena za zagrevanje,
2. brzo mu dosadi rad,
3. u radu i učenju je aljkav,
4. nerado uči, a voli fizičke poslove,
5. u znanju ima puno praznina,
6. nesiguran je, čak i ono što ume ili zna, ne ume da pokaže,
7. aktivan je tek kad doživi uspeh,
8. uči jedino za ocenu,
9. ako vreme nije ograničeno, radi bolje i preciznije,
10. prema školskom priboru je nepažljiv, uništava ga,
11. na nastavu donosi različite predmete s kojima se igra,
12. ima nepotpuna životna i praktična iskustva
13. opšte iskustvo je skromno,
14. nema radnih navika,
15. verbalne sposobnosti su nepotpune (govor, čitanje, računanje),
16. motorne sposobnosti nedovoljno su razvijene".

Primarno polje delovanja, u kojem se reflektuju snižene intelektualne sposobnosti, jeste učenje, rad i radne navike. Baš ovde se vide sve poteškoće ukupnog socijalnog disfunkcionisanja, jer ova deca, usled svojih sposobnosti, nisu u mogućnosti adekvatnog smeštanja u nastavne planove i programe.

"Učenje je promena aktivnosti kao posledica iskustva. U većini slučajeva usmereno je na zadovoljenje nekog motiva" (Mc Geoch prema Đorđević D., 1976.). Dakle, usled nepotpunog iskustva i nemotivisanosti kod ove dece dolazi do poremećaja u učenju.

Rad i radne navike su više socijalno determinisane od učenja, iako snižene intelektualne sposobnosti u mnogome doprinose kvalitetu rada i formiranju radnih navika. Ova deca se brže zamaraju a duže odmaraju, što znači da im treba više vremena da bi izvršili isti rad koji njihovi vršnjaci završe u kraćem vremenskom periodu. Takođe, kod ove dece je teško formirati radne navike (i naviku vremena i naviku mesta), te u ovom slučaju roditelji moraju da odigraju presudnu ulogu.

Orientacija u prostoru:

1. "ima poteškoća u vizuelno-motoričkoj koordinaciji,
2. sposobnost prostornih predstava je slaba,
3. ima poteškoća pri određivanju oblika, veličine i rastojanja".

Sve tri navedene poteškoće orijentacije u prostoru se češće javljaju kod dece sa graničnim stanjima inteligencije nego kod njihovih vršnjaka.

Lateralizovanost:

Problemi lateralizovanosti se javljaju u obliku levorukosti ili ambivalentnosti. Takođe, ova deca mogu biti prevežbani levaci, što može da stvori izvesne probleme u ukupnom funkcionisanju. Pošto ćemo lateralizovanost obraditi u posebnom poglavlju na ovom problemu se ovde nećemo duže zadržavati.

Sluh i ritam:

Kod dece sa graničnim stanjem inteligencije ima značajan broj dece sa nedostatkom osećaja za ritam, kao i sa nedostatkom muzičkog sluha. Ovaj nedostatak osećaja za ritam i nedostatak sluha je prouzrokovan naslednim faktorima u većoj meri nego što je posledica socijalnog okruženja.

Zamor:

1. "brže se zamori od vršnjaka,
2. pred kraj nastave zeva, podupire glavu,
3. naleže na klupu, sedi opušteno,
4. pri pisanju greši, rukopis mu je lošiji,
5. postaje dekoncentrisan, pažnja je labilna,
6. pred sam kraj nastave se smeje".

Kao što je već napred rečeno, ova deca se lakše zamaraju a sporije odmaraju od svojih vršnjaka. Zamor je smanjena sposobnost za izvršenje rada i on se najčešće javlja kao posledica neadekvatnog plasiranja nastavnih sadržaja ovoj deci koja moraju da ulažu povećane napore da bi završili školske zadatke. Sve ovo dovodi do simptoma koji su gore navedeni.

Disciplina:

1. "za vreme nastave se vrpolti, okreće,
2. celo telo je u ritmu, pokretima,
3. nemirnim ponašanjem ometa i druge,
4. nemir je bezrazložan,
5. za vreme odmora je još nemirniji".

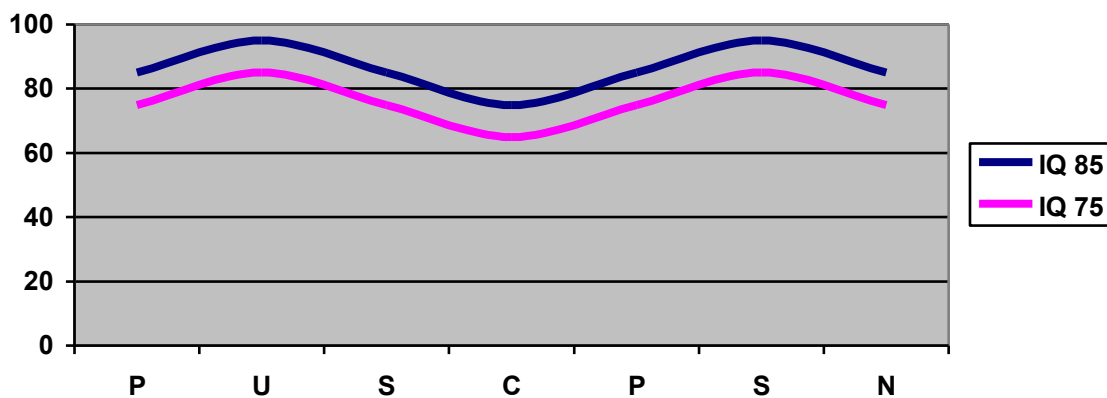
"Ovakvo ponašanje učenika obično je urođeno i prema tome uslovljeno odlikama CNS..." (Šolja B., 1977.). Naravno, uz blagodatno socijalno okruženje moguće je korektivno delovati na ovakvo ponašanje i umnogome ga popraviti.

Nedostatak discipline svoje uzroke ima i u činjenici da veliki broj ove dece ima hiperaktivni sindrom i da neodložno moraju da izvrše motorno pražnjenje.

Loše i dobre navike:

1. "ima loše i dobre dane,
2. ima loše i dobre periode,
3. u lošim danima ga je teže podučavati,
4. u lošijim danima ga je teže usmeravati,
5. osetljiv je na promene vremena".

Fluktuacija rada postoji u ukupnoj populaciji učenika, međutim, ona je od ogromnog značaja za decu sa graničnim stanjem inteligencije. Saznanje o najpovoljnijem periodu podučavanja ove dece može nam dosta pomoći u njihovom tretiranju. Fluktuacija rada postoji u toku dana kao i u toku nedelje i godine, pa nastavne planove i programe moramo praviti i u skladu sa ovim parametrima. U garfikonu br. 2 je plastično prikazana sedmična fluktuacija "dobrih" i "loših" dana kod učenika sa "graničnim stanjima inteligencije".



Grafikon br. 2.

Motorika:

1. "nespretan je,
2. pokreti su nekoordinirani,
3. slabo oblikuje linije, likove, slova,
4. u radu se zaprlja,
5. ponekad ima nehotične pokrete tela,
6. ne racionalno kretanje (nepotrebni, dodatni pokreti),
7. ima poteškoća kod usklađivanja pokreta i percepcija,
8. često pada".

Motorika je okosnica oko koje se formira ukupno funkcionisanje čoveka, te njena oštećenja "prevazilaze opseg lokalnog oštećenja" (Stošljević L. i sar., 1996.), tj. "neoštećen motorni razvoj preduslov je zdravog razvoja celokupne dečije ličnosti" (Beger A., Teodorović B., 1971.).

Pored gore navedenih, poremećaji motorike se mogu manifestovati u još bezbroj varijacija od onih najlakših disgrafija do najtežih oblika CP sa očuvanim intelektom. Svi ovi poremećaji imaju kombinovan tretman u obliku "specijalnih metoda treniranja, fizikalne terapije, lekova i ortopedske hirurgije..." (Fein G.G., 1978.). Postizanje dobrih uspeha na planu motorike neizostavno se pozitivno reflektuje i na ostala polja funkcionisanja ove dece.

Sublimirajući ove opšte psihofizičke karakteristike dece sa graničnim stanjima inteligencije, a uzevši u obzir hronološku dob na kojoj se naša ciljna grupa nalazi, možemo konstatovati da su sledeći problemi najčešći:

1. "zaostajanje u sticanju veštine čitanja...,
2. hiperaktivnost, nemogućnost ulaganja znatnijih napora, siromašna selektivna pažnja, rasejanost,
3. otežano izvršavanje naredbi,

4. problemi u integraciji,
5. hronična agresivnost, depresija, smanjeno samopoštovanje,
6. motorna inkoordinacija,
7. teškoće u usvajanju i zadržavanju novih sposobnosti,
8. konfuzija u vršenju redosleda radnji, nedovoljno poštovanje složenijih instrukcija,
9. slaba diferencijacija sheme tela,
10. nekontrolisana brbljivost..." (Levine M.D., 1980.).

Pored ovih psihofizičkih osobina, učenike sa graničnim stanjima inteligencije mogu da karakterišu i neke osobine u vladanju po kojima se razlikuju od svojih vršnjaka, a to su: "često izostajanje iz škole, laganje, nerad, skitnja, krađa, destruktivnost, impulzivnost, agresivnost, vladanje koje ne odgovara starosnoj dobi, plašljivost, plahost, nesigurnost, sugestibilnost itd." (Jurić-Šimunčić A. i sar., 1982.).

Ova deca imaju navedene poremećaje ponašanja češće nego njihovi vršnjaci, između ostalog, i zbog činjenice da njihovim intelektualnim kapacitetom se ne može u dovoljnoj meri objektivno i kritički sagledati svet kao i njihovo postojanje u njemu. Pored ovoga, i socijalno okruženje igra značajnu ulogu u formiranju njihove ličnosti tako da ova deca u najvećem broju slučajeva odrastu kao neprilagođeni članovi društva ukoliko im je i socijalno okruženje bilo nestimulativno.

I na kraju ovog poglavlja, trebalo bi nešto reći o važnosti saznanja o psihofizičkim osobinama dece sa graničnim stanjima inteligencije. Korektno upoznavanje sa ovim osobinama je neophodno, pre svega, u smislu dijagnostike, jer ukoliko studioznije upoznamo osobine ove populacije, utoliko ćemo ih i kvalitetnije dijagnostikovati, pa samim tim i tretirati.

2.4. Pomoć učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije"

Pomoć učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije" se vrši na dva fronta: edukativnom i habilitativnom. Za pomoć u edukativnom delu su zaduženi učitelji, nastavnici, pedagozi i psiholozi, a za habilitativnu vrstu pomoći sprovode somatopedi, logopedi, neuropsiholozi, lekari itd.

Edukativni deo pomoći učenicima u učenju i savlađivanju nastavnog sadržaja se može vršiti raznim metodama poput pravilnog izbora razrednog strešine, zatim odgovarajućeg planiranja gradiva, adekvatnom organizacijom grupnog i individualnog rada, dobrim timskim radom, sprovođenjem mikro nastave, kao i pravljenjem fleksibilnog rasporeda časova i rasterećenja od preteških domaćih zadataka.

U principu, odeljenja u redovnim osnovnim školama vode razredni nastavnici koji nisu posebno edukovani za rad sa učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije". Međutim, ako u nekom odeljenju ima veći broj učenika koji imaju granična stanja inteligencije, preporučljivo je da ta odeljenja vodi specijalizovani stručnjak koji ne mora nužno i predavati u tom odeljenju. Ovakav stručnjak u svakom posebnom slučaju može da bude organizator dopunske nastave ili slobodnih aktivnosti za decu sa "graničnim stanjima inteligencije" koja se nalaze u datom odeljenju.

Odgovarajuće planiranje gradiva predstavlja jednu od bazičnih komponenti u kojoj određeni specijalizovani stručnjak deluje u svrhu pomoći učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije". Stručni tim uz glavnu ulogu psihologa utvrđuje stepen razvoja svakog učenika posebno i u skladu s tim planira način reintegracije misaonih i saznavnih funkcija koje su neophodne u

savlađivanju nastavnog sadržaja. Specijalizovani stručnjak je ovde nezamenljiva figura u školskom stručnom timu, jer "ni jedan nastavnik, niti pedagog škole, niti psiholog škole ne ume da obavi ovu reintegraciju misaonih i saznavnih funkcija pri tumačenju svake nastavne jedinice i svake nove pojmovne celine" (Ćorđić A., 1970.).

Osim što mora da prilagodi nastavni sadržaj učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije", specijalizovani stručnjak mora da adaptira i proces nastave ovoj populaciji. On to radi organizovanjem grupnog i individualnog rada. Najidealniji oblik organizacije je kada bi defektolog mogao da podeli jedno odeljenje prema njihovim psihofizičkim karakteristikama u grupe. Međutim, pošto to najčešće nije moguće, rad se organizuje tako što predmetni nastavnik radi sa većinom odeljenja, a odgovarajući stručnjak mu pruža pomoć kod dece koja imaju poteškoće u učenju.

Pored navedenih oblika pomoći učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije" mogući su još neki oblici rada koji doprinose boljem funkcionisanju ove populacije. Tako, npr. organizovanje mikro nastave, u kojoj čas traje kraće, 10-30 minuta i u kojoj je grupa sastavljena od manjeg broja učenika, predstavlja dobru formu za rad sa ovom decom. Fleksibilan raspored časova je, takođe, dobar način da se prezentacija nastavnog sadržaja prilagodi sposobnostima ovih učenika. Na ovaj način punih 45 minuta rade deca kojima je to zaista neophodno, dok ostala deca koja su brže savladala gradivo mogu da dobiju neke druge zadatke. Rasterećivanje učenika od prekomernih domaćih obaveza, takođe, predstavlja vid pomoći ovoj deci jer se na taj način njihovi kapaciteti maksimalno iskorišćavaju.

Habilitativni deo pomoći učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije" podrazumeva tretman koji podiže nivo njihovih psihomotornih sposobnosti (pažnje, pamćenja, percepcije, mišljenja, motorike, govora itd.). Sprovode ga

specijalizovani stručnjaci u samoj školi ili ambulantno u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama. Ovo je najvažniji deo pomoći učenicima sa "graničnim stanjima inteligencije" jer tek kada uspemo da podignemo nivo njihovih psihomotornih sposobnosti, i time da ubrzamo njihov razvoj, možemo smatrati da smo trajno i na duži rok ostvarili naš cilj – socijalnu integraciju ove dece.

SAVETI ZA NASTAVNI KADAR

- Koristeći ovu brošuru utvrdite moguće uzroke poteškoća u učenju,
- Planirajte gradivo prema psihofizičkim mogućnostima vaših učenika,
- Organizujte individualni rad za učenike sa poteškoćama u učenju,
- Organizujte mikronastavu u okviru redovnog trajanja časa prema uputstvima iz ove brošure,
- Učitelji mogu da naprave fleksibilan raspored časova,
- Sprovodite dopunsku nastavu za manji broj učenika sa poteškoćama u učenju,
- Organizujte slobodne aktivnosti,
- Rasteretite ove učenike od prekomernih domaćih zadataka,
- Intenzivno sarađujte sa P-P službom vaše škole,
- Informišite se o relevantnim ustanovama i specijalizovanim stručnjacima koji vam mogu pomoći u radu sa ovom decom,
- EDUKUJTE RODITELJE – objasnite im stanje njihovog deteta i potrebu da se i oni uključe u edukativno-habilitativni tretman njihove dece,
- Imajte na umu da će problem biti rešen samo u slučaju sprovođenja habilitativnog tretmana koji će podići nivo psihomotornih sposobnosti ove dece i na taj način omogućiti uspešnije savladavanje nastavnog plana i programa.

3. NOĆNO MOKRENJE

Noćno mokrenje predstavlja stanje u kojem dete, nakon četvrte godine života, nemože kontrolisati započeti proces mokrenja u toku sna, iako nema vidljivih problema u funkcionisanju odgovornih organa. Iz prethodne definicije možemo izdvojiti tri činjenice koje su važne za razumevanje stanja noćnog mokrenja, a to su:

- noćno mokrenje se toleriše do četvrte godine života,
- javlja se u toku sna, dakle bez učešća svesti i
- svi odgovarajući organi su zdravi.

Prema momentu u kojem nastaje sam akt mokrenja vrste umokravanja možemo podeliti na:

- noćno mokrenje (enuresis nocturna),
- dnevno mokrenje (enuresis diurna) i
- umokravanje u toku smejanja, tzv. "giggle wetting".

Noćno mokrenje delimo prema vremenu nastanka i vremenu trajanja na:

- **primarno**; kada dete od rođenja nije prestajalo da mokri i
- **sekundarno**; kada je dete imalo "suvi period" od najmanje šest meseci.
-

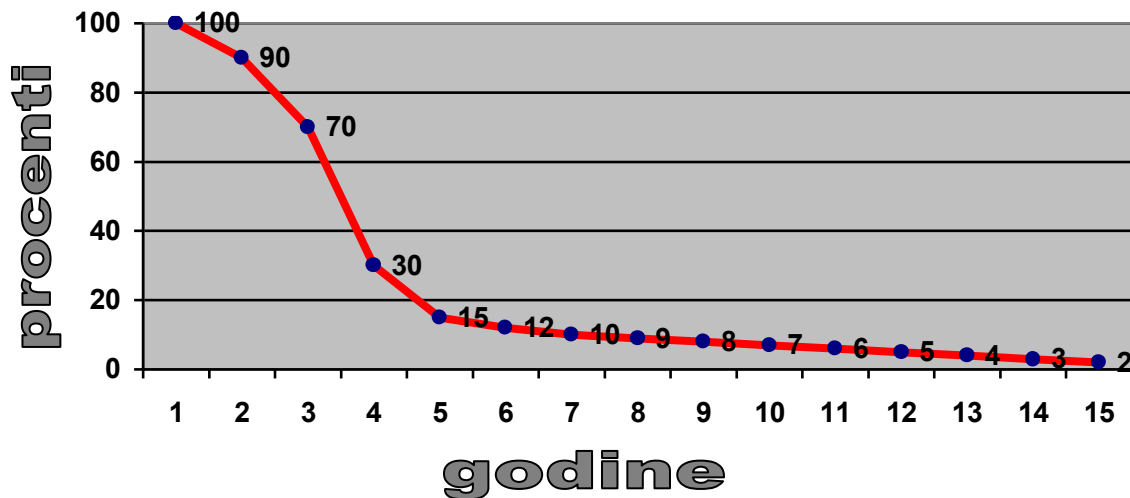
Dnevno umokravanje je za roditelje važno samo ako je udruženo sa noćnim mokrenjem ili ako je posledica neke druge bolesti.

"Giggle wetting" se javlja kod dece u toku smejanja. Češće je kod hipotone dece i ako nije udruženo sa prethodne dve vrste umokravanja ne predstavlja upozorenje za lečenje.

3.1. Broj dece sa stanjem noćnog mokrenja

Noćno mokrenje ima oko 15% dece uzrasta od 5 godina, oko 10% dece uzrasta od 7 godina i oko 2% dece uzrasta od 15 godina. Iz ovih podataka vidimo da broj dece sa noćnim mokrenjem opada sa uzrastom što se dovodi u vezu sa sazrevanjem centralnog nervnog sistema.

Grafički prikaz broja dece sa noćnim mokrenjem u odnosu na uzrast



Za nastavnike je važna i činjenica da se noćno mokrenje javlja dva puta češće kod dečaka nego kod devojčica. Upravo zbog ovoga veći broj dečaka izbegava rekreativne nastave, sportske pripreme i ostale vannastavne aktivnosti za koje je neophodan duži izostanak iz kuće.

3.2. Kada i koliko vaše dete treba da mokri

Kod razmatranja ovoga pitanja potrebno je objasniti dva parametara, a to su: 1. Broj mokrenja u toku dana i 2. Hitnost koju deca pokazuju prilikom traženja da mokre.

Deca normalno mokre oko šest puta na dan. Možete smatrati da dete ima problem sa učestalosti mokrenja ako mokri manje od četiri ili više od devet puta na dan. Većina dece mokri odmah posle buđenja, potom 1-2 puta u periodima od 8 do 12 časova, od 12 do 16 časova i od 16 časova pa do polaska na spavanje. Smanjen broj mokrenja može biti prouzrokovan zastojem u transportu mokraće dok je povećan broj mokrenja prouzrokovan povećanom produkcijom urina i/ili smanjenim kapacitetom bešike.

Hitnost koju dete pokazuje prilikom traženja da mokri je dosta subjektivna, ali na ovaj parametar možete obratiti pažnju kada dete iznenada traži da mokri u restoranu, u toku dugotrajne vožnje kolima ili u nekoj drugoj sličnoj situaciji. Svoje zapažanje, svakako, treba preneti lekaru koji će, ukoliko to smatra za neophodno, da izmeri kapacitet bešike vašeg deteta. Ovakva hitnost, najčešće, predstavlja simptom neke urinarne infekcije ili pak znak smanjenog kapaciteta bešike.

3.3 Kako dete reaguje na problem noćnog mokrenja

Sa četiri ili pet godina većina dece je indiferentna na svoje stanje noćnog mokrenja. Sa šest godina deca već misle da su u značajnoj manjini među svojim vršnjacima, dok sa sedam godina postaju potpuno sigurni da više nema nijedan

njihov vršnjak na svetu koji još uvek mokri u krevet. Na ovom uzrastu deca pokušavaju da sačuvaju svoju tajnu. Ona postaju majstori u sakrivanju svoga problema od vršnjaka, a u nekim slučajevima i od samih roditelja. U praksi smo imali veći broj "domišljatih" postupaka dece u cilju sakrivanja njihovog stanja. Mlađa deca, jednostavno, pokušavaju da sakriju umokreno rublje. Starija deca idu tako daleko da krišom peru umokrene gaćice i pidžamu. Neka deca su se spremala da sakriju slučaj noćnog umokravanja tako što su oblačila tamniji donji deo pidžame, a pored kreveta ostavljali majcu 2-3 broja veću. Majcu bi ujutro obukli pre ulaska roditelja u spavaću sobu i na taj način su pokušavala da prekriju umokreni deo pidžame.

Svako dete različito reaguje na stanje noćnog mokrenja. Neka deca su indiferentna prema svome stanju dok druga deca postaju depresivna. Prepoznavanje reakcija deteta je od najveće važnosti za lekare i roditelje zbog mogućnosti organizovanja pravovaljanog tretmana. Na ovom mestu ćemo nabrojati neke od najčešćih dečijih reakcija na stanje noćnog mokrenja. U ove reakcije ubrajamo:

- Reakcija: "Stidim se"
- Reakcija: "Nisam kao ostali"
- Reakcija: "Laž će me spasiti"
- Reakcija: "Moram sačuvati tajnu"
- Reakcija: "Nije me briga"
- Reakcija: "Ostavite me na miru"
- Reakcija: "Sve je uzalud"
- Reakcija: "Znam da to nije moja greška"

Reakcija: "Stidim se" nastaje kao posledica negativnog podkrepljenja roditelja. Ova vrsta roditelja, osim što ne ohrabruje svoju decu, koristi i mehanizam stida u cilju sprečavanja noćnog umokravanja kod dece ("Stidi se, pa

ti si već veliki"). Na ovaj način ti roditelji vrše eroziju samopouzdanja kod dece koja proizvodi još veću količinu stida i na taj način se zatvara začarani krug negativnog uticaja na stanje noćnog mokrenja.

Reakcija: "Nisam kao ostali", najčešće, nastaje kao posledica dugotrajnog stanja noćnog mokrenja koje deci oštećuje socijalni razvoj. Ova deca u čuvanju svoje tajne se udaljuju od svih socijalnih situacija u kojima se može otkriti njihovo stanje. Ona neće da spavaju van kuće, izbegavaju izlete, sportske pripreme, rekreativnu nastavu itd. Izostajanje iz ovih aktivnosti ih ZAISTA pravi drugačijim i ona to osećaju.

Reakcija: "Laž će me spasiti" je uobičajena reakcija ako znamo da je dete izabralo laganje kao mehanizam zaštite svoje tajne. Onoga momenta kada dete nemože učestvovati u određenim socijalnim aktivnostima ono počinje da izmišlja opravdanja. Pojedini roditelji ohrabruju dete u nalaženju opravdanja ili čak i sami lažu za njih. Na ovaj način oni svome detetu šalju poruku da je stanje noćnog mokrenja neprihvatljivo i da ga treba kriti. Iz ovakvog ponašanja roditelja deca mogu zaključiti da svoje lične probleme ne treba deliti sa drugima, te da ustanju bilo koje druge bolesti ne treba tražiti tuđu pomoć osim lekarske. Ukoliko se ovakvi zaključci formiraju u detetu kao trajan stav, takva deca kada odrastu mogu da imaju problema u svom psihološkom funkcionisanju. Dakle, roditelji moraju da znaju da je afirmacija istine i iskrenog odnosa mnogo važnija za budući život deteta nego činjenica da dete trenutno ima stanje noćnog mokrenja.

Reakcija: "Moram sačuvati tajnu" je, kao što se može zaključiti iz prethodnog, bazična reakcija iz koje proističu sve ostale negativne reakcije. Svi znamo da deca tokom odrastanja mogu biti surova. Njihove šale i cinični komentari mogu ozbiljno da ugroze psihički razvoj deteta koje pati od stanja noćnog mokrenja, pa nije ni čudo što takvo dete pokušava da sebe zaštiti na taj način što će sakriti svoje stanje.

Reakcijom "Nije me briga" dete prividno šalje poruku da je indiferentno na svoje stanje. U suštini to nije tako. Deca koja imaju ovakvu reakciju su duboko pogođena i osećaju da se nalaze u beznadežnoj situaciji. Ovakva reakcija dovodi dete u defanzivan položaj u odnosu na lečenje čime se šanse za uspešno izlečenje svode na minimum.

Reakcija: "Sve je uzalud" se javlja kao posledica prethodnih neuspehli pokušaja u lečenju. Dete nakon početnih neuspeha postaje nekooperativno i opoziciono raspoloženo za nove pokušaje. To je razumljiva reakcija jer dete pokušava da izbegne nova poniženja koja ga čekaju u novom razgovoru sa još jednim strancem. Ovakva reakcija nastaje i iz straha od novog neuspeha koji za sobom povlači još jedno razočarenje. Moramo priznati da nam ovakva reakcija u svakodnevnoj praksi produkuje znatne probleme zbog činjenice da još uvek živimo u Državi koja je puna nadržilekara i baba-vračara koji svojim šarlatanstvom dovode roditelje i decu u situaciju beznadežnosti u kojoj smatraju da je stanje noćnog mokrenja neizlečivo, pa upravo zbog toga i nastaje reakcija "Sve je uzalud".

Reakcija: "Znam da to nije moja greška" je najpovoljnija reakcija kod deteta. Ova reakcija omogućava najuspešniji ishod lečenja, pa roditelji treba da razvijaju ovakav stav kod deteta time što će ga podržavati. Na ovaj način se problemu pristupa realistično tako da deca imaju veći stepen entuzijazma u procesu lečenja.

3.4. Uzroci nastanka noćnog mokrenja

Uzroci nastanka noćnog mokrenja mogu biti:

- Nasledni
- Organski
- Funkcionalni
- Psihogeni

Stanje noćnog mokrenja ima dokazanu naslednu podlogu. Statistički gledano, ukoliko je jedan roditelj imao noćno mokrenje njegovo dete ima 40% šanse da noću mokri, a ukoliko su oba roditelja mokrila noću šanse da njihova deca to isto rade rastu do 70%. Mi stojimo na stanovištu da se noćno mokrenje ne nasleđuje direktno već da se nasleđuje neka od predispozicija (npr. nasleđuje se dubok san) za stanje noćnog mokrenja.

Pod organskim uzrocima nastanka stanja noćnog mokrenja podrazumevamo one uzroke koji vidljivo oštećuju neke od organa koji su odgovorni za proces mokrenja ili neke druge organe koji su u vezi sa ovim organima. Za roditelje organski uzroci nisu toliko važni jer se obično lako dijagnostikuju nakon čega lekari mogu da pristupe hirurškoj proceduri i/ili nekoj drugoj vrsti lečenja.

Najvažniji funkcionalni uzroci koji dovode do stanja noćnog mokrenja su:

1. Dubok (tvrd) san
2. Mali kapacitet bešike
3. Zatvor
4. Preosetljivost na određene vrste hrane i pića
5. Povećana proizvodnja urina

Psihološki uzroci nastanka noćnog mokrenja su usko povezani sa strukturom ličnosti enuretičnog deteta, njegovim navikama, psihodinamikom porodice, ali i sa dešavanjima u neposrednoj okolini deteta koja mogu da budu "obarač" (eng. trigger) koji dovodi do pojave noćnog umokravanja. Iz prethodnog možemo, veoma lako, zaključiti da sledeći psihološki razlozi mogu da prouzrokuju stanje noćnog mokrenja, a to su:

- Hiperaktivnost (ADHD sindrom)
- Stres
- Habitualna polidipsija (uzimanje tečnosti iz navike)
- Stimulisanje negativnog ponašanja

3.5. Tretman dece sa stanjem noćnog mokrenja

Tretman enuretične dece se sprovodi na tri fronta. Prvi front podrazumeva usvajanje određenih navika od strane dece i roditelja. Kontrola mokrenja u snu se uspostavlja kasnije i teže nego dnevna kontrola. Nije još sasvim jasno kako dete normalno postane suvo u toku noći. U svakom slučaju roditelji mogu preduzeti neke radnje kojima olakšavaju svome detetu da uspostavi kontrolu bešike u toku spavanja. Te radnje uključuju:

- Uspostavljanje sistema nagrađivanja deteta nakon što je ono provelo suvu noć,
- Ukidanje previše tečnosti pred počinak,
- Ohrabrivanje deteta da potpuno isprazni bešiku pre spavanja,
- Izgrađivanje navike da se dete bar jednom u toku noći vodi do toaleta na izmokravanje.

Drugi front je najvažniji deo tretmana i podrazumeva sprovođenje dijetetsko-higijenskog režima života u kojem roditelji i dete ispunjavaju tačno određene zahteve u smislu ishrane deteta, uzimanja tečnosti, režima sna itd. U okviru ovoga dela tretmana sprovode se i određene vežbe za relaksaciju, diferencijaciju sheme tela i stabilizovanja pažnje.

Treći front uključuje medikamentoznu terapiju tj. lekove koji se primenjuju u krajnjoj nuždi i tek ako se dete ne izleči u na prethodni način.

Lečenje dece sa noćnim mokrenjem traje 60 do 90 dana i sprovodi se u više faza tokom kojih se postepeno pojačava intezitet lečenja. U našoj zemlji postoji veći broj referentnih ustanova u kojima se ovaj problem uspešno rešava. Uspešnost izlečenja, u zavisnosti od ustanove do ustanove, dostiže procenat i do 98%.

SAVETI ZA NASTAVNI KADAR I RODITELJE



NE RADITI!

- Ne činite ništa što bi moglo da postidi vaše dete.
- Ne dozvolite da se vaše dete frustrira ili ljuti zbog svog stanja.
- NE KAŽNJAVAJTE DETE, ni pod kakvim uslovima.



RADITI!

- Objasnite vašem detetu stanje u kojem se nalazi koristeći saznanja iz ove brošure. Posebno mu objasnite mehanizam dubokog sna i njegovo dejstvo na stanje deteta.
- Recite mu ako je neko u porodici noću mokrio i objasnite mu da je to jedno prolazno stanje.
- U toku tretmana maksimalno harmonizujte svoje porodične odnose posebno na relaciji suprug-supruga.
- Otputujte na neki kraći put. Spavanje u tuđem krevetu, veoma često, pozitivno deluje na stanje noćnog mokrenja.
- Zapamtite! Samo lekar u sklopu šireg stručnog tima može rešiti vaš problem. Ne gurajte svoju decu u ruke šarlatanima.
- Budite dosledni i istrajni u sprovođenju tretmana. Ponekad je potreban duži vremenski period za izlečenje.

4. UČENICI SA POREMEĆAJEM FLUENTNOSTI GOVORA (MUCANJE)

Mucanje (dysarthria spastica) je "neurotička reakcija u oblasti govorne koordinacije koja se formira na bazi konstitucije" (Sovak M., 1979.). Ovaj isti poremećaj Brajović C. još šire definiše kao "funkcionalnu disharmoniju svesti, mišljenja, emocija i vrednosti koja se ispoljava kao zvučna disharmonija ritma i intenziteta" (Brajović C. i sar., 1977.). Lakši oblici mucanja mogu da prođu nezapaženo, dok oni teži poremećaji dovode do disfunkcije komunikacije sa svim propratnim promenama koje iz toga mogu proizaći.

Etiologija mucanja još uvek nije sa sigurnošću utvrđena, mada neki autori izdvajaju neuropatsku, genetski uslovljenu konstituciju kao predominantan faktor nastanka mucanja.

Brajović C. mucanje deli na laku formu u kojoj su klonični spazmi slabije izraženi, a i zastoji u govoru nisu upadljivije prirode, zatim srednje tešku formu mucanja u kojoj su klonični grčevi nešto jače izraženi te dovode i do dispnoičnih kriza i, na kraju, tešku formu mucanja koja ima sve ove simptome maksimalno izražene sa veoma karakterističnim respiratornim krizama.

Učenici koji imaju ovaj poremećaj, imaju i strah od govora (logofobija). Uz ovaj često veoma izražen strah, fenomen mucanja prate još neke pojave kao što su: "embolofrazije (uzrečice), hezitacija (oklevanje), zastoj i pauze, supstitucija (zamenjena reči), afonični govorni pokušaji, tikovi očnih kapaka, usana i drugog" (Stošljević L. i sar., 1990).

Pišući poglavlje o mucanju pokušali smo da naučne činjenice prikazemo na popularan način, a onda smo u časopisu "Mama" pročitali tekst našeg uglednog logopeda M. Marković koji u potpunosti zadovoljava potrebe ove brošure. Zbog upravo navedenog, ovaj tekst, sa manjim izmenama, prenosimo u celosti.

Mucanje se razvija učenjem različitih govornih i negovornih ponašanja, postajući tako naučeno ponašanje. Saznanje da se nešto naučeno može nekim drugim učenjem menjati, predstavlja temelj terapije mucanja. Novim učenjem uslovljavanja i potkrepljivanja tečnog govora, brišu se stari govorni obrasci, pa na mesto napetog i netečnog govora vremenom dolazi tečan govor.

Imajući u vidu raznovrsnost faktora koji izazivaju ili pojačavaju mucanje, neophodne su promene u detetovom okruženju i stvaranje pozitivne verbalne interakcije roditelj – dete. Zato je potrebna tesna saradnja roditelja i terapeuta kako bi se zajednički razmotrile situacije govora u kojima dete najviše muca i one situacije u kojima je dete najtečnije.

Učestalost i težina mucanja variraju. Nekada će dete govoriti bez teškoća, obično onda kada govori samo sa sobom, sa omiljenom životinjom ili dok peva. Takođe, mnoge osobe ne mucaju kada govore sa drugom osobom u glas, kada govore i pišu istovremeno, kada govore dubljim tonom glasa, imitiraju nečiji govor ili koriste neku od govornih tehnika za postizanje tečnoga govora. Mucanje može da nestane potpuno za duži vremenski period i da se onda vrati punom snagom, naročito u stresnijim situacijama. Okolnosti koje mogu da pojačaju mucanje su:

- Brz govor u porodici,
- Prekidanje deteta,
- Pogađanje šta dete želi da kaže,
- Početi sa govorom odmah nakon što dete završi,
- bombardovanje deteta sa mnogo pitanja,

- navaljivanje da se uđe u razgovor,
- nerealni zahtevi koji se pred dete postavljaju,
- konflikt između članova porodice oko discipline,
- haotičan način života u porodici bez utvrđene rutine,
- iskustva koja teraju dete da se oseća poniženim.

4.1. Kako roditelji mogu da pomognu?

Prva i najvažnija sugestija roditeljima je da PROMENE SVOJE PONAŠANJE. To ne znači da su oni krivi što dete muca, jer su uzroci višestruki, ali mogu da pokušaju da promene način na koji slušaju i reaguju na svoje dete, kao i da razumeju osećanja koja dete izražava rečima.

Treba slušati više od doslovnog značenja reči, jer dete uvek šalje emocionalne poruke svojim načinom govora (naglašavanjem reči, promenom glasnosti, neobičnim oklevanjem, pauzama, ponavljanjima) i načinom gledanja dok govori. Na taj način se otkriva signal koji zahteva intenzivno slušanje deteta i pokazivanja ljubavi, pažnje i interesovanja.

4.2. Može li se mucanje sprečiti?

Opšte mere sprečavanja mucanja se odnose na sprečavanje predispozicijskih uzročnika za njegovu pojavu. To podrazumeva obezbeđivanje uslova koji potpomažu normalan psihofizički razvoj deteta, kao što su: bogatija ishrana sa dodatkom vitamina, fizičke vežbe, plivanje, vežbe disanja i opuštanja, šetnje, harmonična, mirna i staložena atmosfera, bez porodičnih sukoba, vređanja ili suviše popustljivosti.

Svađe, psihička i fizička vređanja slabe dečiji još nezreo nervni sistem, pa ono raste ukočeno, bezvoljno i prestrašeno. Popustljivost i razmaženost dovode do nepoželjnih oblika ponašanja deteta, što postaje pogodno tlo za razna odstupanja u psihičkom i govornom razvoju.

Deca koja već imaju pogodno tlo za pojavu mucanja (slabašna, preosetljiva, nasledno opterećena) zahtevaju intenzivniju prevenciju. Preosetljivo dete se ne sme previše uzbuđivati veoma aktivnim igrama (posebno u večernjim satima), gledanjem televizije i video filmova. Do treće godine, gledanje TV treba svesti samo na jedan sat dnevno, i to da budu odabrani crtači sa jasnim razumljivim slikama, sadržajem koji se odvija normalnom brzinom, lepim govornim uzorom, emisije o životinjama i deci. Bolje je u zamenu ponuditi deci slušanje radio emisija, predstava i audio bajki, ili pesama za decu, u kojima je govor glumaca i pevača jasan, izražajan i ritmičan. Reklamni spotovi su štetni jer daju mnogo govornih i vizuelnih informacija u vrlo kratkom vremenu. Takođe, u današnje vreme i kompjuterske igrice agresivnijeg sadržaja i dugo sedenje pred ekranom, ne smeju biti zamena za porodičnu konverzaciju i igrovne aktivnosti sa decom.

Preosetljivu decu treba čuvati od neočekivanih zbivanja koja ne odgovaraju uobičajenoj dnevnoj rutini (putovanja, slavlja, posete zabavnim parkovima, i sl.), već ih za to treba unapred pripremiti.

Posebno treba voditi računa o vlastitom načinu govora koga dete sluša. On mora biti tečan, jasan, gramatički ispravan, sastavljen od sadržajnih proširenih, ali jednostavnih i dobro oblikovanih rečenica, a ne samo od kratkih naredbi. Ne treba terati dete da ponavlja reči ili cele rečenice koje su za njega preteške. Kad govori ubrzano i zapinje, nežno mu se pomaže da govori mirnije i sporije, a ako zapinje ne tražiti od njega da to ponovi već se blago skreće pažnja

na neku drugu temu. Ne sme mu se fiksirati pažnja na neispravnosti, već mu se objašnjava da je sposoban da govori pravilno i lepo. Treba uspostaviti pravila komunikacije u porodici i učiti dete da razvija slušanje kroz čitanje priča, bajki i stihova, uz podsticanje da i samo priča o njima.

Za predisponirano dete treba odvojiti posebno vreme u toku dana, bar jedan sat, kada mu se posvećuje potpuna pažnja, smanjuje se pričanje, a bavi se staloženim igrama (konstruisanje, crtanje), čitanjem, šetnjom u prirodu, ne ispravlja se njegov govor, ne ukazuje mu se na greške, ne zadirkuje se i ne imitiraju se njegova zapinjanja. Ponekad je potrebno ukazati detetu na govorne nepravilnosti, ako su one rezultat nepažljivosti, ali mu ne fiksiramo pažnju na odstupanja u govoru, već mu objašnjavamo da je sposobno da govori pravilno i tačno. Uvek mu se daje dovoljno vremena za odgovor, ne požuruje se, ne postavljaju se teška pitanja koja zahtevaju preopširan odgovor, posebno u prisustvu drugih osoba. Nikada ne treba pred odraslim gostima demonstrirati "kako je dete pametno" postavljajući mu komplikovana pitanja i tražeći da recituje duge i komplikovane stihove koji nisu primereni njegovom uzrastu. Pošto se nesigurnost u govornom izražavanju javlja zbog nedovoljno razvijenog rečnika, gramatike i izgovora, roditelji će pomoći detetu tako što će mu aktivno pomagati u upoznavanju sveta, u učenju novih pojmova da bi obogatilo rečnik i usavršavanju izgovora glasova

Roditelji bi trebali da razlikuju normalna zapinjanja od početne pojave mucanja, da bi na vreme mogli da potraže pomoć logopeda. Kada dete počne da ponavlja sve kraće govorne elemente, slogove ili glasove, učestalije, sa promenom visine glasa ili strukture reči, kad se primećuje napetost mišića lica, podizanje ramena, gutanje vazduha, nagli prekidi u govoru, znači da je potrebna hitna logopedska intervencija da mucanje ne postane navika i traumatizira dete. I tada je najkorisnije, da zadrže nezabrinuto i mirno ponašanje, ne podučavajući

dete kako treba da govori. Time bi se samo postiglo negativno osveščavanje teškoće kod deteta.

SAVETI ZA NASTAVNI KADAR I RODITELJE

1. Slušati strpljivo šta dete kaže, a ne kako kaže i odgovoriti na poruku koja stoji iza reči;
2. Dozvoliti detetu da dovrši misao bez prekidanja;
3. Održavati prirodan kontakt očima dok dete priča;
4. Izbegavati dopunjavanje deteta, neka reči budu njegove;
5. Posle detetovog govora, odgovoriti polako i bez žurbe, upotrebljavajući neke od reči koje je ono upotrebilo, na pr., ako kaže: "j.j.ja vidim zzzeku ", reći: "oh, da ti vidiš zeku, baš je sladak";
6. Postavljati manje pitanja (samo jedno) i dati mu dovoljno vremena da odgovori;
7. Usporiti ritam života u kući i provesti bar pet minuta svakog dana pričajući sa detetom bez žurbe, polako, relaksirano (opušteno);
8. Naći načina da se pokaže detetu da ga volite i cenite i da vam je lepo zajedno;
9. Obezbediti u kući smireniju, opušteniju atmosferu, da svako u porodici svakoga sluša, kada jedno govori drugo sluša i tako naizmenično. Mucanje ne sme da bude izgovor za dete da ima monopol na razgovor i da prekida druge ljude dok pričaju.

10. Dete mora da bude naučeno standardima ponašanja, društvenim vrednostima i vrsti odgovornosti koja se očekuje od njega.

11. Doslednost u polasku na spavanje u određeno vreme, pomaže detetu da se privikne na vreme spavanja, jer je red u dnevnom rasporedu blagotvoran: ustajanje, oblačenje, obroci, spavanje, što smanjuje nesigurnost u njegovom životu.

12. Postarati se da ima dovoljno odmora, jer zamor pospešuje mucanje.

13. Stari načini reagovanja na mucanje, kao: "govori polako", "diši duboko", "opusti se", su primeri nepotrebnih sugestija koje ne pomažu, već mogu samo da pogoršaju problem.

14. Pauzirajte 2-3 sekunde pošto dete završi rečenicu, pre nego što odgovorite na njegova pitanja ili komentare, jer će mu to biti model za sporiji govor.

15. Koristite jednostavan rečnik i rečeničnu konstrukciju, u laganom, opuštenom tempu, povremeno ubacujte laka ponavljanja, a ako dete postavi pitanje u vezi sa tim, recite mu da i odrasli ljudi ponekad prave greške.

16. Kad god ima teškoće sa pričom, pustite da završi komunikaciju, dozvolite mu da shvati da je važna poruka, a ne borba.

17. Dozvolite detetu da pokaže strah i ljutnju, pa to zajednički proanalizirajte.

18. Ako dete počne da vam priča dok radite stvari koje zahtevaju koncentraciju, kažite mu da tog trenutka ne možete da ga gledate, ali da ga pažljivo slušate.

19. Izbrojte koliko ste puta rekli NE u toku dana i smanjite to na pola. Zabrane moraju biti blagovremeno date uz potrebno objašnjenje.

20. Ne postavljajte pred dete nerealne zahteve, za koje još nije doraslo, ni u pogledu učenja, ni u sportsko-rekreativnim aktivnostima. Njihov dan ne sme biti preopterećen nametnutim obavezama. Moraju imati dovoljno vremena za spontanu, opuštenu igru i druženja.

5. TIK POREMEĆAJI

Tikovi su nevoljani, brzi, ponavljajući i neritmički motorni pokreti koji ne služe jasno utvrđenom cilju. Oni se najčešće javljaju u predelu glave i lica, a u najtežim slučajevima mogu zahvatiti gotovo čitavo telo kada govorimo o tzv. *Maladie des tics*. Izvestan broj dece ima i glasovne tikove koji se mogu javiti samostalno ili u kombinaciji sa motornim tikovima.

Jednostavni motorni tikovi javljaju se u vidu iznenadnih, brzih kretnji pojedinačnih mišićnih grupa za šta su najbolji primeri žmirkanje, pućenje usana, plaženje jezika, trzaji glave, "izvijanje" ramena, grimasiranje, škljocanje zubima itd. U malom broju slučajeva motorni tikovi proizvode samoozljeđivanje kod dece koja stalno grizu jezik ili usnu.

Složeni motorni tikovi, za razliku od prethodnih, se javljaju kao ponavljani obrasci kretnji koje uključuju veći broj mišićnih grupa. Deca koja imaju ovakvu vrstu tikova mogu ljuljati glavu s jedne na drugu stranu, ili je uporno okretati desno-levo. Veliki broj dece ima i kreveljenje, skakanje, ponavljano doticanje nekog dela tela, "njuškanje" predmeta ili dela tela, "tapkanje" nogama, izvijanje trupa. Dete može satima ispisivati isto slovo ili neku reč, ili može uporno cepati sveske ili knjige.

Jednostavni glasovni tikovi su također vrlo raznoliki: može se raditi o besmislenim zvucima koje dete ponavljano produkuje, ali može da se radi i o određenoj vrsti reči. Ovakav tip tikova se može dijagnostikovati u vidu nakašljavanja, "pročišćavanja" grla, roktanja, šmrkanja, podvriskivanja, "pucketanja" jezikom. Nekada deca ponavljaju izraze poput "uh, uh" ili "eee". Određeni broj dece u sklopu kliničke slike imaju i izgovaranje bezobraznih reči (koprolalija) dok druga deca uporno ponavljaju tuđe reči.

Oblik tika kod koga postoje, ili su postojali, složeni motorni tikovi i jedan ili više glasovnih tikova se naziva sindrom *Gilles de la Tourette*. Ovaj vid tik poremećaja je veoma onesposobljavajući za dete koje je obolelo, ali na sreću relativno retko se sreće u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Bolest se obično javlja između šeste i devete godine života i ima nasledan karakter. Ako jedan roditelj ima ovaj sindrom postoji 50% šanse da i deca naslede bolest. Međutim, iako se bolest nasledi u genetskom materijalu to nemora da znači da će dete i oboleti, pogotovo ako je ženskog pola jer je dokazano da samo 20-30% devojčica oboli. Sa dečacima je potpuno drugačije jer ako su oni nasledili gen koji izaziva sindrom *Gilles de la Tourette* u 99% slučajeva imaće neku od manifestacije ove bolesti.

Tikove nepravедno nazivamo "nevoljni pokreti" jer oni nisu potpuno izvan kontrole pošto ih dete može odložiti na određeno vreme i po tome se oni razlikuju od neke druge vrste grčeva (npr. grčeva u toku epileptičkog napada). Deca koja imaju tikove su sposobna da ih obuzdavaju i satima, ali nakon toga dolazi do naglog pogoršanja, pa oni postaju jači i duže traju. Za nas koji nemamo tikove taj osećaj možemo najbolje uporediti sa ujedom komarca. Svrab koji osećamo nakon ujeda možemo ignorisati za izvesno vreme, ali nakon prvog češanja on postaje još nesnosniji, pa smo primorani da nastavimo sa još intenzivnijim češanjem na mestu uboda.

Nastavnicima i roditeljima je najvažnije saznanje da motorne tikove delimo na prolazne i hronične.

Prolazni motorni tikovi javljaju se više puta dnevno gotovo svakog dana tokom najmanje četiri sedmice, ali ne duže od 12 meseci. Početak je uvek pre 18. godine. Prolazni motorni tikovi su u najvećem broju slučajeva i jednostavni, tj. zahvataju samo određenu grupu mišića. Prolazni tikovi su u većini slučajeva psihogenog porekla što znači da nastaju kao posledica stresa ili nekog drugog psihičkog uzroka. Obično se pojačavaju u toku nekog konflikta, a skloni su i spontanom vraćanju kliničke slike. Lečenje prolaznih motornih tikova u blagim slučajevima nije potrebno, dok se u težim slučajevima mogu primeniti tehnike relaksacije, antistres programi, autogeni trening i psihoterapija (razgradnja emotivnih problema koji su prouzrokovani tikovima).

Hronični motorni tikovi su, u stvari, sindrom *Gilles de la Tourette* koji smo već opisali. Kod njih se u preko 50% slučajeva nalaze EEG nenormalnosti i dopaminski poremećaji (poremećaj u lučenju hemijski supstanci u mozgu). Lečenje hroničnih motornih tikova se sastoji u davanju lekova kao što su dopaminski antagonisti (Haloperidol) ili triciklički antidepresivi (Imipramin) ili psihostimulansi (Metilfenidat) uz obavezan dodatak psihoterapije i vežba relaksacije.

Na kraju, možemo konstatovati da tikovi nisu samo medicinski problem već imaju posledice po ukupno funkcionisanje deteta jer deca koja boluju od tikova imaju slabiji uspeh u školi, manje su prihvaćeni od svojih vršnjaka i imaju veći broj dodatnih problema kao što su mucanje, noćno mokrenje, noćni strah.

SAVETI ZA NASTAVNI KADAR

- Pokušajte da saznate što više činjenica o učeniku koji ima tik poremećaj jer je ponekad dovoljan i topao razgovor da ublaži tik smetnje,
- Ne obraćajte pažnju na učenikove tikove,

- Ne vršite pozitivnu diskriminaciju u smislu protežiranja učenika sa tik poremećajima,
- Objasnite roditeljima da se tikovi uspešno leče u ustanovama koje su specijalizovane za ove probleme.

6. LEVORUKOST

Levorukost kao ispoljavanje lateralizovanosti nemožemo svrstati u psihofizičko oštećenje jer ona to i nije. Međutim, levoruki učenici imaju određene teškoće u toku svog školovanja na koje se ne obraća dovoljna pažnja. Baš zbog ove činjenice smo odlučili da i levorukost, ukratko, obradimo u ovoj brošuri i na taj način ukažemo na ovaj problem u redovnoj osnovnoj školi.

Lateralizovanost možemo definisati sa više aspekata. Sovak M. (1968.) lateralizovanost vidi kao "prevagu jednog od parnih organa (čulnih i motornih), eventualno prevagu jedne polovine naparnog organa (na primer jezika)". On razlikuje lateralizovanost oblika i funkcionalnu lateralizovanost. Lateralizovanost oblika se javlja kada se parni organi (npr. bubrezi) razlikuju po veličini, obliku ili položaju dok se funkcionalna lateralizovanost javlja u slučaju javljanja razlike u izvršenju neke funkcije (npr. motorne).

Pored navedene definicije, lateralizovanost možemo definisati i sa neuropsihološkog stanovišta. Ova definicija kaže da "lateralizovanost obeležava ekstremitete i čula jedne strane tela koji su vezani aferentnim i eferentnim putevima sa primarnim motornim i senzornim poljima hemisfera sa suprotne strane. Označava integrativne moći koje vrši svaka hemisfera u svojim primarnim poljima za prispele draži sa suprotne strane tela i u odnosu na impulse koje šalje

nervno-mišićnim spojevima na suprotnu stranu tela i ekstremitetima suprotne strane." (Bojanin S., 1985.)

Dakle, lateralizovanost predstavlja dominaciju uslovljenu kvalitetnijim funkcionisanjem jedne od moždanih hemisfera. Ova dominacija je nasledna, tj. biološki uslovljena, ali se može modifikovati pod uticajem šire socijalnih i/ili vaspitnih faktora.

6.1. Tipovi i stepeni lateralizovanosti

U praksi razlikujemo više tipova lateralizovanosti među koje, najčešće, ubrajamo:

1. urođeni tip lateralizovanosti
2. ukršteni tip lateralizovanosti
3. lateralizovanost iz nužde i
4. patološki tip lateralizovanosti.

Urođeni tip lateralizovanosti podrazumeva jako izraženu lateralizovanost koja se ne može prevežbati bez posledica po ukupno biopsihosocijalno funkcionisanje osobe koju prevežbavamo.

Ukršteni tip lateralizovanosti se javlja usled različitog uticaja hemisfera na pojedine senzorne i motorne funkcije. Tako, npr. postoje ljudi koji koriste desnu ruku a levu nogu ili, pak, desnu ruku a levo oko i uvo. Moguće su sve kombinacije lateralizovanosti. Dakle, pod ukrštenom lateralizovanošću podrazumevamo sve one slučajeve u kojima je jedan vodeći organ na desnoj strani a drugi vodeći organ na levoj strani i obrnuto.

Lateralizovanost iz nužde nastaje kada se vodeći organ ošteti tako da je čovek prinuđen da funkcije tog organa premesti na drugi parni organ.

Patološka lateralizovanost nastaje usled oštećenja dominantne hemisfere koje može nastati kao posledica traume, infektivnih procesa, proliferacije, izliva krvi u mozak itd. Kod ove vrste lateralizovanosti, kao i kod prethodne, pomoćni parni organ preuzima vodeću funkciju.

Stepen lateralizovanosti definišemo kao nivo ispoljavanja lateralizovanosti. U praksi imamo tri stepena lateralizovanosti a to su:

1. slabi stepen lateralizovanosti
2. srednji stepen lateralizovanosti i
3. jaki stepen lateralizovanosti.

Prilikom određivanja stepena lateralizovanosti za defektologa-somatopeda najveći značaj ima ispoljavanje motorne lateralizovanosti. Nas interesuje vodeća ruka kao i njen odnos sa funkcijom govora. Ukoliko se centar za govor i motorna reprezentacija vodeće ruke nalaze u istoj hemisferi možemo govoriti o urođenom tipu lateralizovanosti, odnosno o jakom stepenu lateralizovanosti. Ukoliko imamo ukršteni tip lateralizovanosti, obično se radi o srednjem ili slabom stepenu lateralizovanosti.

Od stepena lateralizovanosti zavisi i krajnji ishod manifestne lateralizovanosti tako da "levaci sasvim slabog stepena levorukosti postaju očiti dešnjaci. Levaci srednjeg stepena lateralizovanosti također prelaze na desnorukost, nekad po cenu očiglednog ili skrivenog oštećenja ličnosti. Levaci jakog stepena levorukosti odolevaju prevežbavanju, sem po cenu karakternog, eventualno intelektualnog oštećenja." (Sovak M.,1968.).

6.2. Definicija levorukosti

Levorukost predstavlja dominaciju desne moždane hemisfere izraženu u oblasti motorike gornjih ekstremiteta. Ovaj fenomen je dugo vremena bio pod uticajem predrasuda koje i danas postoje u nerazvijenim, ruralnim, sredinama. Mnogi od nas su smatrali, a i danas smatraju, da je levoruki manje vredna ljudska individua. Ovakva mišljenja su proistekla iz nekih istraživanja (Lombrozo i dr.) koji su utvrdili da levorukost predstavlja dispoziciju za neka patološka stanja kao što su mentalna retardacija, poremećaji govora, pojavu zločina itd. Ova, pogrešna, shvatanja su dovela do pokušaja prevežbavanja levaka što je za posledicu imalo pojavu niza negativnih simptoma raznih poremećaja.

6.3. Posledice prevežbavanja levorukih učenika

Posledice prevežbavanja levaka u dešnjake se, prema Sovaku M. (1968.), ogledaju u pojavi motornog nemira, u promeni ponašanja, teškoći pisanja desnom rukom, neurozama, mucanju, otporu prema školi, pogoršavanju školskog uspeha, kolebanju u uspehu, disleksiji, disgrafiji, kolebanju pažnje, neokretnosti, teškoćama u pisanju levom rukom, enurezi, tikovima, epileptičnim ispadima i u pojavi strabizma (razrokosti). Svi ovi poremećaji se češće javljaju u školskom nego u predškolskom periodu zbog činjenice da se proces prevežbavanja levorukosti, u najvećem broju slučajeva, započinje u nižim razredima osnovne škole. Pored navedenog, ova činjenica nas navodi na zaključak da praksa u školi ne vodi dovoljno računa o potrebama levoruke dece. Navedeni poremećaji su pronađeni na uzorku od 134 prevežbana levaka a njihov broj izraženo u apsolutnim vrednostima i procentima prikazan je u Tabeli a.

Iz priložene tabele vidimo da je najveći broj poremećaja (55,5%) bio u oblasti motorike izraženih kroz motorni nemir; zatim u obliku promene ponašanja (50,2%); potom su poremećaji izraženi kroz teškoće pisanja desnom rukom (39%); neuroze (38,2%) i mucanje (33%). Dakle, na ovih pet poremećaja

moramo obratiti posebnu pažnju u toku rada sa levorukim učenicima jer upravo ovi poremećaji odaju mogućnost da je neko dete prevežbano sa levorukosti na desnorukost.

POSLEDICE PREVEŽBAVANJA LEVORUKIH UČENIKA

Tabela a.

Red. Broj	P O R E M E Ć A J	B R O J	
		apsolutni	u %
1	Motorni nemir	74	55,5
2	Promena ponašanja	67	50,2
3	Teškoće pisanja desnom rukom	52	39
4	Neuroze	51	38,2
5	Mucanje	44	33
6	Otpor prema školi	37	27,7
7	Pogoršavanje uspeha	36	27
8	Kolebanje uspeha	36	27
9	Disleksije	36	27
10	Disgrafije	36	27
11	Kolebanje pažnje	29	21,7
12	Neokretnost	29	21,7
13	Teškoće pisanja levom rukom	25	18,7
14	Enureza	19	14,2
15	Tikovi	11	8,2

16	"apsencije"(epilepsija)	8	6
17	Razrokost	6	4,5

6.4. Dijagnostikovanje levorukosti

Mada na prvi pogled izgleda jednostavno, dijagnostikovanje levorukosti predstavlja veoma složen proces. Da bi uspešno izvršili dijagnostički proces levoruko dete moramo provesti kroz tri međuzavisne procedure. Na prvom mestu je uzimanje anamneze od roditelja i od samog deteta. Zatim testiranje globalne (a ne samo parcijalne lateralizovanosti ruku) lateralizovanosti odgovarajućom baterijom testova i na kraju sve dobijene rezultate ubeležavamo i poredimo sa odgovarajućim razvojnim normama.

Prilikom uzimanja anamneze moramo obratiti pažnju na sve činjenice koje nam govore o ispoljavanju lateralizovanosti. Pre svega moramo ispitati da li se levorukost pojavljivala u porodici, odnosno, sa li je neko od predaka imao dominantnu levorukost. Zatim bi trebalo utvrditi razvojne etape kod deteta tako što ćemo saznati kojom je rukom prvo hvatalo predmete oko sebe (obično igračke), potom kojom se rukom služi prilikom upotrebljavanja pribora za jelo, kojom rukom piše itd. Svi navedeni anamnestički podaci nam služe da utvrdimo stepen lateralizacije.

Testovi lateralizacije se dele na testove za utvrđivanje lateralizacije gornjih ekstremiteta, utvrđivanje lateralizacije donjih ekstremiteta i utvrđivanje senzorne lateralizacije.

U testove za ispitivanje lateralizacije gornjih ekstremiteta ubrajamo:

☞ **Test sastavljanja ruku** (dete sastavi obe ruke u stisak a mi posmatramo koji je prst ostao gore. Kod dešnjaka u 70% slučajeva gore ostaje desni palac a kod levaka obrnuto,

☞ **Test provlačenja** (posmatramo koja ruka vrši pokrete pri čemu nije bitno koja ruka drži konac a koja iglu)

☞ **Test ređanja kocki** (dete pravi kulu od kocaka pri čemu posmatramo kojom rukom ređa zadnje kocke na vrhu kule)

U testove za ispitivanje lateralizacije donjih ekstremiteta ubrajamo samo jedan test:

☞ **Test guranja predmeta** (detetu se ponudi kocka koju ono mora gurati nogom duž linije nacrtane na podu. Vodeća noga je ona koju dete koristi za guranje).

U testove za ispitivanje senzorne lateralizacije ubrajamo:

☞ **Test pomoću manuskopa** kojim određujemo vodeće oko (manuskop je monookularni durbin tako da dete prilikom gledanja može da koristi samo jedno, češće, vodeće oko).

☞ **Test slušanja** kojim određujemo vodeće uvo (ponudimo detetu sat da ga čuje i on, češće, prisloni vodeće uvo).

☞ **Test pomoću slike i pisanja** (detetu damo zadatak da nacrtaju kuću prvo jednom pa drugom rukom a potom poredimo nacrtane slike).

Na kraju sve dobijene rezultate ubeležimo a potom poredimo jedne sa drugim i sa razvojnim etapama deteta pri čemu moramo paziti na podatke dobijene iz anamneze. Tek nakon ovako sprovedene dijagnostičke procedure možemo tvrditi kojeg je dete tipa i stepena lateralizovanosti.

6.5. Vaspitanje i obrazovanje levorukih

Vaspitanje i obrazovanje levoruke dece ima svoje specifičnosti u odnosu na isti proces kod desnoruke dece. Ove specifičnosti proističu iz činjenice da desnoruka kultura negativno utiče na razvoj izrazitih levaka jer oni moraju da ulože više napora da bi se prilagodili "nepovoljnom" okruženju.

Dakle, u procesu vaspitanja i obrazovanja levoruke dece moramo obezbediti da oni od najranijeg detinjstva "slobodno i bez ograničenja koriste svoju vodeću levu ruku. Ovaj princip treba respektovati na svim fazama razvoja motorne lateralnosti i s njom povezanog razvoja govora. To se odnosi na hvatanje igračaka, upotrebu kašike, pružanje ruke za pozdrav, korišćenje olovke i drugoga pribora. Ovaj princip se oslanja na princip individualnog pristupanja detetu; on važi za vaspitanje u porodici i u kolektivnim dečijim ustanovama. Pravilno vaspitanje levorukog učenika počinje psihološkom pripremom u kući za polazak deteta u školu. Naročito je važan stav učitelja pri početnom učenju pisanja. Pravilno psihološko i metodsko postupanje se ovde oslanja na osnovne grafičke navike stečene u dečijem vrtiću. U višim razredima osnovne škole ne treba primoravati dete da se u pogledu pisanja preorjentiše na desnu ruku. Prevežbavanje desne ruke treba ostaviti prirodnom procesu." (Sovak M.,1968.).

Kao što smo videli, najkritičniji period u procesu vaspitanja i obrazovanja levorukih učenika je učenje veštini pisanja. Da bi ova deca veštinu pisanja naučila pravilno neophodno je pratiti neka metodska uputstva kao što je pravilno držanje tela, položaj hartije za pisanje, nagib sveske, pribor za pisanje, položaj ruke itd. Na kraju ovih teorijskih razmatranja možemo zaključiti da su levoruka deca ista kao i njihovi vršnjaci, te prema tome treba da imaju uobičajen proces vaspitanja i obrazovanja koji će biti praćen samo onim specifičnostima koje navedeni proces potpomažu u pozitivnom smeru.

6.6. Metodika rada sa levorukim učenicima

Tokom našeg praktičnog rada u edukaciji nastavnog kadra spoznali smo da jedan manji broj nastavnika ima predrasude prema levorukosti zbog toga što ne poznaje metodiku rada sa levorukim učenicima, a ona je sasvim jednostavna i zasniva se na nekoliko pravila.

Učenik sedi u levoj polovini klupe kako bi pribor za pisanje bio pri levoj ruci, ali ako ima više levorukih učenika, oni sede u jednoj klupi. Treba paziti da im osvetljenje slova bude dobro. Učenik sedi pravo sa laktovima naslonjenim simetrično na klupu.

Sveska je položena levo od srednje linije, njen desni ugao je ukošen tako da linija koju čini leva ruka prolazi u pravcu linije sveske.

Pisaći pribor učenik drži obrnuto (ogledalski) u odnosu na dešnjaka, pero koje pridržava nesavijenim kažiprstom ima pravac pored levog ramena.

Ruka poledinom, nikad dlanom, je okrenuta na gore, ona se naslanja na podlakticu kako bi ručni zglobovi bili labavi, tj. slobodni.

U pisanju sleva-gore prema udesno-dole, učenik treba stalno da ima pogled celog reda, on ga ne sme rukom zaklanjati. U pisanju ne sme prelaziti preko srednje linije udesno, jer bi, inače, krivio kičmu.

Od važnosti je vežbanje labavljenja cele ruke kao i celog tela.

U metodiku pisanja spada i pogodna psihološka pomoć koja se daje pravilnim ophođenjem nastavnika prema učeniku. Saradnja sa porodicom, također, spada u ovu vrstu rada i ona podrazumeva edukaciju roditelja za rad sa levorukim učenicima u kućnim uslovima.

LITERATURA

Adžibaba-Gajović M., Psihološki razvoj deteta i vaspitanje, "Svetlost", Sarajevo, 1982.

Amstrong R.W.; Rosenbaum P.L.; King S., Selp-perceived social function among disabled children in regular classrooms. Journal Development Behavior Pediatrics, February, (13), 1992.

Antropova M.V., Koljcova M.M., Psihofiziološka zrelost dece, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1986.

Appleton P.L., Minchom P.S. etc., The self-concept of young people with spina bifida: a population-based study, Developmental Medicine Child Neurology, March (36) 1994.

Bajić B., Pedagoški tretman dece sa smetnjama u razvoju, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju, "Bakar" Bor, Niš, 1980.

Bakovljević M., Osnovi pedagogije, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1989.

Barjaktarević K., Rana dijagnostika i rehabilitacija dece sa kombinovanim smetnjama, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju, "Bakar" Bor, Niš, 1980.

Bashir A., Shane H., The child with speech and language deficits; The practical management of the developmentally disabled child, A. P. Scheiner, I.F. Abroms, The C.V. Mosby company. London, 1980.

Beger A., Teodorović B.: O dominirajućoj ulozi motorike na razvoj umjereno i teško mentalno retardirane djece. Defektologija, Časopis br. 2, Zagreb, 1971.

Biga S. i sar, Refrakcione anomalije kao razlog slabovidosti, razrokosti i slepila, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju, "Bakar" Bor, Niš, 1980.

Bjondić I., Pedagogija višeometenih, Fakultet za defektologiju, Zagreb, 1976.

Blackstone S.W, Painter M. J., Speech problems in multihandicapped children; Speech and language evaluation in neurology, J. K. Darby, New York, 1985.

Bojanin S., Disgrafija dece mlađeg školskog uzrasta kao dispraksična pojava, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Beograd, 1977. godine.

Bojanin S., Komisije za razvrstavanje u sistemu zaštite mentalno zaostalih lica, Naša nada, Časopis br. 1., Beograd, 1980.

Bojanin S., Mentalna higijena u defektologiji, Defektološki fakultet, Beograd, 1988.

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

Bojanin S., Predlog klasifikacije pomećaja psihomotorike (PPM), "Anali Zavoda za mentalno zdravlje" br. 4., Beograd, 1974.

Borić A., Mentalno nedovoljna razvijenost. Društvo za pomoć mentalno nedovoljno razvijenim osobama, Zagreb, 1953.

Borojević S., Metodologija eksperimentalnog naučnog rada, II izdanje, Radnički univerzitet "Radivoj Čirpanov", Novi Sad, 1978.

Brajović C, Brajović Lj., Lečenje poremećaja funkcije govora, Naučna knjiga, Beograd, 1977.

Brajović C., Brajović Lj.: Rehabilitacija poremećaja funkcije govora, Naučna knjiga, Beograd, 1981.

Brinker R.: A challenge to teachers and a promise to severely mentally retarded students; D. Bricker, J. Filler, Severe mental retardatio: From theory to practice, Reston, VA, 1985.

British Journal od disorders of communication, No 2., october 1977., The Journal of the College of Speech Therapist, London.

Brollier C., Shepherd J., Markley K.F., Transition from school to community living, Am-Occupation Therapy, April (48) 1994.

Camarag C. A., Kolb F.O., Endokrini poremećaji, Interna medicina, M.A. Krupp, M. J. Chatton, L.M. Tierney, Savremena administracija, Beograd, 1988.

Capute A.J., Accordo P.J., Minimal Cerebral Dysfunction-Learning Disabyliti Syndroma Copolex., u: Child Development and Develo-pmental Dysabilities, Little, Brown and Company, Boston, 1980.

Carmichael K.D., Play therapy and children with disabilities; Issues-Compr Pediatric Nursis Jornal, Joul-Semptember (16), 1993.

Chatton M.J., Ullman P.M., Ishrana, pormećaj ishrane i metaboli-zma, Interna medicina, M. A. Krupp, M.J - Chatton, L.M. Tierney, Savremena administracija, Beograd, 1988.

Chein J., Delk C., The deaf population of the united states silver springs, M.D.: National association of the deaf, 1974.

Clegg J.A., Putting people first: a social constructionis approach to learnig disabilty, Brain Jornal Clinical Psychological, November (32) 1993.

Cleland C.C., Mental Retardation, Prentice-Hall INC., New Jersy, 1978.

Čukić R., Uticaj somatopedskog tretmana na međuuslovljenost fizičkih oštećenja i psihomotornih sposobnosti kod učenika redovnih osnovnih škola,

Doktorska disertacija, Defektološki fakultet, Beograd, 1995.

Ćordić A., Bojanin S., Opšta defektološka dijagnostika, Privredni pregled, Beograd, 1981.

Ćordić A., Bojanin S., Organizovanje specijalno-obrazovnog rada u redovnim osnovnim školama, Defektološka teorija i praksa, časopis broj 5-6, Beograd, 1979.

Ćordić A., Bojanin S., Osnove savremene defektološke rehabilitacije u razvojnem dobu, Defektološka teorija i praksa broj 5-6, SDD, Beograd, 1980.

Ćordić A., Pedagogija mentalno retardiranih (odabrana poglavlja), Defektološki fakultet, Beograd, 1979.

Ćordić A., Psihomotorna reedukacija mentalno zaostale dece, Specijalna škola br. 1-2, Beograd, 1977.

Đačkov A. I., Osnove defektologije, Školska knjiga, Zagreb, 1973.

Darrow D.; Stephens S., Interferences in psychosocial dewelopment of seriously health-impaired and physically disabled children. Educational implications. Acta Paedopsychiatric (55), 1992.

Davern L.; Schorr R., Public schools welcome students with disabilities as full members Todey (20), 1991.

Deatsch W. N., Shinn J.B., Otorinolaringologija, INterna medicina, M.A. Krupp, M.J. Chatton, L.M. Tierney, Savremena administracija, Beograd, 1988.

Đorđević D., Pedagoška psihologija, Radnički Univerzitet - Novi Beograd, Beograd, 1976.

Đorđević D., Razvojna psihologija, Dečje novine, Gornji Milanovac, 1984.

Ekl M., Srića K., Senzomotorni odgoj mentalno retardiranog djeteta, SDJ, Beograd, 1969.

Eraković T., Ličnost deteta i psihomotorika, "Dnevnik", Novi Sad, 1987.

Fagan J.; Schor D., Nothers of children with spina bifida: factors related to maternal psychosocial functioning. Am-Journal Orthopsychiatry January (63) 1993.

Faux S.A., Siblings of children with chronic physical and cognitive disabilities, Jorنال Pediatric Nursis, October (8) 1993.

Fay W.H., Schuler A.L., Emerging language in autistic shildren, Univerzity Park Press, Baltimore, 1980.

Fein G.G., Child Development, Prentice-Havi INC., New Jersy, 1978.

Fleming I., Normale Entwicklung des Sauglins und ihre Abweichungen, Stuttgart, 1979.

Fleming J.W., Holmes S. Barton L. Osbahr B., Differences on color preferences of weill school-age children and those in varying stages of illness, Matern-Child-Nursis Journal October-December (21), 1993.

Flickinger E.E., Amato S.C., School-age children's responses to parents with disabilities, Rehabilitation Nurses, Joul-August (19),1994.

Fry B.D., The physics of speech, Cambridge Universyti press Cambridge - London - New York - Melbourne.

Gayton G.A., Medicinska fiziologija, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1981.

Gyler L., Dudley M., Blinkhorn S., Barnett B., The relationship between psychosocial factors and developmental outcome for very low and extremely birthweight infants: a review, Aust-N-Z Jorنال Psychiatry, March (27) 1993.

Hanley B., Parkinson C.B., Positon paper on social work values: practice with individuals who have the developmental disabilities, Mental Retardation, December (32) 1994.

Harper D.C., Paradigms for investigating rehabilitation and adaptation to childhood disability and chronic illness. Journal Psychologic, October, (16), 1991.

Hart V., Multiply disabled children, handbook, of developmental and physical disabilities, V. B. Van Hasselt, Pergamon press, New Yorke, 1988.

Hinojosa J., Moore D.S., Sabari J.S., A competency-based training program in early intervention, Am-Journal Occupation Teraphy, April (48), 1994.

Hopkins T. W., Bice, K.C. Colton., Evaluation and education of the cerebral plsiied child, New Jersey stud Wachington, D.C.I.C. ofr. Ex. Ch, 1954.

Houston J.C., Premeditated assaults on young boys by a man with spina bifida and hydrocephalus a cognitive-behavioural approach to treatment, Medical Science Law., April (32), 1992.

Hrnjica S., Opšta psihologija sa psihologijom ličnosti, Naučna knjiga, Beograd, 1984.

Hundert J.; Houghton A., Promoting social interaction of children with disabilities in integrated preschools: a failure to generalize. Except-Children, February, (58), 1992.

Ihanus J., Keinonen M., Vanhamaki S., Rorschach movement responses and the TAT Transcendence Index in physically handicapped children, Perception Motor Skills, Jun (74) 1992.

Išpanović V., Nespretno dete, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1986.

Jaffe M.B., Neurological inpairment of speech production, Asse-ssment and tretment, A. Holland, Speech disorders in children, San Diego, Collegehill press, 1984.

Jespersen O., Čovečanstvo, narod i pojedinac sa lingvističkog stanovišta, Zavod za izdavanje udžbenika, Sarajevo, 1970.

Jones M.: Differential diagnosis and natural history of the cerebral palciied

child; R. Samilson, Orthopedic aspects of cerebral palsy, Philadelphia, 1975.

Jurić-Šimunčić A., Cotić A., Hudolin V.: Teškoće u učenju i vladanju, Školska knjiga, Zagreb, 1982.

Kabele, Koči, Juda, Černy: Somatopedija, SDDJ, Beograd, 1973.

Korać D. i sar., Mogućnost prevencije hereditarnih malformacija, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju, "Bakar", Bor, Niš, 1980.

Kostić A., Medicinski rečnik, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1971.

Koturović Lj., Jeričević D.: Korektivna gimnastika, NIP "Sportska knjiga", Beograd, 1980. godine.

Kovačević D., Naša nada, Časopis br. 1, Beograd, 1980.

Kovačević E., Osnovne psihomotorne i artikulacione sposobnosti kod dece i omladine sa cerebralnom paralizom, Magistarska teza, Defektološki fakultet, Beograd, 1988.

Kovačević V. i sar., Osnove teorije defektologije, Fakultet za defektologiju, Zagreb, 1988.

Kovačević V., Levandovski D., "O pojmu granični slučaj", Savezno savetovanje o integraciji graničnih slučajeva u redovnu osnovnu školu, SDDJ, Zagreb, 1977.

Lalli J.S., Browder D.M., Mace F.C. Brown D.K., Teacher use of descriptive analysis data to implement interventions to decrease students' problem behaviors, Journal Appl-Behavior Analysis, Summer (26), 1993.

Lekić Đ., Metodologija pedagoškog istraživanja i stvaralaštva, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1979.

Levin M., Garrett J., Psihološka praksa sa fizičkim invalidima, Beograd, 1970.

Levin M.D., The Child with learning disability; u: The practical menagment of

the developmentally child, The S.V. Mosby company, St. Louis, 1980.

Lukić V., Uticaj gradske sredine na veličinu pasivnog rečnika učenika osnovnoškolskog uzrasta, Naučna knjiga, Beograd, 1970.

Luria A., Osnovi neuropsihologije, Nolit, Beograd, 1976.

Magrab D.R., Johnston R.B., Mental retardation; u : Child development and developmental disabilities, Little, Brown and Company, Boston, 1980.

Mandić V., Invalidnost i rehabilitacija, Ortopedija, Jugoslovenska medicinska naklada, Jumeša, Zagreb, 1979. godine.

Matasović T., Baron V., Stopalo; Ortopedija, Jugoslovenska medicinska naklada, Jumeša, Zagreb, 1979.

Matlin M.W., Perception, Allyn and Bacon, Inc., New York, 1983.

Medicinska enciklopedija, Leksikografski Zavod, Zagreb, knjiga I - X, 1965.

Međunarodna klasifikacija oštećenja, invaliditeta i hendikepa, Zavod za zaštitu zdravlja SR Hrvatske, Zagreb, 1986.

Merrell K.W., Poppinga M.R., The alliance of adaptive behavior and social competence: an examination of relationship between the scales of Independent Behavior and the Social Skills Rating - Sistem, Research Developmental Disabilities, January-February (15) 1994.

Migliorino G., Heredity and Environment in the Development of Intelligence, Paris, 1974.

Mihajlović Lj., Patološka fiziologija nervnog sistema, Savez studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu, Beograd, 1973.

Misiuna C.; Pollock N., Play deprivation in children with physical disabilities: the role of the occupational therapist in preventing secondary disability. Journal Occupation Therapy October, (45), 1991.

Mitrović M., Đorić I., Osnovi ortopedije, Naručna knjiga, Beograd, 1979.

Mysak D.E., Handbook of speech pathology and audiology, Appleton - century - crafts educational division, New York, 1971.

Mysak D.E., Pathologies of speech systems, the Williams Wilkins Company, Baltimore, Md. 1976.

Opara D., O problemu graničnih slučajeva, Savezno savetovanje o integraciji graničnih slučajeva u redovnu osnovnu školu, SDDJ, Zagreb, 1977.

Petrović T., Levorukost kod hendikepiranih učenika, Diplomski rad, Defektološki fakultet, Beograd, 1998.

Pijaže Ž., Inhelder B., Inteliktualni razvoj deteta - izabrani radovi, ZUNS, Beograd, 1986.

Popov I., Umokravanje u spavanju (Enuresis nocturna) u dece kao znak psiho-neuro-vegetativnog sindroma u razvojnom dobu, Doktorska disertacija, Novi Sad, 1976.

Radojčić B., Klinička neurologija, Naučna knjiga, Beograd - Zagreb, 1974.

Rakić C., Kongenitalne anomalije lokomotornog aparata, Zbornik radova II, Galenika, Beograd, 1970.

Rakić D., Stojanović L., Telesna oštećenja - dijagnoza i rehabilitacija, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju "Bakar", Bor, Niš, 1980.

Reinhard H.G., Weissenborn M., Isolation and the mastering of anxiety in physically handicapped children and adolescents. Acta-Paedopsychiatric (53), 1990.

Repp A.C., Karsh K.G., Deitz D.E., Singh N.N., A study of the homeostatic level of stereotypy and other motor movements of persons with mental handicaps. Journal Intellect Disability - Res, February, (36), 1992.

Rusk A.H., Rehabilitacija – udžbenik fizikalne medicine i rehabilitacije, GIP "Srbija", Beograd, 1971.

Ruszkowski I. i saradnici, Ortopedija, Jugoslovenska medicinska naklada, Jumena, Zagreb, 1979.

Satz P., Morris R., Classification of learning Disabled Children, u: The childat psychiatric risk by Tarter R.E., Oxford Univerity press, New York-Oxford, 1983.

Saunders M.D., Saunders J.L., Saunders R.R., A program evaluation dyata collection whit bar codes. Res-Development Disabily, January - February, (14), 1993.

Savić K., Razvojna i neurološka obolenja, Osnovi dečje habilitacije i rehabilitacije, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1982.

Scheiner P.A., Mc Nabb N., The child with mental retardation, The practical management of the developmentally disable child, A. P. Scheiner, I.F. Abroms, the C.V. Mosby company, London, 1980.

Selinske J.E., Greer R.D., Lodhi S., A functional analyisis of the comprehensive application of behavior analysis to schooling, Journal Appl. Behavior Analysis, Spring (24), 1991.

Shakespeare R., The psychology of handicap, London, 1975.

Službeni list SAPV, 1975.

Smiljanć-Čolanović V., Toličić I., Dečja psihologija VIII izdanje, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1976.

Smiljanić V., Razvojna psihologija, Društvo psihologa Srbije, Beograd, 1979.

Šolja B., Osobnosti graničnih slučajeva, Savezno savetovanje o integraciji graničnih slučajeva u redovnu osnovnu školu, SDDJ, Zagreb, 1977.

Sovak M., Metodika vaspitanja levaka, SDDJ, Beograd, 1968.

Sovak M.: Specijalna pedagogika, SDCG, Beograd-Titograd, 1979.

Špoljar T., Specijalno-pedagoški aspekt rada s telesnim invalidima, Specijalna škola, časopis za pedagoška, socijalna i medicinska pitanja dece i omladine ometene u razvoju, broj 1., 1970.

Stanojević N. i sar., Rano otkrivanje i rehabilitacija dečjih psihoza, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju, "Bakar", Bor, Niš, 1980.

Stefanović D., Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju, "Bakar", Bor, Niš, 1980.

Stoiljković S., Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1979.

Stošljević L, Stošljević M., Somatopedija, Viša medicinska škola, Beograd, 1994.

Stošljević L. i sar., Somatopedija, Naučna knjiga, Beograd, 1990.

Stošljević L. i sar., Somatopedija, Naučna knjiga, Beograd, 1996.

Stošljević L., Rapajić V., Praktikum za metodiku rada sa telesno-invalidnim licima - dijagnostika, Defektološki fakultet, Beograd, 1984.

Stošljević L., Metodika rada s hendikepiranom decom, SDD SR BiH, Tuzla, 1979.

Stošljević L., Stimulativne, reedukacione i aktivne psihomotorne vežbe, materijal savetovanja SDD, Cavtat, 1979.

Stošljević M., Epidemiološka istraživanja višestrukih oštećenja kod učenika Specijalnih osnovnih škola, Magistarska teza, Defektološki fakultet, Beograd, 1992.

Stošljević M., Uticaj kliničkog defektološkog tretmana na sposobnosti učenika

sa graničnim stanjima inteligencije, Doktorska disertacija, Defektološki fakultet, Beograd, 1994.

Stošljević M. i sar., Poznavanje prevalencije "Graničnih stanja inteligencije" je preduslov kvalitetne dijagnostike, Dani defektologa SRJ, Niška Banja 1996.
Stošljević M., Somatopedski dijagnostički protokol, Bilten 1., DDJ, Beograd, 1996.

Stošljević M., Univarijantni i strukturuomultivarijantni pristup u savremenim istraživanjima, Beogradska defektološka škola, Časopis br. 1, Beograd, 1996.

Stošljević M. i sar., Tretman višestruko oštećenih osoba, Jubilarni susreti zdravstvenih radnika Jugoslavije sa međunarodnim učešćem, Budva, 1996.

Stošljević M., The care of handicapped people in medieval serbia, The first congress of world serbian academy of healt sciences, Belgrade, 1997.

Stošljević M., The rehabilitation of handicapped children – the basic principles, World Congress on Rehabilitation in Psychiatry, Belgrade, 1997.

Stošljević M., Uvod u istoriju defektologije, (monografija), Društvo za pomoć MNRO-Pančevo, Pančevo, 1997.

Stošljević M. i sar., Primena metode "Otvoreni sistem stimulacije humanog razvoja", Dani defektologa SRJ, Herceg Novi, Januar 1998.

Stošljević M. i sar., Prevencija u kliničkoj defektološkoj rehabilitaciji, Dani defektologa SRJ, Herceg Novi, Januar 1998.

Stošljević M., Prevalencija "Graničnih stanja inteligencije, Rehabilitacija hendikepiranih, časopis br. 1., Beograd, 1998

Tadić N., Psihijatrija detinjstva i mladosti, Naučna knjiga, Beograd, 1981.

Tašlić-Misailović D., Značaj psihomotornih vežbi u habilitaciji mentalno zaostale dece, "Specijalna škola", broj 3-4, Beograd, 1975.

Thompson R.J. i dr., Behavior problms in children with the presenting problem of poor scholl perfomance, Journal Pediatric Psychology, Časopis, br. 1. 1990.

Toldt-Hochstetter, Anatomischer atlas, Wien, 1947.

Varni J.W., Setoguchi Y., Correlates of perceived physical apperance in children with congenital/acquired limb deficiencies, *Jornal Development Behavior Pediatric*, Jun (12), 1991.

Vesel J., *Medicinska psihologija sa psiho patologijom*, VMŠ, Beograd, 1990.

Vigotski L., *Osnovi defektologije*, Beograd, 1987.

Vladislavljević S., *Patološki nerazvijen govor u dece SDDS*, Beograd, 1973. godine.

Wood R.L., Critical analysis of the concept of sensory stimulation for patients in vegetative states. *Brain Injury*, 1991.

Zec Ž., *Osnovi kineziologije*, Viša medicinska škola, Beograd, 1984.

Zec Ž., *Principi rehabilitacije - izabrana poglavlja*, Viša medicinska škola, Beograd, 1980.

Zovko G., *Specijalna pedagogija*, Fakultet za defektologiju, Zagreb , 1974.

Zovko G., *Učenici sa lakšim oštećenjima*, Pedagoško-književni zbor, Zagreb, 1980.

Žerovnik A., Golli D., *Priručnik za rad sa učenicima koji imaju specifične smetnje u nastavi početnog čitanja i pisanja*, PZV, Novi Sad, 1982.