

# ПОДРШКА РАЗВОЈУ ДЕЦЕ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ

*Приручник за њрмарну  
здравствену заштитиу*





## **ПОДРШКА РАЗВОЈУ ДЕЦЕ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ**

*Приручник за примарну здравствену заштитију*



Драгана Лозановић  
Ненад Рудић  
Даринка Радивојевић

# ПОДРШКА РАЗВОЈУ ДЕЦЕ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ

*Приручник за примарну  
здравствену заштитиу*



Београд, 2013.

## ПОДРШКА РАЗВОЈУ ДЕЦЕ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ

*Инструменти за процену развоја*

*Издавач*

Удружење педијатара Србије

*За издавача*

Проф. др Радован Богдановић

*Уредници*

Прим. мр сци. мед. Драгана Лозановић, специјалиста социјалне медицине,  
Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд  
Др Ненад Рудић, психијатар, Институт за ментално здравље, Београд  
Даринка Радивојевић, психолог, специјалиста медицинске психологије

*Рецензенти*

Проф. др Вероника Ишпановић, неуропсихијатар, Институт за ментално здравље, Београд  
Проф. др Радован Богдановић, педијатар, Институт за здравствену заштиту мајке и детета  
Србије „Др Вукан Чупић“, Београд

*Лектор*

Владо Ђукановић

*Корица и илустрације*

Љубица Ранчић

*Штампа*

Досије студио д.о.о, Београд

*Тираж:* 700 примерака

ISBN 978-86-85527-14-2



Публикације „Приручник за примарну здравствену заштиту“ и „Инструменти за процену развоја“ настале су оквиру пројекта „Унапређивање подршке раном развоју детета у оквиру примарне здравствене заштите у општинама на југу Србије“ који су у сарадњи спроводили Удружење педијатара Србије, Институт за ментално здравље из Београда и Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ уз подршку Министарства здравља Републике Србије и Канцеларије UNICEF-а у Србији.

Припрема ове публикације подржана је кроз заједнички програм Уједињених нација „Очување мира и инклузивни локални развој (PBILD)“ који су финансијски подржали шпански Фонд за достизање Миленијумских циљева развоја, Шведска агенција за међународни развој (SIDA), Швајцарска агенција за развој и сарадњу (SDC), Краљевина Норвешка и Програм за развој Уједињених нација (UNDP).

## РЕЦЕНЗИЈА

Приручник за здравствене раднике **Подршка раном развоју детета у оквиру примарне здравствене заштите** представља оригиналан допринос унапређењу раног развоја и здравља деце најмлађег узраста, те најдрагоценије, али и најосетљивије категорије целокупне популације.

Аутори Приручника су стручњаци различитих профила који се дуги низ година баве унапређењем здравља деце и превенцијом, дијагностиком и третманом поремећаја развоја у детињству. Приручник је настао као плод дугогодишњег искуства аутора у непосредном раду са децом са поремећајима развоја и њиховим породицама, а посебну снагу овим искуствима дају и сазнања која су аутори стекли током извођења пројекта „Јачање система примарне здравствене заштите за подршку развоју деце у раном узрасту“ реализованог у сарадњи Удружења педијатара Србије, Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ и Института за ментално здравље, уз подршку Министарства здравља и Канцеларије УНИЦЕФ у Србији.

Рукопис Приручника износи 172 страна и илустрован је великим бројем цртежа, табела и фотографија. Текст је подељен у следећих шест тематских поглавља: Подршка раном развоју детета у оквиру примарне здравствене заштите, Рани развој – од могућности до остварења, Рани развој – развојне области, Развојне тешкоће, Процена психомоторног развоја детета и Подршка родитељима.

У поглављу *Подршка раном развоју деце у оквиру примарне здравствене заштите* аутори износе свој приступ унапређењу здравља и превенцији поремећаја развоја заснован на тзв. „еколошком моделу“ који сагледава развој и настанак поремећаја развоја кроз интеракцију биолошких и психолошких карактеристика самог детета и срединских утицаја, првенствено породице, али и ширег окружења детета, укључујући културу, језик и обичаје окружења којем дете припада. Из оваквог „еколошког модела“ пролази да су спречавање и третман поремећаја развоја у раном детињству могући само у садејству свих учесника који чине тзв. потпорни систем детета, а то су, на првом месту, родитељи и шира породица детета, али и стручне службе – здравствене, образовне, социјалне, са којима дете и породица долазе у контакт у најранијим периодима развоја. Аутори истичу да посебну улогу међу тим службама има примарна здравствена заштита која је у позицији да прати развој детета и утиче на тај развој још пре рођења, а затим и у првим годинама живота детета, које представљају најосетљивији, али и најплодоноснији период развоја.

У поглављу *Рани развој – од моћности до остварења* документовано се обрађује теза да на развој детета значајно утичу не само биолошки чиниоци који делују пре, током и после рођења, него и целокупан психосоцијални контекст живљења његових родитеља, на првом месту мајке, и да тај развој започиње много пре него што се дете роди. Детљано су приказани фактори ризика и заштитни фактори и њихова интеракција током сензитивних периода развоја.

У наредном поглављу приказана су савремена сазнања о раном развоју у области психомоторике, чула, говора и језика, когнитивних способности и интелигенције, као и у области психосоцијалог и емоционалог развоја. У оквиру сваке од наведених области развоја табеларно су приказане норме развојних функција у првим годинама живота детета, односно показатељи нормалног развоја и показатељи заостајања и одступања. Изузетно систематичан, јасан и прегледан начин приказивања ових развојних норми чини га доступним и врло корисним не само за стручњаке него и за родитеље који, коришћењем ових табела, лако могу да прате развој свог детета и уоче евентуална заостајања или одступања. Аутори наглашавају да је најосетљивији период развоја ових функција од рођења до навршене треће године живота детета и да су због тога интервенције за стимулисање развоја и спречавање поремећаја најделотворније уколико се започну већ на том узрасту.

У поглављу *Смејње у развоју* разрађен је концепт детета са ризиком и детаљно су приказани показатељи успореног психомоторног развоја, затим регулаторне тешкоће у области исхране, спавања, емоција, понашања и контроле сфинктера. Показатељи који омогућавају рано препознавање ових тешкоћа и предузимање одговарајућих интервенције за стимулацију развоја детета са ризиком чине овај део текста врло корисним не само за стручњаке него и за родитеље. Приказане су и сметње у развоју које нису тако честе у раном периоду живота, као што су первазивни поремећаји развоја и хиперкинетички синдром, али је врло значајно да здравствени радници буду способни да их препознају већ на раном узрасту. На крају сваке тематске целине налази се језгровито и врло јасно упутство за здравствене раднике и родитеље како да поступају са дететом које испољава описане сметње.

Завршно поглавље садржи упутства здравственим радницима за саветовање и комуникацију са родитељима у оквиру примарне здравствене заштите.

Истичем да је сложена материја која се у Приручнику обрађује написана јасним језиком и стилем, што још више повећава њену дидактичку вредност.

## Закључак

Приручник **Подршка раном развоју детета у оквиру примарне здравствене заштите** представља оригиналан допринос унапређењу раног развоја и здравља деце најмлађег узраста. Приручник је базиран на савременом „еколошком моделу“ развоја личности детета и пружа обиље практичних информација и упутстава здравственим радницима и сарадницима у примарној здравственој заштити.



Имајући у виду реформу система здравствене заштите у нашој средини, у коме изабрани педијатар и његови сарадници имају главну улогу у унапређење здравља и превенцији поремећаја развоја, као и у њиховом раном препознавању и третману, може се рећи да овај Приручник долази у прави час. Писан је јасним стилем, са пуно смисла за дидактику, па сматрамо да ће наићи на добар пријем у стручним круговима и топло га препоручујем за штампање.

У Београду, 19. новембра 2013.

Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић  
Проф. др Радован Богдановић

## АУТОРИ

*Мр сци. мед. Оливера Алексић Хил, дечји психијатар,  
Института за ментално здравље, Београд*

*Душанка Калањ, дипломирани социјални радник,  
Института за ментално здравље, Београд*

*Прим. мр сци. мед. Драјана Лозановић, специјалиста социјалне медицине,  
Института за здравствену заштитну мајке и деце Србије „Др Вукан  
Чујић“, Београд*

*Прим. др Марица Милидраћ, педијатар,  
Дом здравља „Савски венац“, Београд*

*Даринка Радивојевић, психолог, специјалиста медицинске психологије*

*Др Љиљана Радовановић, специјалиста физикалне медицине и  
рехабилитације*

*Др Ненад Рудић, психијатар,  
Института за ментално здравље, Београд*

*Посебну захвалност исказујемо др Јелени Зајејановић-Јаковљевић  
из УНИЦЕФ-а на значајном стручном доприносу садржају  
ове публикације, а посебно у ојављу подршка раном развоју  
деце у оквиру примарне здравствене заштите.*

## САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР.....	13
УВОД.....	15
<i>Драјана Лозановић</i>	
<b>Прво поглавље</b> <b>ПОДРШКА РАНОМ РАЗВОЈУ ДЕТЕТА У ОКВИРУ</b> <b>ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....</b>	<b>19</b>
Значај улагања у рано детињство .....	21
<i>Драјана Лозановић</i>	
Примарна здравствена заштита, промоција здравља и превенција у раном детињству .....	23
<i>Драјана Лозановић, Марица Милиграј</i>	
Промоција, програми и услуге – улагање у унапређење здравог развоја детета .....	24
<i>Драјана Лозановић</i>	
Програми у заједници.....	26
<i>Драјана Лозановић</i>	
Превенција – циљеви и задаци у здравственој заштити појединаца и популације .....	28
<i>Драјана Лозановић, Марица Милиграј, Ненад Рудић</i>	
Рад саветовалишта у дому здравља .....	32
<i>Драјана Лозановић, Марица Милиграј</i>	
Шта рећи родитељима у саветовалишту приликом прве превентивне посете .....	35
<i>Даринка Радивојевић</i>	

**Друго поглавље****РАЗВОЈ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ – ОД МОГУЋНОСТИ ДО ОСТВАРЕЊА..... 39**

<b>Рана искуства и сензитивни развојни периоди .....</b>	<b>41</b>
<i>Ненад Рудић</i>	
<b>Дете, породица и средина .....</b>	<b>46</b>
<i>Драјана Лозановић, Ненад Рудић, Душанка Калањ</i>	
<b>Фактори ризика и заштитни фактори .....</b>	<b>48</b>
<i>Драјана Лозановић</i>	
<b>Породица и родитељство .....</b>	<b>54</b>
<i>Ненад Рудић, Душанка Калањ, Драјана Лозановић, Оливера Алексић Хил</i>	
<b>Констелација материнства.....</b>	<b>62</b>
<i>Оливера Алексић Хил</i>	
<b>Постпартална депресија.....</b>	<b>64</b>
<i>Ненад Рудић</i>	

**Треће поглавље****РАЗВОЈ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ – РАЗВОЈНЕ ОБЛАСТИ ..... 65**

<b>Психомоторни развој.....</b>	<b>67</b>
<i>Даринка Радивојевић</i>	
<b>Моторни развој детета.....</b>	<b>73</b>
<i>Љиљана Радовановић</i>	
<b>Развој чула и значај чулне стимулације за рани развој детета: чулна искуства и њихова интеграција.....</b>	<b>82</b>
<i>Марица Милидрај</i>	
<b>Рани психосоцијални развој.....</b>	<b>89</b>
<i>Ненад Рудић, Даринка Радивојевић</i>	
<b>Развој когнитивних способности и интелигенције.....</b>	<b>98</b>
<i>Даринка Радивојевић</i>	
<b>Развој говора и језика.....</b>	<b>105</b>
<i>Оливера Алексић Хил</i>	
<b>Емоционални развој.....</b>	<b>109</b>
<i>Оливера Алексић Хил, Душанка Калањ</i>	

**Четврто поглавље****РАЗВОЈНЕ ТЕШКОЋЕ ..... 113**

Развој детета рођеног са ризиком ..... 115

*Љиљана Радовановић*

Успорен психомоторни развој ..... 116

*Марица Милиграј*

Тешкоће регулације ..... 120

*Оливера Алексић Хил, Ненад Ругић*

Тешкоће у сензорном процесирању и моторном планирању ..... 129

*Марица Милиграј*

Сметње у развоју ..... 130

*Ненад Ругић*

Первазивни развојни поремећаји – развојни поремећаји из спектра аутизма ..... 132

*Ненад Ругић*

Хиперкинетски синдром са поремећајем пажње или без њега ..... 135

*Оливера Алексић Хил***Пето поглавље****ПРОЦЕНА ПСИХОМОТОРНОГ РАЗВОЈА ДЕТЕТА ..... 139**

Праћење и процена развоја детета ..... 141

*Марица Милиграј*

Испитивање психомоторног развоја ..... 145

*Даринка Радивојевић***Шесто поглавље****ПОДРШКА РОДИТЕЉИМА ..... 151**

Саветовање и комуникација са родитељима ..... 153

*Даринка Радивојевић*

Саопштавање осетљивих информација ..... 157

*Даринка Радивојевић*

Приступ родитељима деце са сметњама у развоју ..... 160

*Душанка Калањ***ЛИТЕРАТУРА ..... 163**

## ЛЕГЕНДА



Основне поставке у приступу деци и у организацији пружања подршке



Дефиниције појмова



Кључне информације о инструментима за процену развоја



Информације и упутства који унапређују разумевање развоја детета и пружање подршке детету и породици



Упутства и савети које је потребно пренети родитељима



Понашања/знаци на које је потребно обратити пажњу јер указују да је неопходна интервенција ради превазилажења/отклањања/смањивања проблема/одступања/кашњења у развоју

## ПРЕДГОВОР

Развој деце, а нарочито рани развој деце, није само ствар урођених капацитета или ограничења самог детета већ представља резултанту онога са чиме се дете рађа, неге и бриге коју добија у оквиру породице и заједнице (кроз различите делове система за бригу о деци), односа са другима особама које брину о деци, васпитавају је и образују и подстицаја и подршке коју добијају од стране других, заједнице и јавних институција.

Ова савремена научна сазнања о значају подстицања свих аспеката развоја детета у најранијем детињству и улогама других у окружењу детета позивају на додатни ангажман и здравственог система и целе друштвене заједнице у подршци деци и њиховим родитељима на путу остварења пуних потенцијала детета. Право на развој и право на здравље основна су права сваког детета, а неопходна подршка за њихово остварење обавеза је сваке државе и тиме сваког здравственог система. Препознавши потребу за додатним оснаживањем здравствених радника у примарној здравственој заштити, првенствено педијатара, како би могли да предводе промоцију, заштиту и унапређење раног развоја детета и пруже пуну подршку остварењу права детета, у складу са приоритетима Министарства здравља, група стручњака различитих профила окупљених преко Удружења педијатара Србије израдила је публикацију „Подршка развоју деце у раном детињству - приручник за примарну здравствену заштиту“.

Овај приручник обједињује знања и упутства из међународне литературе и националне стручне праксе у домену подстицања раног развоја, раног препознавања развојних тешкоћа, раних интервенција, а посебно саветовања родитеља и комуникације са родитељима чија деца испољавају тешкоће у развоју и поремећаје понашања. Приручник такође указује на процедуре хоризонталног и вертикалног упућивања у оквиру система здравствене заштите, као и на повезивање здравственог система са другим системима и актерима у заједници.

Уз публикацију „Подршка развоју деце у раном детињству – приручник за примарну здравствену заштиту“ сачињена је и публикација „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“, која садржи изабрана знања и алатке за спровођење адекватне промоције, превенције и дијагностике у домену развоја детета у најранијем детињству и која је саставни део припремљеног едукативног материјала.

Приручник и публикација у којој су дати инструменти за процену развоја сажето и практично обрађују поменуте теме кроз призму примене знања и вештина у примарној здравственој заштити, а ослањају се на додатну научну и наставну литературу из области развојне педијатрије, тј. педијатријске и друге уџбенике за основне и специјалистичке медицинске студије. Области као што су раст, исхрана, имунизација, превенција повреда, поремећаји здравља итд., које су једнако важне за физичко здравље детета у раном детињству и стоје у тесној вези са развојем детета, у потпуности су покривене у доступној медицинској литератури и стога нису предмет ове публикације.

Садржај приручника и публикације са инструментима припремљени су и примењени кроз едукативне семинаре намењене педијатрима, односно педијатријским и патронажним сестрама у примарној здравственој заштити деце предшколског узраста у Јужној Србији. Семинари су реализовани у оквиру пројекта „Јачање система примарне здравствене заштите за подршку развоју деце у раном узрасту“ који су у сарадњи спровели Удружење педијатара Србије, Институт за ментално здравље из Београда и Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, уз подршку Министарства здравља и Канцеларије UNICEF-а у Србији. Финансирање овог пројекта реализовано је кроз заједнички програм Уједињених нација „Очување мира и инклузивни локални развој (PBILD)“ који су подржале шведска, шпанска, норвешка и швајцарска влада. Четири курса из пројекта су акредитована и одржана у домовима здравља у Врању и Лесковцу, а курсеве је похађало преко 80 здравствених радника из свих домова здравља у Пчињском и Јабланичком округу. Предвиђени програм обрађен је по тематским целинама кроз више краћих излагања, уз интерактивну наставу. То је подразумевало радионичарски рад у мањим групама, пленарна саопштења, заједничке дискусије, размену мишљења, предавања, вежбе, као и доношење заједничких закључака после дискусија. Искуства стечена током семинара и драгоцене сугестије ових здравствених радника интегрисани су у публикације и додатно су унапредили њихов квалитет.

Унапређење капацитета здравствених радника за подршку развоју деце у раном узрасту између осталог има за циљ да, у складу са биоeколошким моделом, прошири фокус здравствених радника са „детета“ на „дете у породици“, а као основни резултат има подизање нивоа свести и капацитета код родитеља деце у раном узрасту за рану стимулацију свих аспеката развоја детета. Јачање капацитета родитеља/породице, са нарочитим нагласком на укључивање очева у негу деце и њихову стимулацију, представља питање које се у наредним годинама мора решавати уз ангажовање многобројних учесника и здравственог система, али и целог друштва. Значај ране стимулације развоја детета непроцењив је и не може се поредити са ефектима стимулације у другим фазама развоја детета, па зато завређује посебну пажњу и улагања кроз људске и финансијске ресурсе.



## УВОД

*Драјана Лозановић*

Прве године живота имају изузетно велики утицај на целокупни развој детета (когнитивни, сензорни, говорно-језички, психомоторни, емоционални и психосоцијални), а тиме и на његова постигнућа и напредак у одраслом добу – оне утичу на добро здравље и успех у школи, ниво самопоуздања, свеукупну емоционалну стабилност, осећање поверења и развој социјалних вештина. Мождани развој најинтензивнији је у првим месецима и годинама живота, али искоришћавање овог огромног природног развојног потенцијала директно зависи од искустава и стимулуса различитих интеракција којима се дете у овом периоду излаже. Зато се може рећи да се у овом периоду развоја, који има изузетан значај, сваком детету пружају многе прилике, али то је такође период у коме се све те прилике могу пропустити и нарушити.

Током првих неколико година живота мала деца у потпуности зависе од неге одраслих, родитеља или старатеља. Вештине родитељства имају највећи значај за одгајање деце, пружање емоционалне подршке, стимулисање њиховог развоја и успостављање успешне комуникације са њима. Ова рана стимулација и подршка још су важнији за маргинализовану децу, односно децу која живе у сиромаштву или имају проблеме у развоју. И поред тога, родитељи ове деце често су препуштени сами себи и имају ограничен приступ услугама које су им намењене. Рана дијагностика и благовремене и адекватне интервенције – подршка и третмани – имају пресудни значај у остваривању пуних развојних потенцијала деце са инвалидитетом и тешкоћама у развоју.

У раном детињству, у узрасту до треће године живота, дете и породица усмерени су првенствено на систем здравства. Током овог периода дете и његова породица сусрећу се са педијатром и педијатријском сестром између 10 и 16 пута. Сходно томе, на систему здравствене заштите је велика одговорност да реагује благовремено и на одговарајући начин тако што ће уводити и превентивне мере и мере лечења. Током овог изузетно важног периода, пружаоци примарне здравствене заштите, а нарочито педијатри и патронажне сестре, требало би да имају пресудну улогу у координацији подршке, нези детета и бризи о детету, као и у пружању подршке породици.

Основни правци деловања здравствених радника односе се на пружање саветодавне подршке родитељима како би они препознали значај родитељства и развили свест о сопственој улози у подршци развоју сопственог детета, свест о значају игре са дететом и свест о могућностима развоја својих капацитета за родитељство. Поред тога, не треба занемарити чињеницу да је дете актер свог развоја. Зато учешће детета и његов однос са родитељима и другима из околине (породицом, васпитачима, суседима) имају велики значај у развоју.

Социјални развој, дељење значења и разумевања са другима, развој културног идентитета и сарадња са другима јесу предуслови да дете постане активни члан заједнице. Здравно и подстицајно окружење подржава развој биолошких капацитета детета, а усмерено је и на обезбеђивање доступности помоћне технологије за развој интелектуалних (решавање проблема, читање, писање) и свих других вештина и знања детета.



**Право на развој је основно право сваког детета** гарантовано Конвенцијом о правима детета. Иако обезбеђивање опстанка и физичког здравља детета представљају приоритет у деловању, конвенција апострофира да су сви аспекти развоја важни, као и да су здравље малог детета и његово психосоцијално благостање на различите начине међусобно зависни те да могу бити угрожени лошим условима живота, занемаривањем, безосећајним поступањем и злоупотребом, односно ограниченим могућностима за остваривање пуних потенцијала. Остваривање овог права могуће је само на свеобухватан начин, кроз спровођење свих других одредаба Конвенције као што су право на здравље, адекватну исхрану, социјално осигурање, адекватан животни стандард, здраву и безбедну животну средину, право на образовање и игру, право на мишљење и учешће детета (у складу са својим развојним могућностима), као и кроз поштовање одговорности родитеља и пружање помоћи и квалитетних услуга. Најбољи интерес детета је право и принцип и има посебно место у свим поступцима који се тичу малог детета.

Политика здравствене заштите и законодавни оквир који регулише ову област у Србији недвосмислено признају чињеницу да би најугроженије, најмаргинализоване групе деце требало да имају приоритет у настојањима да се реформише систем здравствене заштите.<sup>1</sup>

Концепт свеобухватног развоја у најранијем детињству још увек није у потпуности схваћен нити је инкорпориран у практично деловање здравствених радника, а нарочито недостају мере, механизми и вештине којима би се помогло родитељима и тиме проширила усмереност деловања здравственог система у најранијем узрасту детета са „детета“ на „дете у породици“. У оквиру система здравствене заштите приоритет се даје физичком здрављу детета, док се остали аспекти здравља потискују у други план. Капацитети педијатријских и патронажних сестара не користе се

<sup>1</sup> Национални програм и Стручно-методолошко упутство за спровођење Националних програма здравствене заштите жена, деце и омладине, Министарство здравља РС.

на адекватан начин за подршку деци и њиховим породицама, нарочито када су у питању маргинализоване породице, односно породице деце са тешкоћама у развоју или инвалидитетом. Неки домови здравља организовали су развојна саветовалишта намењена интензивнијем раду са децом у ризику као одвојене организационе и функционалне целине, али оваква саветовалишта постоје само у мањем броју општина, а последњих неколико година није било никаквог ширења и унапређења њихових капацитета.

Данас постоји потреба да се повећају компетенције и капацитети, нарочито педијатара те педијатријских и патронажних сестара из домова здравља, за пружање подршке родитељима деце у раном детињству за рану стимулацију, као и да се повећа ефикасност здравствених радника у раној дијагностици развојних ризика и обављању раних интервенција.

Овај приручник треба да пружи потпору здравственим радницима да се боље снађу у улози саветодаваца у комплексним питањима забринутих и недовољно упућених родитеља о сопственој улози у васпитању и развоју свог детета.

## **Зашто је овај приручник намењен здравственим радницима у примарној здравственој заштити?**

Пораст свести о предностима превенције у очувању и унапређењу здравља, уз све бројнија сазнања о значају ране подршке развојним, психолошким и социјалним потребама деце, захтева да педијатри буду пре свега практичари који брину о деци, али и о њиховим родитељима. Они морају бити квалификованији за приступ који представља много више од откривања и лечења појединих медицинских проблема. Потребу за оваквим профилем је, још крајем шездесетих година прошлог века, исказао проф. др Вукан Чупић ставом да би педијатри, по завршеној специјализацији дечјих болести, требало још годину дана да се оспособљавају за квалификовано бављење проблематиком примарне здравствене заштите деце. Нова научна и технолошка достигнућа нису доскора била праћена и већом свешћу о потреби да се овлада специфичним знањима и способностима, као и усмерењем, што је све неопходно за успешно остваривање квалитетне примарне здравствене заштите деце.

Основа деловања мора бити превенција. Такође се не може *a priori* прихватити да ће се родитељи, упркос најбољој жељи, о детету увек бринути на најбољи начин. Да би могли да доприносе очувању и унапређењу здравља своје деце на најбољи начин, потребно им је пружити одговарајућу физичку, емоционалну и интелектуалну потпору за развој родитељских вештина као и превазилажење тешкоћа са којима се сусрећу. Зато препоруке треба да буду прилагођене и потребама детета и могућностима родитеља, како би могли да их разумеју и примене.

## Шта се очекује од здравственог радника у примарној здравственој заштити?

Здравствена политика у свету данас поново инсистира на међусобном повезивању система здравствене заштите, социјалне заштите, образовања, културе, науке и привреде те других друштвених делатности у циљу развоја друштва. Здравље је, као вредност највише категорије, предуслов за развој друштва. Немогућност квантитативног мерења вредности здравља представља проблем у дефинисању и поређењу са другим вредностима.

Наша улога, улога здравствених радника, заправо је улога просветитеља, васпитача за здравље који треба да у свакој прилици и на сваком месту промовишу и заступају право на здравље. Наш задатак је да подржимо „одговорно родитељство“ и да градимо сарадњу са родитељима која треба да помогне родитељима да направе најбоље изборе за своје дете у конкретним околностима. Наш утицај на породице и друштво је огроман, као и на здравље. Наша снага је у нашој вољи и знању да помажемо људима да направе прави, здрав избор, да очувају своје здравље и здравље својих ближњих, своје околине тако што ће усвајати вредности и понашања које воде унапређењу и одржавању здравља. Од нас то очекују и појединац и друштво. Нама се верује.

Посебно место заузима саветовалишни рад сваког здравственог радника у примарној здравственој заштити. Саветовалиште представља спону која треба да усклади активности родитеља, њихове навике, обичаје и схватања о подизању деце, њихова стремљења, жеље и амбиције са реалним дететом, његовим потребама, захтевима и могућностима. Информације о стварним потенцијалима, али и о ризицима из окружења детета, које се добијају најпре кроз кућне посете патронажних сестара и других здравствених радника, значајно помажу у усмеравању и подизању делотворности саветовалишног рада. Саветовалишни рад треба, кроз активно деловање, да допринесе не само обезбеђивању најпогодније исхране и неге, профилаксе витаминима и имунизацијом, него и да помогне родитељима да негују однос родитељ–дете и да обезбеде својој деци подршку у психосоцијалном развоју.

Саветовалишта у домовима здравља и у другим здравственим установама (заводима и институтима) јесу места где треба активно да се ради на обезбеђивању услова за несметан развој детета, на разрешавању развојних тешкоћа и на потпунијем искоришћавању развојних капацитета сваког детета. Зато је важно да се најпре ојачају кадровски потенцијали уз укључивање и других релевантних струка, на смислен и рационалан начин, као и да се развију остали неопходни ресурси.

**ПРВО  
ПОГЛАВЉЕ**

**ПОДРШКА РАНОМ РАЗВОЈУ  
ДЕТЕТА У ОКВИРУ ПРИМАРНЕ  
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**



## ЗНАЧАЈ УЛАГАЊА У РАНО ДЕТИЊСТВО

Драјана Лозановић

Најновија здравствено-економска истраживања показују да програми намењени подстицању развоја у раном детињству:

- представљају снажну економску стратегију, која током живота вишеструко премашује првобитне трошкове и промовише квалитет људског капитала – удео компетенција и вештина појединаца у друштву и радној снази;
- имају дугорочан значај, јер компетенције и вештине које се подстичу кроз ове програме нису ограничене само на економску добит, већ обухватају и физичку, социјалну и емотивну добит, тј. све аспекте здравља током живота;
- када инкорпорирају и повезују мере промоције здравља (нпр. добру исхрану, имунизацију) са одгојем, учешћем, негом, стимулацијом и заштитом, нуде непрекидно побољшање физичког, социјалног, емоционалног, говорно-језичког и когнитивног развоја;
- када укључују подршку родитељима, а не само рад са децом, имају позитивније и одрживије ефекте.

Постоје четири основна разлога зашто треба улагати у развој детета у раном детињству:

1. *(Рани) развој дејтећа је његово основно право*, гарантовано Конвенцијом о правима детета.
2. *Мозак се рајидно развија у првих пет година живота*, достижући 80% свог развоја до навршене треће године живота. Дечји мозак је релативно неразвијен на рођењу и зато је, много више него код других врста, његов развој условљен стимулусима који долазе из окружења, посебно у критичним периодима развоја. Мозак се обликује према искуствима, што повећава одговорност одраслих да их пруже на прави начин и на време (од звукова, преко визуелних стимулуса, додира, покрета, до развоја језика, решавања проблема, физичке активности). Нажалост, деца изложена изразитом стресу (изразито сиромаштво, одсуство старатеља или немогућност старатеља да пружи негујућу и стимулативну потпору развоју због нпр. тешке депресије, алкохолизма и других изазова) могу имати нарушене способности размишљања и контроле својих емоција.

3. *Рана улагања су најделољиворија.* Према истраживањима нобеловца Хар-тмана, програми који су усмерени на децу предшколског узраста (првих 5 година живота) дају добит већу него што је био улог (стопа повраћаја средстава је већа од један). Висококвалитетни програми усмерени на рани развој детета вишеструко се враћају – добит од улагања креће се у опсегу од 2 до 17 пута, тј. за сваки уложени динар у раном детињству остварује се уштеда од 17 динара у каснијем добу.
4. *Ефекти су највећи за најсиромашнију децу,* чиме се постиже смањење неједнакости. Иако се може десити да упркос инвестицијама, због почетних тешких околности, постигнућа ове деце буду и даље испод националних норми, истраживања указују на знатан развој потенцијала у односу на децу која ову врсту стимулације нису имала.



## ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА, ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ

*Драјана Лозановић, Марица Милиграј*

Здравствени систем, а нарочито његов основни, примарни, педијатријски ниво, представља стуб система подршке развоју кроз промоцију здравог раста, развоја и односа између детета и родитеља, старатеља, васпитача, вршњака и свих актера у одрастању детета, као и кроз јачање улоге самог детета. На основу дефиниција и статутарних одређења, домови здравља, као примарни ниво здравствене заштите, заједно са заводима за јавно здравље и институтима, представљају места од којих полазе и у којима се сустичу активности на промоцији здравља, превенцији поремећаја и неповољних стања. Они се, као главне карике, повезују са свим другим системима у мрежу подршке на локалном и на националном нивоу.

Нажалост, развој медицинске науке је временом довео до тога да друге специјалистичке и супспецијалистичке дисциплине преузму примат и делимично измене усмерење и курс рада у примарној здравственој заштити од превасходно превентивног, какво је било првобитно усмерење, ка куративном. Такође, дошло је до померања од промоције и примарне превенције ка секундарној, терцијарној (лечењу и рехабилитацији), а незнатно и ка кватернарној превенцији (рехабилитацији).

Иако се начело да је боље спречити него лечити декларативно свуда прихвата, често се лакше обезбеђују средства за скупу опрему и сложене интервенције него за превентивне мере. Очигледна је разлика у утицају, па су педијатри приморани да све више времена и напора улажу у заступање интереса деце.

Улагање у примарну здравствену заштиту у циљу промоције здравља и превенције болести има суштински значај за унапређење здравља и будућност појединца и целог друштва. Цена неулагања се дуго плаћа и може се мерити економским, социјалним, медицинским и другим показатељима.

Промоција здравља, превенција болести и рана интервенција представљају главне чиниоце који доприносе унапређењу раног развоја и једнако су значајни као третман и даља помоћ у оквирима специјализованих служби, како за појединце и породице, тако и за читаво друштво.



## ПРОМОЦИЈА, ПРОГРАМИ И УСЛУГЕ – УЛАГАЊЕ У УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВОГ РАЗВОЈА ДЕТЕТА

*Драјана Лозановић*

Од великог броја дефиниција појма „промоција здравља“ изабрали смо следећу: промоција здравља је комбинација едукативне и срединске помоћи у активностима и стањима живота која воде здрављу. Промоцију чине удружени напори у правцу повећања количине информација и знања, интервенције у промени индивидуалног понашања и интервенције у развоју окружења које воде здрављу.



Промоција здравог развоја у раном детињству подразумева низ активности усмерених ка породици, родитељима и детету, чији су циљеви успостављање и одржавање квалитетних односа и стицање потребних развојних искустава. Она је усмерена и на спречавање утицаја штетних фактора, повећање отпорности детета и јачање снага породице.

Процена карактеристика окружења које утичу на рани развој детета укључује процену карактеристика и интеракција сфера утицаја директно на дете или преко родитеља/породице.

У свакој заједници је неопходно проценити ресурсе које здравство треба да искористи у повезивању и стварању мрежа подршке родитељству.

Значајно је постојање:

- служби усмерених на стварање повољних услова за рани развој детета,
- програма и услуга на локалном нивоу и њихове доступности породицама,
- адекватне политике јавног здравља и њене примене, и на локалном и на регионалном, односно националном нивоу.

Камерман сматра да национална брига о поремећајима у раном детињству, њихова превенција и подршка родитељима могу бити ефикасне ако се остварују кроз домене здравствене заштите, социјалне политике, економије, образовања и др. У том смислу треба узети у обзир:

- трансфер прихода (добит од новца и такси),
- политику запошљавања,
- услуге које омогућавају обилазак родитеља и подршку,

- друге видове политике подршке запошљавању мајке,
- образовање у раном детињству,
- службе за чување деце,
- превенцију трудноће у адолесценцији, као и остале интервенције у вези са трудноћом адолесценткиња.

Улога невладиних организација, међународних тела и цивилног друштва је да подстичу одговорност земаља да усвајају политику у корист деце кроз директне акције или стимулисањем влада, као и акцијама у заједници за развој социјалне сфере развоја у раном детињству.

Глобална политика утиче на развој у раном детињству преко ефеката које има на економске и социјалне услове. Међународни уговори афирмишу права деце и жена са циљем да се повећа благостање деце (на пример, Генерални коментар бр. 7 Комитета за права детета „Имплементација дечјих права у раном детињству“ упућује земље потписнице Конвенције о правима детета на одговорност за физички, социјално-емоционални и језичко-когнитивни развој мале деце).

## ПРОГРАМИ У ЗАЈЕДНИЦИ

*Драјана Лозановић*

Утицај програма намењених развоју у раном детињству кроз деловање у оквиру биоеколошког модела посматра се у односу на породицу, регионално окружење и национално окружење.

### Породица

Ефекат породичних ресурса се постиже приступом социјалним ресурсима који омогућавају да родитељи праве изборе и доносе одлуке које су у најбољем интересу њихове деце, што обухвата службе за подршку породици, квалитетну негу детета, примарну здравствену заштиту и едукацију.

### Регионално окружење

Стамбена и родбинска заједница веома су важне за подршку развоју детета:

- родбинска заједница је група која деци и породицама пружа идентитет;
- физички простор доступан деци пружа и могућности и ограничења за учење кроз игру и истраживање; стамбене заједнице су посебно значајне за моторни, социјално-емоционални и когнитивни развој;
- приступ квалитетним услугама (учење и рекреација, брига о деци, здравство, транспорт, снабдевеност продавница хране, могућности за запослење, квалитет друштвеног капитала заједнице) често варира у зависности од социјално-економског статуса заједнице, али и од других аспеката друштвене организације, као што је неформална друштвена контрола.

За програм раног развоја важни су и неки међусобно повезани регионални фактори – физички (степен урбанизације, физички распоред градова), социјални, политички и економски фактори.

Неједнакости у здравственим исходима често варирају због неједнаке расподеле ресурса, нпр. структура морталитета деце до 5 година и сами узроци умирања знатно се разликују по областима и окрузима.

На субнационалном нивоу, регионалне и родбинске заједнице могу се преплитати и подржавати тако да у њима постоје хуманији услови него у другим крајевима земље.

## Национално окружење

Национална политика и економски фактори важни су за развој у раном детињству. Мада се чини да је развој деце успешнији у богатим него у сиромашним земљама, то није доказано кроз праксу. Давањем приоритета деци у социјалној политици може се превазићи проблем сиромаштва на националном нивоу.

## ПРЕВЕНЦИЈА – ЦИЉЕВИ И ЗАДАЦИ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ПОЈЕДИНАЦА И ПОПУЛАЦИЈЕ

*Драјана Лозановић, Марица Милиграј, Ненад Рудић*

Још педесетих година прошлог века Левел и Кларк су дефинисали три нивоа превенције који су примењиви на сва обољења и дисфункције. Они су опште познати као примарна, секундарна и терцијарна превенција:

- примарна превенција има за циљ да спречи настанак и утицај штетних фактора како не би дошло до поремећаја ни код појединца ни у популацији,
- секундарна превенција има за циљ да благовремено открије поремећај и на поремећај делује одређеним мерама,
- терцијарна превенција има за циљ да интервенцијама смањи могућност настајања трајних последица.

Примарна превенција није само цивилизацијско достигнуће, него се као универзално правило среће и у природи. Да би се остварили оптималан раст и развој детета, неопходни су благовремени подстицаји који утичу на сазревање биолошке основе, што омогућује појаву функције која додатно доприноси њеном сазревању и усавршавању. Неопходни склад се може обезбедити само ако је подстицај право-времен и прикладан. Јединствена је и психичка особеност труднице и нове мајке заснована на психичкој припреми током трудноће. У том периоду могу постојати и амбивалентна осећања задовољства и стрепње, али мајка пре свега жели све најбоље за своје дете. Крајња рањивост мајке и новорођенчета захтева посебан приступ, подршку и охрабрење.

### Спектар интервенција у области менталног здравља

Примарна превенција менталних поремећаја и поремећаја понашања има нешто другачији фокус деловања. Каплан је дефинисао примарну превенцију у области менталног здравља као смањивање броја појава нових случајева менталних поремећаја у популацији деловањем на штетне околности пре него што доведу до појаве болести. Она није усмерена на појединачне случајеве, већ има за циљ

смањење ризика у целој популацији; иако неки могу оболети, њихов број ће бити смањен (Caplan 1964).

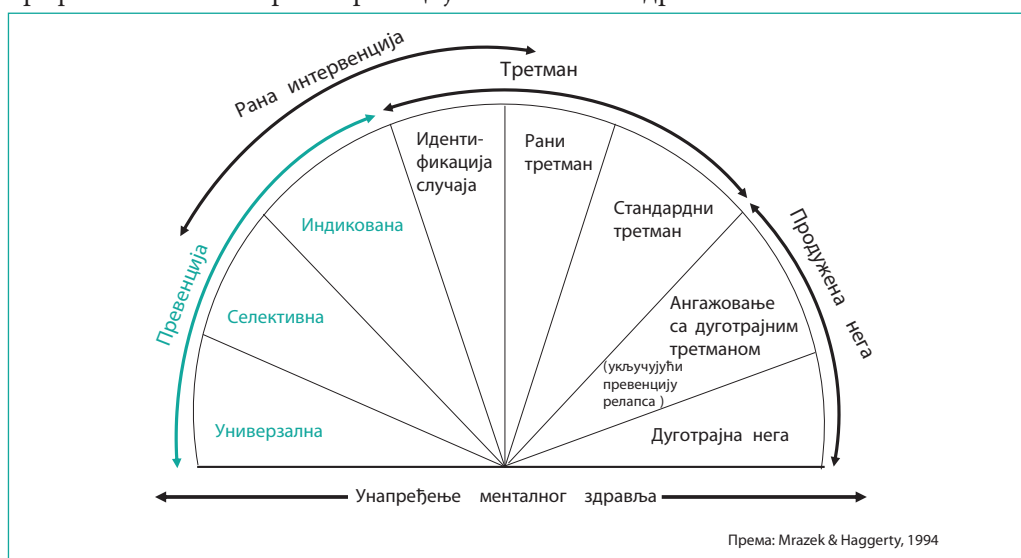
## Примарна превенција у области менталног здравља деце

Примарна превенција у области менталног здравља деце се односи на:

- рано откривање анамнестичких пренаталних, антенаталних, парталних и постнаталних фактора ризика (код труднице, породиље, мајке и новорођеног детета)
- већу примену заштитних фактора
- одговарајуће скрининге и процене развоја
- откривање фактора ризика: околиских, карактеристика детета, социјалне средине, карактеристика мајке, оца, породице, шире заједнице
- повећање отпорности (резилијентности) на стресоре: способност да се суочи, превазиђе и промени негативни утицај
- повезаност (интерактивност): срединских, генетских, конституционалних и здравствених фактора.

У систему здравствене заштите издвајају се три компоненте примарне превенције у заштити менталног здравља – универзална, селективна и индикована (Mrazek & Haggerty, 1994); оне су генерално применљиве у организовању превентивних активности у раном развоју. На графикону 1 је приказан спектар интервенција.

Графикон 1. Спектар интервенција за ментално здравље



## Универзална, селективна и индикована превенција

Заједнички циљеви свих наведених облика превенције су унапређење менталног здравља и превенција менталних поремећаја.



Универзалне превентивне интервенције су усмерене ка општој популацији без обзира на индивидуалне факторе ризика.

Пример за овакве интервенције представљају едукативни програми менталне хигијене за труднице, предшколску и школску децу. Редовне контроле трудница, пружање адекватних информација, подршка у превазилажењу нормалне анксиозности везане са трудноћу и будуће материнство – то су мере чија је ефикасност потврђена.



Селективне превентивне интервенције су усмерене на појединце и подгрупе у популацији код којих постоји повећан ризик од појаве менталних поремећаја.

Ризичне групе се могу идентификовати на основу присуства биолошких, психолошких и социјалних фактора ризика, за које се зна да су повезани са појавом менталног поремећаја.

Студије о ефектима селективних превентивних интервенција са групама мајки и деце под високим ризиком од развоја менталних поремећаја показале су делотворност ових интервенција и у пренаталном и у постнаталном периоду.

Примери ефикасних интервенција су редовне месечне посете патронажних сестара трудницама са вишеструким факторима ризика (малолетне или самохране труднице, ниског социо-економског статуса) и кућне посете породицама које имају превремено рођено дете или дете са сметњама у развоју.



Индиковане превентивне интервенције су усмерене ка високоризичним појединцима за које је утврђено да имају минималне, али утврђене знаке и симптоме који претходе менталном поремећају или биолошке маркере који указују на предиспозицију ка менталном поремећају, а који у том тренутку не испуњавају критеријуме за постављање дијагнозе.

Пример за индиковане интервенције је саветовање родитеља деце која испољавају сметње у регулисању основних функција (исхрана, спавање, моторика, емоције), а ту спадају и програми обуке усмерени ка интеракцији родитељ–дете за децу код које су утврђени одређени проблеми у понашању.





Превентивне интервенције се усмеравају на:

- смањење ризичних и ојачавање заштитних фактора,
- најзаступљеније факторе ризика у породици/заједници,
- постојеће заштитне факторе у породици/заједници.

Оне започињу рано и усклађују се са развојним потребама деце.

## РАД САВЕТОВАЛИШТА У ДОМУ ЗДРАВЉА

*Драјана Лозановић, Марица Милиграј*



Саветовалишни рад у примарној здравственој заштити организован је у саветовалишту, у амбуланти и на терену са циљем да се предузимају бројне активности на очувању и унапређењу здравља, на спречавању и раном откривању болести и других поремећаја здравља, као и на благовременом и ефикасном интервенисању.

Домови здравља у оквиру својих служби формирају низ саветовалишта. Готово у свим домовима здравља постоје саветовалишта за децу и саветовалишта за труднице као део рада сваког од педијатара, односно гинеколога, у појединим домовима здравља, у складу са величином популације, постоје развојна саветовалишта и саветовалишта за младе, а у неким постоје саветовалишта за родитељство и психофизичку припрему трудница која се формирају искључиво на иницијативу запослених здравствених радника. Рад у саветовалишту подразумева индивидуализован, породични и групни приступ. Резултати рада свих ових саветовалишта међусобно су повезани и комплементарни у утицају на квалитет развоја детета у раном детињству.

У саветовалишту, метод рада који подразумева индивидуализовани породични и групни приступ остварује се у подручјима:

- здравственог васпитања (поруке, информисање јавности, родитеља, деце и младих).
- одговарајуће пренаталне, интрапарталне и постнаталне заштите мајке и деце, као и превенције ризичног понашања код младих.

Одговарајућа здравствена заштита трудница кроз саветовалишта и перинаталну здравствену заштиту омогућава редовно праћење тока и исхода трудноће, откривање ризичних трудноћа и упућивање на порођај у складу са здравственим стањем мајке и плода. Будуће мајке треба да добију информације о значају првог контакта и првог подоја у порођајној сали, о могућности присуства блиске особе / оца на порођају, у сали, о могућности да се мајка и новорођенчете не раздвајају и о могућности даљих посета блиских особа. Примена стандарда здравствене заштите прилагођених потребама мајке и детета (тзв. „baby-friendly +“ стандарда) омогућиће задовољење свих поменутих потреба мајке и детета.



Труднице и породице имају потребу за присуством и посетама блиских особа. Омогућимо им то, јер је то један од начина да превенирамо психосоцијалне развојне проблеме.

Квалификовано праћење раста и развоја све одојчади и мале деце, обезбеђивање подстицања развоја, рано откривање знакова угрожености развоја уз предузимање специфичних мера и иницирање лечења када су раст и развој озбиљније угрожени чине суштину оног дела бриге о деци који је у домену саветовалишног рада сваког педијатра. У тим приликама треба посветити више пажње пружању подршке у развоју сигурне привржености и промоцији оних заједничких активности унутар породице који омогућавају деци смислену укљученост и учешће у животу породице и који пружају ослонац и подршку за рани развој деце у когнитивном, емоционалном и социјалном домену развоја. Тако се помаже јачање социјалне компетентности детета и уједно побољшава квалитет живота детета и целе породице.

Развојна саветовалишта чине тимови педијатара, медицинских сестара, психолога, социјалних радника и специјалних педагога. Она су усмерена на превенцију настанка тешкоћа и на смањење могућности за развој трајних последица сметњи и инвалидитета код детета. Улога развојних саветовалишта је значајна јер она обједињују мере раних интервенција које пружају појединачном детету, односно породици са проблемом и интервенције у заједници, тј. представљају референтна места за омогућавање примене савременог приступа заштити раног развоја кроз активности у оквирима различитих нивоа здравственог система, као и за остваривање сарадње са другим системима на својој територији. Развојна саветовалишта су могућа места за интеграцију података о деци којој је потребна додатна развојна подршка.

Млади у саветовалиштима за младе добијају одговоре на питања како да очувају своје здравље, посебно ментално и репродуктивно здравље. Школе родитељства и психофизичка припрема трудница упознају полазнике са психо-физиолошким особеностима трудноће, са током самог порођаја, са променама које приносе у породицу, са значајем угрожавајућих и заштитних фактора и, наравно, са нутритивним и психолошким аспектом дојења за дете и за мајку. На овај начин се подиже самопоуздање и јачају родитељске компетенције.

Од врних дана живота може да зависи читав живот! Зато:

- пружајте подршку развоју сигурне привржености,
- промовишите однос према детету који покреће мотивацију те дечју акцију и интеракцију с околином,
- помажите у јачању социјалне компетентности деце,
- побољшавајте квалитет живота детета и породице.

**Запамтите**

- стабилно и подржавајуће окружење представља основ за здраво и безбедно одрастање.
- подршка мајци и оцу детета у циљу изградње и очувања одговорног родитељства представља подстицајни и заштитни фактор за развој детета.

За практични рад у примарној здравственој заштити, у саветовалишту, у амбуланти и на терену две ствари су изузетно важне – рано препознавање развојних ризика и ране интервенције.

**Важно је да**

- препознајемо шта је повољно, а шта развојно неповољно у средини у којој дете одраста,
- на време препознајемо развојне особености детета како бисмо деловали на прилагођавање његових искустава кад год је то могуће,
- проценимо капацитете родитеља/породице за стимулацију развоја детета и за пружање подршке у превазилажењу развојних тешкоћа.

**Такође је важно да**

- имамо на уму да ништа није једном за свагда дато и да развојни ризици делују током читавог развоја, па на њих не треба мислити само када прилазимо новорођенчету и одојчету, него и у наредним развојним периодима,
- размишљамо о менталном здрављу детета и његовом окружењу, а не само о специфичним развојним поремећајима.

## ШТА РЕЋИ РОДИТЕЉИМА У САВЕТОВАЛИШТУ ПРИЛИКОМ ПРВЕ ПРЕВЕНТИВНЕ ПОСЕТЕ



Даринка Рагивојевић

- Родитељима предочите да управо у првој и „пресудној“ години живота могу значајно да утичу на даљи развој свога детета. Иако се често првенствено мисли на сензомоторни развој, родитеље треба информисати да је поред моторног веома значајан и психички развој (емоционални, интелектуални и социјални), који је веома тесно повезан са моторним, тако да ни у једном периоду живота израз *психосензомоторни* и *психосоцијални* не одговара развоју тако потпуно као у раном узрасту.
- Родитељима предочите огроман значај односа и интеракције коју успостављају са дететом од самог рођења и дајте им савете како да негују његов здрав развој. Објасните родитељима колико су осетљивост и одзивност на потребе детета важне за развој детета. Укажите им на чињеницу да расположење родитеља и атмосфера у којој се дете развија значајно утичу на свеобухватни развој детета, тако да родитељи треба да брину и о себи како би пружили максимум свом детету.
- Родитељима пренесите идеју да је, поред неге детета, за развој значајно стварање услова у којима се могу успоставити одговарајуће моторне функције и да је зато веома важно да дете има могућност да мења положај тела како се не би спутавао нормалан развој кретања. Родитеље треба да обучите да примењују та упутства у свакодневном неговању детета и током целодневног бављења дететом.
- Објасните циљ сваког поступка, нпр. значај одређеног почетног положаја, врсте и начина стимулације. Објасните колико је и за дете и за родитеље важно да активности са дететом буду увремене и посаветујте родитеље како да осмисле простор за целодневно бављење дететом. Приближите родитељима идеју да дете од најранијег узраста треба да има обезбеђен што шири простор за игру и слободно кретање и да је активно кретање незаменљиво за складан и свестран развој детета. Објасните родитељима да дете тако учи, стиче снагу, спретност, брзину, издржљивост, самопоуздање, јер му свака нова активност отвара нове могућности, које га даље мотивишу и осамостаљују у кретању, игри и целокупном функционисању.

- Приближите родитељима схватање да је развој континуирани процес који се одвија на карактеристичан начин и да одређени стадијуми имају типична обележја развоја, која се односе и на функционалне способности детета. Важно је да родитељ зна да дете не напушта достигнути развојни ступањ све док није довољно зрело за нову активност и док се не осећа довољно сигурно да покуша нешто ново. Родитељима дајте практично упутство да одојче не би требало доводити у положаје у којима се оно само не осећа довољно сигурно и које само не може да успостави, постигне или изведе.
- Такође, објасните родитељима да деца могу да имају привремено различит темпо развоја у различитим доменима и да мања и краћа успорења у неком домену могу бити последица бржег развоја у другом домену, а не знак да постоје тешкоће у развоју.
- Ако се ради о здравом детету, упутите родитеље како да обезбеде услове који одговарају фази развоја детета и како да му понуде одговарајући стимулативни миље и играчке које ће га мотивисати. Рана стимулација значи препознавање развојних способности одојчета и обезбеђивање адекватног миљеа који ће детету омогућити да те способности изрази и испољи. И овде је важно нагласити да је потребан свеобухватан поступак са дететом и сагледавање свих, а не само моторних аспеката развоја.
- Ако код детета постоји успорење у развоју, усмерите родитеље на службе подршке кроз које ће родитељи добити информације о развоју детета, начину обезбеђивања стимулативне средине, препознавању потреба детета и обезбеђивању услова за њихово задовољење.
- Приближите родитељима чињеницу да дете учи кроз игру, да је игра значајна за његов развој и да у опхођењу са дететом имају на уму да суштина игре за дете мора бити задовољство.
- Утичите на родитеље да заиста усвоје став да дете, било да се ради о здравом детету или детету које има развојне сметње, мора да буде расположено за сарадњу када га подучавају те да је неопходно да особа која се бави дететом, која га негује и подстиче, има довољно стрпљења и довољно времена за бављење дететом управо онда када је дете расположено за учење и пријемчиво за примање подстицаја.
- Предочите родитељима да су током првих месеци лице мајке, њен глас, говор и додир најподстицајније и најинтересантније „играчке“ за одојче. Подучите родитеље како да подстичу контакт очима и да су за то одличне прилике док се одојче храни или купа. Објасните родитељима да је дете тада опуштено, да му је мајка тада довољно близу да сама може да осети да има добар контакт очима са дететом и да га подстиче да прати кретање мајчиног лица лево-десно, односно горе-доле.
- Ако је одојче у колицима, посаветујте родитеље да провере је ли дете у добром положају да гледа шта се дешава око њега. Изнад кревета треба поставити предмете које светлуцају и производе звуке. За дете су прикладне играчке основних боја; играчке пастелних боја су мање подстицајне.

- Чим дете успостави довољну равнотежу трупа и карлице и више се не ослања на руке ради потпоре, седење постаје најфункционалнији положај за коришћење руку. У овом периоду, а и пре тога, детету треба обезбедити адекватан простор за игру на поду. Ако дете седи на мајчином крилу, мајка треба да покреће колена како би подстицала реакције равнотеже код детета.
- Подржите гласовну размену родитеља са дететом и прихватање комуникационих сигнала детета, укажите им на значај успостављања заједничког ритма пажње, емоционалног поља и размене осећања и објасните им колико су, у усвајању значења речи, значајни ситуација и контекст значења речи, као и подршка коју значењу даје гестовна пратња вербалних израза.
- Укажите родитељима на различита ограничења у комуникацији речима на раним узрастима.
- Упутите родитеље у механизам усвајања забрана и појаве дечијег негативизма и укажите им на правило алтернативности развоја појединих функција, индивидуалност темпа развоја, регуларност редоследа појединих фаза и универзалност одређених понашања и постигнућа.





**ДРУГО  
ПОГЛАВЉЕ**

**РАЗВОЈ У РАНОМ  
ДЕТИЊСТВУ – ОД  
МОГУЋНОСТИ ДО  
ОСТВАРЕЊА**



## РАНА ИСКУСТВА И СЕНЗИТИВНИ РАЗВОЈНИ ПЕРИОДИ

Ненад Рудић

Процеси раста и развоја детета, сазревања и учења одвијају се уз узајамне утицаје дејствујућих биолошких, психолошких и социјалних чинилаца. У том процесу, дете није тек објекат на који делују различити утицаји, већ је и само актер и активни чинилац развоја – активност самог детета је покретач различитих развојних процеса.

Типичан, уобичајен развој се обично описује преко узраста на којем се у просеку јављају одређене карактеристике. Ови узрасти нису фиксирани, нити апсолутни. Узраст на којем ће дете бити у могућности да демонстрира неку способност или да развије неки облик понашања зависи од бројних фактора услед чега велики број деце има веома различит ток развоја различитих карактеристика у периоду раног развоја. Стога није свако одступање од типичног узраста на којем се јавља одређена карактеристика знак за узбуну. Наиме, мања одступања, готову ако су привремена, не представљају разлог за бригу и највероватније су последица неких тренутних околности. Међутим, одређена одступања могу бити знак да треба обратити посебну пажњу. Развојна одступања се могу јавити као:

- **кашњења** у развоју појединих развојних области,
- **тешкоће** у успостављању стабилних образаца адаптивног понашања (тешкоће у регулацији осећања и регулацији понашања, проблеми са спавањем и исхраном) и као
- **одступања** која се јављају у склопу раних развојних поремећаја.

Основне законитости развоја:

- Одвија се по одређеном редоследу – развојна постигнућа (граничници).
- Иде од простијих ка сложенијим функцијама.
- Постоји значајна индивидуална варијабилност.
- Постоји могућност неравномерног развоја појединих функција.



## Рана искуства

Рана искуства имају формативни значај. О периоду раног развоја говоримо као о стадијуму брзих промена, током којих је мозак веома подложен спољашњим утицајима и има високу пластичност. Поред отворености за учење и примање позитивних утицаја, присутна је повишена осетљивост на неповољне ране утицаје средине.



Обележја раног узраста: висока зависност од околине и осетљивост (вулнерабилност), али и пластичност и могућности за позитивну адаптацију у случају повољне средине.

Последице изложености неувремењеним, прејаким и неадекватним развојним утицајима могу имати озбиљне неповољне последице на развој мозга, што је случај код деце изложене институционализацији и трауматским искуствима злостављања и занемаривања (Perry, 1995).

## Мождани развој

Интеракције са другим људима и предметима неопходне су за развој мозга. Различита искуства утичу на могућности да се мозак развија, на различите начине, са различитим исходима. Тако се мождана организација не само функционално него и структурно дорађује у зависности од раних искустава. Најбољу потврду значаја ових искустава дају студије мождане структуре код деце која су у раном развоју била нечега лишена.

Ове чињенице представљају основ раних интервенција.

Мозак се састоји од различитих регија које обављају специфичне функције. Ове регије садрже милионе неурона који су међусобно повезани путем синапси. Ови повезани неурони чине мреже које настају и одржавају се коришћењем, а не формирају се нити слабе и нестају у зависности од искустава.



Три четвртине можданог развоја се одвија у постнаталном периоду (Prechtl, 1986). На узрасту од 2 до 3 месеца долази до израженог умножавања синапси. На врхунцу, у можданој кори се стварају два милиона синапси свакога секунда.

Код деце од две године мождана кора садржи више од сто трилиона синапси. Са овим процесима повезан је развој нових способности.

Синапсе се обликују под утицајем искустава и програмиране су тако да буду спремне за пријем утисака значајних за врсту. Утицаји средине активирају неуроне, а после неког времена синаптичке везе се стабилизују.

Формирање појединих синапси у потпуности зависи од личних искустава. У питању су везе чије формирање није програмирано генима, већ представља јединствена искуства индивидуе. Наиме, на рођењу, синаптичке везе су слабе и чине проређену мрежу која са стицањем искуства јача и згушњава се. Ова искуства се стварају у интеракцији са људима и предметима из окружења, а можда на организација се на тај начин, не само функционално него и структурно, мења и дорађује. Синаптичке везе које се граде (синаптогенеза) и користе, опстају и функционално јачају, а оне које се не користе пропадају заједно са нефункционалним неуронима. За развој мозга важна су разноврсна искуства, јер се на тај начин одржава већи број синапси и активира већи број мрежа неурона.

Можемо рећи да је образац неуронске повезаности генетски одређен, а да се дорађује и организује захваљујући интеракцији са средином.

Поред синаптичког бујања, друго значајно догађање током постнаталног можданог развоја јесте мијелинизација. Мијелинизација у кортексу почиње у примарним моторним и сензорним зонама, а затим се наставља у зонама које су значајне за сложенију обраду и интеграцију утисака – секундарним и терцијарним зонама мождане коре.

Колико год је ток процеса мијелинизације јако генетски одређен, значајна је адекватна стимулација, а тешка малнутриција и развојна депривација су уочене као фактори који негативно утичу на овај процес.

Мијелинизација је један од показатеља можданог сазревања. Када се одређене зоне мијелинизирају, то је знак њихове зрелости, односно функционалне оспособљености. Са друге стране, овај процес подразумева и одређени губитак пластичности, а тиме и могућности да се мењају основне функције и резистентност на поједине интервенције.



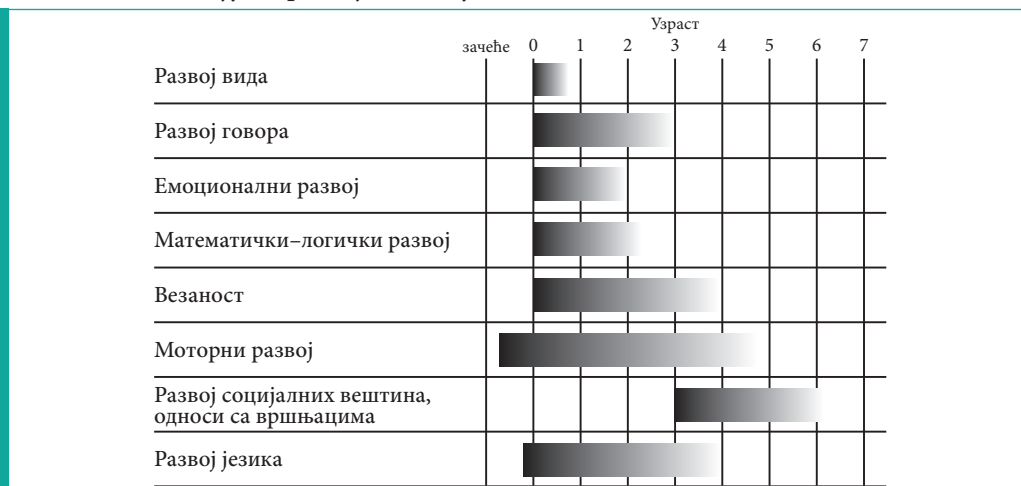
## Сензитивни развојни периоди

Сензитивни периоди су периоди различитог трајања током којих су одређени мождани региони отворени за пријем подстицаја из окружења и када су ефекти ових подстицаја најснажнији. Ови специфични утицаји су неопходни за развој одређених можданих регија и функција. Увид у сензитивне периоде се добија знањем о развојним стадијумима и зонама наредног развоја, због чега је неопходно познавање тока развоја. Они имају посебан значај у организовању ране подршке и интервенција.



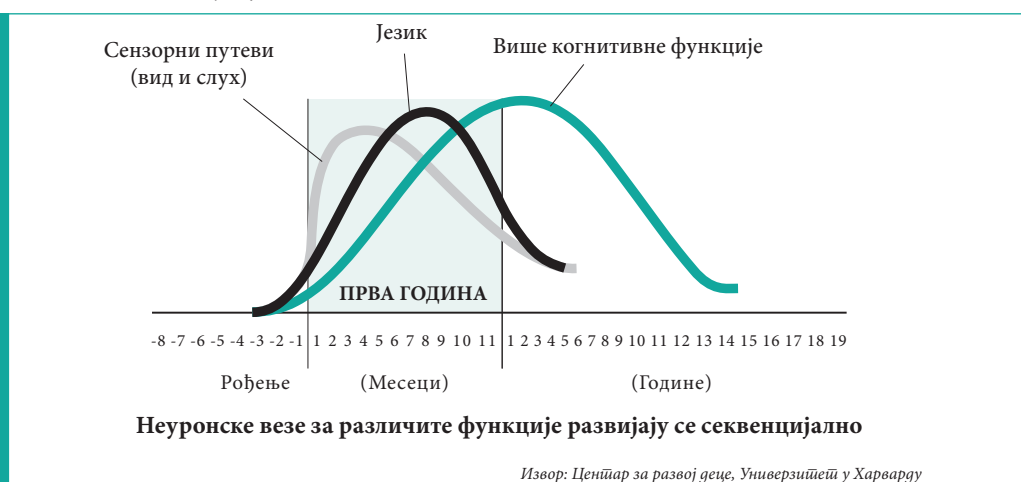
Критични периоди су нешто краћи временски интервали живота од зачећа до 6. године (интензивнијом бојом означени на слици 1 која следи), у којима је најинтензивнији развој оних сектора у мозгу који представљају основу за емоционални, моторни, чулни и математичко-логички развој, као и развој социјалних вештина, односа са вршњацима и језика.

Слика 1. Стадијуми развоја мозга у деце



Током ових периода је одређена развојна област најосетљивија на недостатак подстицаја из окружења и они по правилу претходе мијелинизацији дате области (Goldman, 1976). Изостанак адекватних искустава током критичних периода развоја одређених способности, знања и вештина доводи до скоро непоправљивих последица.

Слика 2. Развој људског мозга





Уколико у одређеном времену изостану потребни стимулуси, може доћи до продужавања сензитивних периода, што ствара додатне могућности за интервенцију, али још увек нису познати сви фактори који тада делују ни индивидуалне варијације које су значајне за дужину трајања сензитивних периода. На крају ипак долази до окончања сензитивних периода, а активност се, ако су изостале потребне интервенције, организује на патолошки начин.

Стога су важне увремењене мере развојне стимулације и третмана.

## ДЕТЕ, ПОРОДИЦА, СРЕДИНА

Ненад Рудић, Драјана Лозановић, Душанка Калањ

### Обележја детета

Већ на рођењу присутне су биолошке и конституционе индивидуалне карактеристике које обухватају темперамент или начин понашања (бихевиорални стил) детета. Индивидуалне разлике које обухватају ниво активности, расположење, ритмичност, приступ особама, повлачење, прилагодљивост, интензитет реакције и прагове дражи формирају основу за идентификовање карактеристика темперамента. Ова обележја утичу на интеракције новорођенчета, односно одојчета и околине, као и на начин испољавања понашања и комуникације детета.

Присутне разлике у темпераменту се делимично тумаче различитом биолошком зрелости деце по рођењу, а делимично генетском разликама, као и интраутерусним искуствима.

У литератури се описују два основна типа темперамента у раном детињству:

- **„Лак темперамент“** – Присутни су позитивно расположење, регуларност биолошких ритмова, адаптабилност и позитивне реакције на нове ситуације (нпр. деца прихватају нову храну без већих проблема, имају регуларне циклусе спавања и храњења, углавном су добро расположена, лако се прилагођавају променама).
- **„Тежак темперамент“** – Присутни су биолошка нерегуларност, слаба адаптабилност, лоше расположење, склоност интензивним реакцијама. Такво дете испољава нпр. мање регуларности у телесном функционисању, спорије усваја ритмове спавања и храњења, бурно и негативно реагује на нове догађаје и различите промене, често је раздражљиво, више плаче.

Увиђање ових разлика помаже да се разумеју тешкоће које поједини родитељи и деца могу да имају у регулисању ране интеракције, дневних ритмова, спавања и исхране, као и у погледу регулације емоција. Међутим, темперамент детета се не посматра као искључиво карактеристика детета, већ је повезан са односом дете–родитељ и усклађеношћу између родитеља и детета. Тако, неко дете може бити тешко за једног родитеља, али лако за неког другог родитеља. Најчешће се деца доживљавају као „тешка“ уколико стил понашања и темперамент родитеља и детета нису усклађени.



Понашање и реакције детета се могу погрешно тумачити као отпор и неприхватање, а не као тешкоће у регулацији, што може носити ризик од негативних родитељских поступака, као и од негативне самопроцене у улози родитеља.



Уочавање и упознавање родитеља са особеностима темперамента детета је неопходно како би се ускладио и прилагодио начин разумевања и поступања.

## Обележја средине

Пошто је рани развој повезан са карактеристикама средине, упоредо са описивањем тока развоја детета у појединим областима треба познавати и карактеристике утицаја из околине (средине), позитивне и неповољне факторе који утичу на развој, као и мере за унапређење развоја.

Биоеколошки модел развоја у раном детињству говори највише о средини у којој се одвија развој детета, о односима и интеракцијама између детета и родитеља те о факторима у породици и окружењу који својим присуством и утицајима могу деловати повољно или неповољно на развој.

Овим приступом се води рачуна о детету, али и о онима од чијих активности зависи развој детета:

- о родитељима, ужој породици у целини и широј породици, као изворима најснажнијих развојних искустава,
- о другим људима, нпр. из комшилука, као и о представницима здравствених, образовних, културних и социјалних служби, који директно или преко родитеља делују на развој детета, и
- о околностима, могућностима и приликама које се пружају детету и родитељима да, у средини у којој живе, развијају своје могућности, да учествују у животу заједнице, као и о утицајима који могу да охрабрују и делују оснажујуће или обрнуто, да ограничавају развој капацитета и вештина деце и породица.

Карактеристике средине, однос родитеља према детету и квалитет стимулације имају велики утицај на реализацију урођених развојних диспозиција, као и на развој сложенијих психолошких и социјалних образаца поступања.

Најзначајнију област утицаја средине представљају родитељи и породица, па је стога рад на унапређењу развоја у раном детињству (раног развоја) нераскидиво повезан са породицама, а успех многих интервенција зависи од карактеристика и квалитета односа који се успостављају између службе примарне здравствене заштите и родитеља.

## ФАКТОРИ РИЗИКА И ЗАШТИТНИ ФАКТОРИ

Драјана Лозановић

У средини у којој дете живи, на развој детета делују различити фактори ризика, као и заштитни фактори. Они представљају одређене карактеристике родитеља/породице, шире средине и детета. Развојни утицаји су често комбинација повољних (стимулативних и заштитних) и неповољних, угрожавајућих искустава.

Фактори ризика и заштитни фактори утичу на ток развоја тако што повећавају и умањују вероватноћу појаве развојних одступања и поремећаја.

Развојно „довољно добра средина“ је она у којој је мера задовољења развојних потреба довољна и у којој постоји довољно подстицаја и ослонаца за развој, а количина и врста осујећења и неповољних искустава савладљива за дете.



Студије указују на то да су у првим годинама живота ризици и заштитни фактори из средине значајнији од ризика и заштитних фактора који су обележја самог детета.

Отуда високо компетентна деца у средини са високим развојним ризицима показују слабија развојна постигнућа него слабије компетентна деца у повољнијој развојној средини (Рочестерска лонгитудинална студија; Sameroff, 1998).

### Фактори ризика



Фактори ризика су обележја или догађаји чије присуство у животу детета повећава вероватноћу да ће се код тог детета, у поређењу са случајно изабраним дететом из опште популације, развити развојне, психијатријске или психосоцијалне сметње (Garmezy & Rutter 1983).

Фактори ризика могу бити биолошки, психолошки и социјални, а њихов утицај се протеже од пренаталног, преко перинаталног, до постнаталног периода<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> У публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“,

Према времену деловања, фактори ризика су:

### 1. Пренатални

- старост мајке (испод 16 или преко 40 година)
- болести мајке у првих 16 недеља трудноће (рубеоле, цитомегало вирус – ЦМВ, токсоплазмоза, херпес симплекс, трепонема палидум, листериоза, варичеле)
- психијатријска обољења код родитеља
- наследна обољења, хромозомски поремећаји
- хроничне болести мајке (шећерна болест, повишен крвни притисак, срчана, бубрежна и ендокрина обољења, бронхијална астма, обољења крви, епилепсија, болести зависности, алкохолизам, пушење, интоксикације)
- малигна обољења, ХИВ/сида
- гојазност и потхрањеност труднице
- хипертензија изазвана трудноћом
- вантелесна оплодња
- лош социјално-економски статус
- изложеност дрогама или алкохолу
- операције на материци и нежељени догађаји током претходних трудноћа: спонтани побачај, мртворођење, превремени порођај
- крварење у актуелној трудноћи
- нежељена, непланирана трудноћа
- лоши партнерски односи
- лоша искуства у примарној породици

### 2. Перинатални

- превремени порођај (пре 37. гестацијске недеље)
- пренесеност (после 42. гестацијске недеље)
- мала телесна маса на рођењу
- порођај завршен вакумом
- развојне аномалије централног нервног система
- интраутерина или интрапартална асфиксија
- интракранијална крварења и едем
- хипоксично-исхемична енцефалопатија
- ниска вредност Апгар скора (мање од 5)
- хипогликемија (испод 1,65 mmol/l)
- хипербилирубинемична (преко 200  $\mu$ mol/l)
- конгениталне малформације
- генетски поремећаји и тешки поремећаји метаболизма
- неонаталне инфекције (сепса, менингоенцефалитис)

- неонаталне конвулзије, апноичне и цијанотичне кризе
- постнатална хипоксија

### 3. Постнатални

#### • *Везани за дете*

- сензорни и моторни поремећаји (оштећење вида, оштећење слуха, церебрална парализа)
- значајнија развојна кашњења
- хроничне болести, животно опасна обољења
- анемија, минерална или витаминска дефицијенција
- потхрањеност, нутритивна дефицијенција
- несигурна приврженост
- тежак темперамент

#### • *Везани за породично и друго социјално и физичко окружење*

- проблеми унутар породице (породични сукоби до слома породице, развод, самохрани родитељ, лоша породична дисциплина, смрт члана породице или драге особе)
- хроничне болести родитеља или других чланова породице (хронична стања и по живот опасна обољења, сида/ХИВ, психијатријске болести, постпартална депресија мајке, изложеност дрогама, алкохолу)
- агресивно понашање унутар породице, делинквенција, проституција
- неконзистентност васпитања
- крут и неприлагођен однос према развојним потребама детета
- дужа одвајања од породице (хоспитализација)
- злостављање и занемаривање детета у свим облицима
- одбацивање, напуштање детета (смештање детета у социјалну установу или хранитељску породицу)
- сиромаштво
- бескућништво
- изолација
- културна депривација породице (неписменост, имиграција)
- елементарне непогоде и друге катастрофе (земљотреси, поплаве, ратови, урбано насиље)
- миграције
- разне врсте дискриминације
- изложеност дејству тешких метала
- непостојање услуга подршке

**Најјачи фактори ризика су:** сиромаштво, злостављање и занемаривање детета у свим облицима, ратови, миграције, урбано насиље, хронична телесна и

душевна обољења у породици, пренатална и постнатална изложеност дрогама, алкохолу, сида, неухрањеност, хроничне инфекције и друга хронична и по живот опасна обољења.

Неповољна околност је стално присуство и континуирано деловање развојних ризика из средине. Уколико се не интервенише, долази до процеса појачавања и повезивања неповољних утицаја, па је важно да се постојећи ризици у развојној средини детета правовремено уоче и да се примене интервенције. Откривање присуства фактора ризика има посебан значај за групе деце код којих постоји повишени развојни ризик. Ту спадају деца код које постоје изразито неповољни развојни утицаји.

Различити неповољни фактори (ризичи) се преплићу и могу узајамно да се појачавају. Број фактора ризика много више утиче на развојни исход него специфична природа изолованих фактора ризика (Sroufe & Rutter, 2000). Ово се пре свега односи на факторе ризика из средине.

Посебан значај имају кумулативни фактори ризика: уколико се број фактора ризика повећа 4 пута, за 24 пута се повећава вероватноћа појаве каснијих психосоцијалних тешкоћа (Rutter, 2000).

## Заштитни фактори



Заштитни фактори су услови или особине појединца, породице, локалне и шире заједнице, који, када су присутни, смањују, чине савладљивим или елиминишу ризик у породици или заједници и повећавају здравље и добробит деце и породице. Они могу променити у позитивном правцу одговор детета на угрожавајуће чиниоце, односно факторе ризика, јачати капацитете детета или деловати као заштита од неповољних утицаја. Понекад се радије користи термин *пројективни процеси* него *пројективни фактори*, јер њихово дејство понекад траје годинама.

У развоју сваког детета треба добро анализирати и проценити заштитне факторе, јер су то тачке ослонца у подстицању правилног развоја и, када је потребно, усмеравања терапијских активности.



Рана нега пуна подршке у детињству може да повећа отпорност и да смањи ефекте тзв. „токсичне“ околине у даљем одрастању (Rutter, 1985).

### **Заштитни фактори у најранијем дејињству који пошичу из средине**

- порођај у болницама које примењују такозване „baby-friendly +“ стандарде
- кожа на кожу, први подој одмах по рођењу
- дојење до 2 године
- блискост – узајамна повезаност
- топлина
- нежност
- рана позитивна интеракција
- сигурна приврженост
- игра
- стимулација
- увременењена и усмерена подстицајна подршка у развоју и превазилажењу изазова са којима се дете суочава.

### **Заштитни фактори који пошичу од дејиња**

- успостављени сигурни рани односи са мајком, оцем, породицом
- проактиван однос, позитиван став, поверење
- лак темперамент
- добро физичко здравље
- добра комуникација и развој социјалних вештина
- способност развоја позитивних и трајних односа са пријатељима и породицом
- способност детета да идентификује своје понашање и емоције, да их изрази и да управља њима
- виши ниво интелектуалних способности
- осећај независности, самопоштовања и самопоздања

## **Однос фактора ризика и заштитних фактора**

Квалитет односа и неге у раном детињству има највећи заштитни значај. Стога идентификација постојећих фактора ризика и заштитних фактора те подршка и ојачавање родитеља и породица представљају основне принципе деловања на унапређењу раног развоја и заштити менталног здравља детета.

У ситуацијама доминације фактора ризика у односу на заштитне факторе го-

воримо о развојно осетљивим групама деце. То су деца којој су потребни додатна помоћ те развојна подршка и стимулација.



Додатна помоћ, подршка и стимулација потребни су када су у питању:

- деца са сметњама у развоју
- деца из сиромашних породица
- деца из социјално маргинализованих група
- деца изложена насиљу.

Додатна помоћ подразумева, поред праћења развојног тока, мере унапређења околине (средине) и помоћи породици у складу са процењеним потребама.

## ПОРОДИЦА И РОДИТЕЉСТВО

*Ненад Рудић, Душанка Калањ, Драјана Лозановић, Оливера Алексић Хил*

Побољшање развоја и менталног здравља деце мора да обухвати уочавање карактеристика родитељства. Помоћ родитељима у успостављању адекватног односа са новорођенчетом, одојчетом и малим дететом представља најзначајнију интервенцију у раном развоју. Адекватне вештине родитељства уче се и побољшавају праксом. Оне су веома значајне у подстицању развоја деце, спречавању проблема, али и успешном суочавању са неизбежним конфликтима који се јављају у односима између родитеља и деце.

Контакти здравствених радника са родитељима пружају прилике за поруке подршке, охрабрења, као и за стварање услова за отворен дијалог о околностима које могу отежавати овај процес.

### Пренатална подршка родитељству

Пренатална подршка родитељству има за циљ пружање помоћи у процесима припреме на родитељство и посебно је значајна за оне који први пут постају родитељи.

Пренатални промотивни интервју<sup>3</sup> припремљен је тако да га код куће, током последњег месеца трудноће, обавља патронажна служба.

### Подршка родитељству након рођења детета

Препоручујемо да се приликом посете породици породиље и новорођенчета/одојчета или приликом процене и промоције у дому здравља обави постнатални промотивни интервју<sup>4</sup>. Интервју има за циљ унапређење позитивне интеракције између родитеља и детета.

<sup>3</sup> Налази се у публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“.

<sup>4</sup> Налази се у публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“.



## Родитељска нега

Емоционално топла, стална и сензитивна брига за дете представља основни, али не и једини услов за здрав психолошки развој детета. Оваква нега омогућава развој привржености, као и успостављање широког круга адаптивних облика понашања, укључујући истраживање околине и адекватно тражење родитељске заштите у случају угрожености.

Ова нега почиње непосредно по рођењу детета, а стални контакт у следећим месецима омогућава да дете успешно подноси дужа одвајања од родитеља, што је значајно за даљи развој самосталности.

Поред топлине и сензитивности, значајно је да родитељи омогуће адекватну сталност контроле и структуре у дечијем животу. Како дете одраста и постиже већи ниво самосталности, важна је и способност родитеља да детету дозвољавају све веће самостално учествовање у доношењу одлука.

Сталност позитивног родитељског понашања, слога између родитеља и сталност прихватања детета и одазивања на његове потребе су основни услови здравог развоја детета. Такође, од значаја је и узрасту примерено награђивање, усмеравање, постављање неопходних ограничења или ускраћивања на начин који је детету прихватљив.



У најранијем узрасту добро родитељство усмерено је на:

- одговарање на потребе детета – респонзивност (одзивност),
- емоционалну доступност за дете,
- стварање сигурног и безбедног окружења за дете – развој сигурне привржености,
- развијање дететових капацитета,
- стимулацију развоја у свим областима,
- учење контроле понашања и емоција,
- развој социјалних вештина, развој емпатије и способности детета да се сналази у свом окружењу,
- подстицање мотивације за истраживање и учење.

Уколико нечије представе о родитељству нису у складу са реалним захтевима родитељства, може доћи до тешкоћа у процесу прилагођавања на родитељску улогу и фрустрације у улози родитеља, доживљавања интензивног стреса родитеља и незадовољства<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Корисне савете о праћењу односа родитељ–дете и саветовању родитеља можете наћи у прилогу „Брига о развоју деце – кратак водич за саветовање породице“ у публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“.

## Фактори који утичу на родитељство

Многи фактори могу неповољно да утичу на родитељство и непосредан однос родитељ–дете. Они се могу односити на тешкоће у вези са самим дететом (превремено рођено дете, мала телесна маса, болесно, „тежак темперамент“, сметње у развоју) и/или са родитељима (болест, проблеми менталног здравља, неслагање родитеља, недостатак подршке родитељству). Поред тога, ризици се могу јавити и у спољној средини (неповољни животни догађаји, финансијски стресови, ратови и друге врсте угрожености).

Најчешће се издвајају следеће групе фактора:

- **развојна искуства родитеља** – родитељи са неповољним искуствима у периоду сопственог одрастања чешће имају недостатке у родитељским вештинама, смањену сензитивност за потребе деце, слабије разумеју децу и чешће показују повишену раздражљивост. То се посебно односи на родитеље који су у детињству били изложени злостављању и занемаривању, односно који су имали искуство лошег односа са својим родитељима, распада породице или институционалног одрастања;
- **одсуство/присуство проблема менталног здравља код родитеља** – ментално здравље родитеља и проблеми менталног здравља утичу на капацитете и вештине родитеља. Присуство ових проблема често умањује емоционалну расположивост за однос са дететом, што за последицу има неконзистентност понашања и занемаривање потреба детета. Бројна су стања која на различите начине угрожавају адекватно родитељство: депресивност, хронична анксиозност, проблеми у понашању, ментална обољења, хронична стања хендикепа, болести зависности и др. Посебна је значајно да се уоче карактеристике емоционалног стања мајке након рођења детета;
- **квалитет брачног односа** – овај однос директно и индиректно олакшава ефикасно родитељство и успостављање позитивних односа међу децом. Међусобно емоционално и физичко подржавање родитеља прате повећана позитивна интеракција родитељ–дете и сензитивни однос. Висок ниво конфликта међу родитељима повезан је са негативним осећањима и понашањем у односу према деци и повишеним антисоцијалним понашањем детета;
- **утицај ужег и ширег социјалног окружења** – проблеми у родитељству чешће се јављају када постоје тешкоће у вођењу домаћинства, изолованост, када се живи у средини коју карактеришу неорганизованост и насиље.



Неодговарајући поступци, физичко кажњавање и злостављање деце у породици, као крајњи израз слома родитељства, често се дешавају у контексту повишених социјалних стресова и низа других неповољних чинилаца.

Рано препознавање односа родитељ–дете који је оптерећен стресом има за циљ смањење учесталости и интензитета емоционалних поремећаја и поремећаја понашања у детињству. Родитељи под стресом чешће физички кажњавају своју децу.

## Интеракција родитељ–дете

У интеракцији родитеља и детета пратимо две компоненте понашања: емоционални однос и усмеравање дететовог понашања.

Емоционални однос са дететом варира у распону од топлог, сензитивног, на дете оријентисаног понашања до одбацујућег, несензитивног или непријатељског односа који се усредсређује на потребе и жеље самог родитеља.

Друга димензија се односи на контролу и креће се у распону од рестриктивног, заповедног става до пермисивног, незахтевног стила у коме се у погледу понашања деци постављају минимална ограничења. Како дете одраста и постиже већи ниво самосталности, очекује се да родитељи детету дозвољавају све веће самостално учествовање у доношењу одлука.



Пожељно је да су родитељи емотивно топли, умерено рестриктивни, да очекују понашање детета које одговара узрасту, да су у стању да постављају разумне границе, али да истовремено обраћају пажњу на потребе детета и да умеју да одговоре на њих. Вероватан резултат код детета је позитиван развој самопоштовања, адаптабилности, компетентности, унутрашње контроле, низак ниво антисоцијалног понашања, успешност у вршњачким односима.

Уколико код родитеља постоје следећа понашања, то треба схватити као знак упозорења:

- није осетљив на комуникативне сигнале детета,
- често тешко препознаје значење сигнала и понашања детета,
- често игнорише или одбацује дете,
- говори о детету у негативним терминима,
- често је љут на дете,
- често исказује неумерено снажна осећања у контакту са дететом.

## Атмосфера у породици и психосоцијални развој детета

Поједини аутори покушавају да установе повезаност између атмосфере у породици, коју чине емоционална клима и обрасци понашања, са вероватним исходом психосоцијалног развоја детета.

### Демократска атмосфера у породици

*Понашање родитеља* – покушава да води и стимулише дете те да остварује сарадњу са дететом, користи охрабрења и објашњавања, ствара климу поштења, отворености и поштовања. Дете је вољено и прихваћено.

*Дете* – осећа се вољеним и прихваћеним, има доживљај сопствене компетентности, налази задовољство у постигнућима, не плаши се грешке, доживљава свет као сигурно и пријатељско место.

### Ауторитарна атмосфера у породици

*Понашање родитеља* – тражи апсолутну и беспоговорну послушност. У кући се живи као у војној установи, све је подређено реду, дисциплини и демонстрацији моћи, присутни су стално усмеравање, давање инструкција и казне.

*Дете* – може да буде љубазно, али стидљиво и осетљиво, са знацима нервозе. Лако се повлачи, несигурно је, без иницијативе и стално тражи усмеравање од других. Са друге стране, може да се понаша бунтовнички, пружајући отпор, прибегавајући лагању и крађама.

### Превише заштитничка атмосфера у породици

*Понашање родитеља* – детету се онемогућава напредовање и учење кроз суочавање са изазовима. Претерана заштита му отежава развијање поверења у себе, стицање увида у постојање последица одређених поступака.

*Дете* – може да се осећа и понаша као дете млађег узраста, често слабо и беспомоћно. Није у стању да функционише независно и покушава да придобије околину на различите начине – плакањем, нападима беса, шармом.

## Атмосфера занемаривања у породици

Понашање родитеља – често су одсутни и заузети нечим другим. Не посвећују довољно пажње потребама детета, а често се јавља емоционално занемаривање. Може постојати и отворено одбацивање детета – због изгледа, особина или понашања.

Дете – може имати тешкоћа у успостављању блиских односа. Нема осећај да је не-коме стало до њега, осећа се неприхваћено и невољено. Тешко стиче поверења у друге.

## Изазови за родитеље: расположење родитеља и утицај на дете



Једну од важних тема које треба обрадити са родитељима представља утицај њиховог расположења на дете, посебно утицај љутње и беса родитеља.

Родитеље треба упознати:

- да њихово расположење утиче на понашање детета, а и на њихово сопствено реаговање. Ако су уморни, под стресом, забринути или љути, велика вероватноћа је да ће се наљутити на дете;
- да је изузетно важно да буду свесни свог расположења и да нађу начине како да своју осујећеност решавају тако да она што мање утиче на однос са дететом. Неки родитељи и сами препознају да своја расположења „истресају“ и преносе на децу, али ништа не чине да се то промени. Неки родитељи своју осујећеност користе као оправдање за неадекватно поступање према детету;
- да деца осећају несигурност и тескобу када је расположење родитеља непредвидиво. Када родитељи једног дана не обраћају пажњу на одређено понашање детета, а следећег дана се због истог понашања детета љуте, дете се осећа збуњено;
- да се деца боје и осећају угрожено, као да им нешто прети, када су родитељи често љути или лоше расположени. Када се родитељи наљуте на дете јер су забринути због неких других ствари, дете је огорчено, пошто осећа да се према њему неправедно поступило. Деца повезују са собом све што се дешава и реагују на сваку промену у расположењу родитеља;
- да ће дете бити збуњено ако родитељ негира да је забринут или нерасположен, а невербална порука јасно одсликава његово нерасположење. Дете то може повезати са собом и може имати осећање кривице да је оно нечим допринело томе, а да не зна чиме. Дете може научити да се другима не прича о осећањима, да се другима не треба обраћати за помоћ, да мора само да решава сва своја незадовољства и бриге итд.;
- да се дете не челичи када родитељи дају маха својим осећањима или их строго контролишу пред децом;

- да детету треба да дају објашњења која ће дете умирити и да му покажу како се решавају одређена емоционална стања.

### Најомена о бесу и љутњи родитеља

Са родитељима посебно треба разговарати о утицају њихове љутње и беса на дете.

Родитељи се наљуте када помисле **да се њихово дете намерно понаша** неваљало или ако мисле да дете намерно хоће да их наљуте и изнервира.

Родитељи треба да знају да мала деца не знају како се родитељи осећају. Она не знају шта ће родитеље наљутити, а шта неће, али покушавају то да науче. Децу плаши када су родитељи љути, јер не очекују такву реакцију. Зато стрпљивост родитеља има изузетан значај. Кроз стрпљење родитељи уче дете како треба да се понаша када је незадовољно и љуто. Родитеље треба подсетити да деца уче постепено, да им треба времена да у потпуности схвате чему родитељи настоје да их науче. А њихово учење и схватање представља темељ за остваривање дугорочних циљева родитеља.



Љутња је знак да се родитељи и дете међусобно не разумеју, да не разумеју тачку гледишта другог. То је знак да комуникација није најбоље успостављена. Родитељима треба сугерисати да не дозволе да у љутњи кажу нешто злонамерно, да критикују дете, да га омаловаже или ударе. Корисно је подсетити их да најважније ствари учимо у најтежим ситуацијама и да проблематичне ситуације са децом искористе да буду онаква особа која желе да њихово дете постане.



Родитељима треба помоћи да контролишу љутњу. Може им се предложити да дубоко уздахну, изађу из просторије, отворе прозор и погледају напоље док се не смире или сл.



### Савети родитељима за контролисање љутње

1. Избројте до 10 пре него што било шта кажете или урадите. Ако сте још увек љути, **удаљите се и дајте себи времена да се смирите.**
2. Опустите рамена, дубоко удахните и понављајте у себи реченицу која вас смирује (нпр. „само полако“ или „све ће бити у реду“ и сл.).
3. Ставите руке иза леђа и реците себи да сачекате. Не говорите ништа док се не смирите.
4. Прошетајте и размислите о ситуацији. Размислите због чега се ваше дете понаша на тај начин. Сагледајте ситуацију из његове перспективе. Размислите која би ваша реакција показала да уважавате тачку гледишта детета, односно како ћете детету објаснити зашто сте се наљутили и како је оно требало да се понаша.

5. Идите на неко мирно место и подсетите се корака позитивне дисциплине. Вратите се детету онда када сте одабрали реакцију која испуњава ваше дугорочне циљеве, пружа топлину, ред и структуру и узима у обзир како ваше дете мисли и осећа.
6. Запамтите да свака ситуација представља прилику да дете научите како се конфликт решава кроз комуникацију у процесу решавања проблема.
7. „Морамо бити онакви људи какви желимо да наша деца постану.“

## КОНСТЕЛАЦИЈА МАТЕРИНСТВА

*Оливера Алексић Хил*

Однос родитељ–дете почиње да се развија одмах по рођењу, са првим сигналима детета које родитељ препознаје, прихвата и на њих реагује. Сензитивна нега и усмереност на дете представљају основу за целокупан даљи развој детета.

Рођењем детета, мајка прелази у стање јединствене психичке организације, тзв. констелације материнства, која представља психолошку основу за формирање идентитета родитеља и остваривање у родитељској улози (D. Stern, 1995). Пролажење кроз ову фазу омогућава мајци да реорганизује свој дотадашњи живот (жеље, потребе, ставове, циљеве, приоритете).

Оно што се покренуло са трудноћом наставља се са рођењем детета – буде се сећања на сопствено детињство, однос са сопственом мајком и јавља се тежња за реорганизацијом (сазревањем) истог таквог односа.

### **Значајне теме које мајка у својој новој улози разрађује:**

1. Тема раста и развоја – Да ли је у стању да одржи живот и раст детета?
2. Тема узајамног односа – Да ли је у стању да се на аутентичан начин ангажује у емоционалном односу са својим дететом и да ли тај ангажман омогућава развој детета у жељеном правцу?
3. Тема реорганизације идентитета – Да ли ће бити у стању да промени сопствени идентитет како би дозволила и олакшала раст и развој детета и испољавање емоција?
4. Тема подржавајуће средине – Да ли ће знати како да формира и омогући потребан систем подршке?

Некада, традиционално, основу је чинила проширена породица са искусним женама које су помагале породиљи, а касније мајци са малим дететом. Данас је структура подржавајуће основе другачија, пре свега у погледу улоге оца и мањег значаја улоге шире породице.

Увек треба имати на уму следеће:

- Разумевање фазе (стања) у којој се налази мајка важно је за стручњаке различитих профила који су у контакту са мајком и дететом ради помагања мајци у различитим кризним ситуацијама.



- Посебно се наглашава важност социјално-емоционалног ангажмана око мајке и детета током прве године живота, када се код детета успостављају основе привржености, сигурност, емоције, регулација функција.
- Мајци је потребна помоћ у стварању одговарајуће развојне средине. Мајка мора да осети припадност новој групи (мајки), да се осети компетентном за нову функцију, да буде сигурна у свог партнера.

Посаветујте супруга да подржи жену у новој улози мајке, да јој указује пажњу, помаже око детета, да је поштује те да јој то и показује. Ово се односи и на друге чланове породице.



## ПОСТПАРТАЛНА ДЕПРЕСИЈА

Ненад Рудић

Присуство депресије код мајке представља фактор ризика за емоционални развој детета. Новорођена деца и одојчад чије су мајке испољиле депресивност чешће имају тешкоће у области ране регулације спавања, исхране и емоција.



Неуочена депресивност може да доведе до продуженог деловања неповољних развојних искустава детета и патње родитеља.

Симптоми су различити и односе се на пад и дневне промене расположења, уз проблеме са концентрацијом и пажњом, смањено самопоуздање и самопоштовање. У неким случајевима промене расположења се могу манифестовати у виду узнемирености, напетости, моторне агитације, раздражљивости, може доћи до злоупотребе алкохола и других психоактивних супстанци.

Код блажих облика јављају су тешкоће у обављању дневних и социјалних активности. У израженијим облицима јављају се осећања кривице и безвредности, суморан и песимистичан поглед на будућност, идеје о самоповређивању/суициду, поремећен сан, снижен апетит.



### Интервенције

У случају блажих промена расположења може помоћи разговор усмерен на процену актуелних животних околности и догађаја, тока адаптације и садржаја брига, уз пружање објашњења и подршке. Посебно је значајно да се у мере подршке укључи други родитељ. Код тежих депресивних стања, мајку треба упутити на додатне консултације код стручњака из области заштите менталног здравља.

За процену депресивности мајке може се користити Единбуршка скала пост-парталне депресије<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Налази се у публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“.

**ТРЕЋЕ  
ПОГЛАВЉЕ**

**РАЗВОЈ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ  
– РАЗВОЈНЕ ОБЛАСТИ**



## ПСИХОМОТОРНИ РАЗВОЈ

Даринка Рагивојевић

Развој детета не почиње рођењем, пошто још пре рођења дете поседује и развија низ својстава која чине његову пренаталну опрему и подлогу за развој у периоду новорођенчета и одојчета. Након рођења, код новорођенчета, одојчета и малог детета постоји веома тесна, чак непосредно видљива повезаност, међусобна условљеност и међузависност различитих функција и способности које се код детета убрзано развијају.

Иако личност детета представља недељиву целину, при процени развоја обично се посебно разматрају поједине области које чине личност детета: моторика, говор, област осећања и сазнања (интелигенција), као и подручје социјалних односа и вештина. У првим годинама живота, када су ове области још недовољно разлучене и када понашањем доминирају моторне активности, степен развоја се често процењује на основу психомоторног развоја.

Појам психомоторног развоја односи се на узајамно повезани и испреплитани развој грубе и fine моторике, сензорно-перцептивних способности, сазнајних и комуникационих способности, као и различитих модалитета емоционалне и језичке размене са социјалном средином.



### Прво тромесечје: физиолошка регулација

Иако се током прва три месеца живота првенствено успоставља *физиолошка регулација*, заправо одмах по рођењу усавршавају се и увежбавају нови облици понашања, успоставља се контакт са средином, а испод нивоа манифестних понашања, већ у првом тромесечју живота, одвија се велики број процеса прилагођавања и усклађивања.

У погледу чулне опремљености, практично сви чулни канали новорођенчета су активни, а почетна чулна осетљивост постепено се повећава сазревањем и учењем.

Од тренутка рођења комуникација представља активан процес који се одвија између детета и друштвеног окружења. Болни плач и плач гладног детета се диференцирају већ у првој недељи живота, а у првом месецу дете је способно да плаче различито у зависности од афективног стања. Дете већ у првом месецу

живота успоставља и контакт очима са родитељима. Новорођенче радо „гледа“ лица у свом окружењу, што се тумачи као жеља за комуникацијом. На узрасту од три месеца одојче почиње са неким једноставним опонашањима и одговара вокалима и смејањем на мајчин глас, чешће него на говор других људи. Поред овога, одојче користи поглед као начин да регулише интеракцију и веома рано се успостављају „заједнички ритам пажње“ и „заједнички правац пажње“.

Новорођенче је способно за неке једноставније облике учења. Пре свега, то је хабитуација или смањење интензитета и оштрине реакције на поновљену драж, која је аутоматизована и без вољне контроле, а односи се и на рефлексне облике понашања и на понашања која нису рефлексно регулисана. Хабитуација је процес путем кога нпр. одојче престаје да посматра предмет који му се стално показује или долази до слабљења Мороове реакције на поновљене звучне дражи.

### Психомоторна постигнућа у првом тромесечју

На крају првог тромесечја постнаталног живота, 95% деце чији је развој складан има, уз постигнућа у моторном делу психомоторног спектра, и ова постигнућа:

- у домену **перцепције**, од негодовања на екстремне светлосне и звучне дражи, новорођенче успева да стигне до тога да на недвосмислено јасан начин прати очима покретну малу црвену звечку од једног до другог очног угла и да реагује на звук звона задржавајући поглед или покрет;
- у погледу развоја **функције хватања**, од шака стиснутих у песницу и активног рефлекса хватања, преко опуштања песнице, оно доспева до померања полуотворене руке у правцу понуђеног црвеног предмета;
- у домену **говора**, од плача незадовољства, преко гукања, новорођенче стиже до формирања првих гласовних ланаца;
- у домену **социјалног понашања**, од смиривања када га узму у руке, дете свенедвосмисленије опажа, фиксира, прати људско лице, а затим се и осмехује на људско лице које је довело у везу са ослобађањем од напетости и са пријатношћу.

### Друго и треће тромесечје: регулација узајамне размене и заједничка регулација социјалне размене и манипулисања средином

Успоставивши у трећем месецу социјални осмех као први организатор психичког живота, одојче улази у наредни период, сада већ знатно отвореније за подстицаје који долазе из околине и знатно реактивније и активније у односу на средину. У овом периоду мајка и дете, као дијада, улазе у *фазу регулације узајамне размене и социјално-афективних модулација* (од трећег до шестог месеца), а затим у

фазу заједничке регулације социјалне размене и манипулисања средином (од шестог до девог месеца). Одвијају се бурне промене у унутрашњем емотивном животу детета, долази до веома крупних помака у интелектуалном развоју и до значајних промена у подручју комуникационе размене. Дете је сада знатно отвореније за социјалну комуникацију која обезбеђује много интензивније, учесталије и разноврсније интеракције и омогућује смањивање раније превладавајуће усмерености на сопствено тело. Истовремено, користећи успостављене моторне, манипулативне, опажајне и интелектуалне способности дете почиње да ствара менталне представе о предметима и особама из спољашњег света. Захваљујући развоју менталних представа, крајем трећег тромесечја дете постаје свесно да особа која брине о њему и за коју је афективно везано постоји независно од њега, односно и када је ван сензомоторног поља детета. Ова нова способност, поимање сталности и перманентности објекта, представља основ даљег сазнајног развоја детета. У периоду када сталност објекта још није довољно учвршћена, дете испољава страх од одвајања од драге особе и страх од непознатих особа (сепарациони страх који ће дете превладати тек у наредном периоду развоја, развијајући нове способности). У овом периоду развијају се и прве намере и способности разумевања акција и мобилисања пажње других.

## Четврто тромесечје: развој говора

Пошто је сталност објекта успостављена крајем трећег тромесечја, припремљени су услови за даљи психички развој, који тече паралелно и преплиће се са моторним развојем и развојем сензорних способности, обједињених у шеме сензомоторних акција. Како се повећава опсег деловања због моторног напредовања и веће независности у истраживању, тако се повећавају број и разноврсност предмета који су детету доступни и које оно обухвата својим акцијама. Знатно диференциранијим покретима руке и шаке дете испитује делове целине, не опажајући је више као неуређен и хаотичан скуп елемената или као аморфно цело, већ као сложено и интегрисану целину.

Период последњег тромесечја прве године живота карактерише појава прве речи: глас се претаче у реч, а она, као део објекта и замена за њега, има скоро магичну моћ дозивања објеката. Реч „не“ коју дете у том периоду почиње да користи означава да дете постаје свесно себе као засебног бића, својих хтења и намера те да је истовремено препознало и стања другог која нису идентична или се не поклапају са његовим намерама и хтењима.

## Крај прве године – развојна постигнућа

На крају четвртог тромесечја, око 95% деце чији је развој складан има, уз постигнућа у моторном делу психомоторног спектра, и ова постигнућа:

- у домену функције **хватања**, са једанаест до дванаест месеци развијен хват клештима и хватање малог предмета савијеним кажипрстом и палцем;
- у домену функције **перцепције**, на крају дванаестог месеца довлачи удаљену играчку користећи узицу и убацује плочице у кутију;
- у домену **говора**, у дванаестом месецу јавља се први смисаони слог;
- у домену **разумевања говора**, са девет месеци, на питање о одређеној блиској особи или познатој ствари, окреће главу и тражи погледом ту особу или предмет, са једанаест месеци реагује на забране чина тако што на тренутак прекида активност, а на крају дванаестог месеца разуме и испуњава једноставне захтеве;
- у домену **социјалног развоја**, после фазе радовања због скривања у осмом месецу, страха од непознатих у деветом или десетом месецу, на захтев изражен покретима или речима пружа тражени предмет.

## Друга година и трећа година

Већ на крају прве године живота постоје језгра основних инстанци личности. Такође, дете је успоставило осећање основног поверења и способно је за наредна унутарпсихичка диференцирања и интеграције, сложеније социјалне интеракције и искуства која значајно превазилазе границе односа са родитељима.

Тиме се отварају сасвим нове могућности развоја детета на плану личности, на плану сазнајних способности и на плану психосоцијалног развоја.

Постојаност и континуитет у околини, основа одојчетове сигурности, сада се замењују постојаношћу и континуитетом које обезбеђује један унутрашњи, знатно флексибилнији систем и знатно независнији искуствени оквир – дететова унутрашња могућност обрађивања, повезивања и представљања искуства преко значења, симболизације и вербалног кода. То ће детету омогућити уздизање изнад непосредног, очигледног, конкретног и физичког у његовим унутарпсихичким диференцијацијама, у друштвеном развоју и у сазнавању.

Симболичка функција и њоме омогућен „*као да*“ план представљања и акције, обједињени у игровној активности, омогућују и посредовано општење са одраслима кроз које дете испробава, усваја и у себе уграђује одлике одраслих, доводећи у равнотежу осећања иницијативе и надмоћности у другој години те осећања аутономије, одговорности, планирања и опредељења у трећој години.



### Развојна поспеоинућа у другој и трећој години

Током друге и треће године велики број деце чији је развој складан има следећа постигнућа:

- у домену **статомоторике**, успостављају се самостално ходање, сагињање и усправљање до тринаестог месеца, ход уназад, пењање и силажење низ степенице уз помоћ и шутирање лопте у шеснаестом месецу, скакутање у двадесет четвртом месецу, стој на једној ноzi у двадесет шестом месецу, ход по линији и прескакање крајем треће године;
- у домену **моторике и функције руку**, највећи број здраве деце повезује оловку и папир, уме да жврља и да прелистава сликовницу са дванаест месеци, гради кулу од више коцкица са седамнаест месеци, увлачи конач у перле и ставља зрна шибице у кутију са деветнаест месеци, одврће поклопце, шрафове, навија федере играчака, а затим их навија и кључем са двадесет три месеца, повлачи оловком преко нацртаних линија и сече маказама са двадесет девет месеци, од пластелина обликује кобасицу у тридесет другом месецу, а затим успева и да прецрта круг крајем треће године;
- у домену **опажања**, од распоређивања поклопца уз одговарајућу кутију у једанаестом месецу, дете успева да стигне до тога да сврстава мале и велике кругове са осамнаест месеци, затим да сврстава круг, квадрат и троугао са двадесет три месеца, да убацује једноставне облике у кутију протурајући их кроз одговарајуће отворе на поклопцу кутије, да сврстава три различите величине и коначно четири основне боје са двадесет седам месеци, а крајем друге године гради мост од три коцкице према узорку;
- у домену **говора**, дете савладава имена предмета око петнаестог месеца, почиње да користи именице, глаголе и придеве око осамнаестог месеца и временске реченице у дечијем говору око деветнаестог месеца, поставља питања користећи одговарајући појам око двадесет првог месеца, говори своје име и користи присвојну заменицу „мој“ са непуне две године, а име и презиме са непуне три, користи множину око двадесет осмог месеца и употребљава главне и споредне реченице крајем треће године;
- у домену **разумевања говора**, крајем прве и почетком друге године дете реагује на своје име, затим почиње да показује делове тела од четрнаестог месеца, препознаје именоване предмете на сликама од шеснаестог месеца, разуме појмове великог и малог крајем друге године, разуме глаголе, а почиње да разуме и неке предлоге почетком треће године те почиње да савладава поређење неких придева крајем треће године;
- у домену **социјалног контакта и самосталности**, од одбијања покретом главе и мимичког изражавања жеље за неким предметом почетком друге године дете прелази на имитације свакодневних активности одраслих и помаже у једноставним активностима са шеснаест месеци, само пере и брише руке са

седамнаест месеци, само једе са двадесет месеци и уме да скине делове одеће са две године, остаје краће време без родитеља код познатих особа, брине се о лутки или меди, зна ког је пола са двадесет девет месеци, а крајем треће године је суво и чисто, правовремено тражи ношу, почиње да се облачи само.

## МОТОРНИ РАЗВОЈ ДЕТЕТА УЗРАСТА ДО ТРИ ГОДИНЕ

Љиљана Радовановић

Познавање нормалног моторног развоја је један од главних ослонаца за препознавање абнормалних моторних образаца (оних који одступају од нормале/норматива), као и за препознавање патолошких образаца (оних који тако одступају од нормале/норматива да указују и на оштећење ЦНС-а).

### Моторни развој одојчета – промене доминације тонуса флексора и екстензора

У првој години мишићни тонус се мења у односу на доминацију флексора или екстензора тако што постоје две фазе доминације флексора и две фазе доминације екстензора: до шесте недеље преовлађује тонус флексора, затим од седме недеље до четвртог месеца тонус екстензора, да би од петог до деветог месеца поново доминирао тонус флексора, а затим поново тонус екстензора.

Након рођења, здраво донесено новорођенче заузима у свим положајима образац потпуне флексије. Већ након неколико недеља постепено се појављују реакције усправљања у краниокаудалном смеру, које ће од 6. недеље живота до 18. месеца доминирати моторним развојем. Током прве године постоје два флексиона и два екстензиона стадијума, који се смењују и разликују по карактеру интензитета мишићног тонуса. У првој флексионој фази доминира повишен тонус флексора. У првој екстензионој фази доминира тонус екстензора. У другој флексионој и у другој екстензионој фази тонус флексора и екстензора се изједначају. Наиме, развојем положајних реакција током прве године живота образац потпуне флексије биће замењен обрасцем „круте“ екстензије, овај обрасцем лабаве флексије, а потом ће лабава екстензија доминирати моторним развојем детета у стицању антигравитацијске мобилности.

Ове промене тонуса омогућују да у току развоја кретања, током прве године живота, одојче успоставља контролу главе, врата и тупа и да буде у стању да фиксира и прати дражи из спољашње средине и развија функцију хватања. Матурацијом централног нервног система развијају се положајне реакције; обрасци глобалних покрета се диференцирају и јављају се изоловани покрети, најпре на тупу, раменом појасу и куковима као главним тачкама, а затим и на дисталним сегментима – шакама и стопалима.



## Моторни развој одојчета – три врсте развоја кретања

Моторни развој у току прве године живота код здравог детета одвија се по одређеним законитостима. Према Минхенској функционалној развојној дијагностици (МФРД), коју је развио Т. Хелбриге са сарадницима (1994), постоје три врсте кретања које се развијају, успостављају и усавршавају током прве године као основа укупног моторног развоја:

- развој кретања на трбуху доводи до функције пузања,
- развој кретања на леђима доводи до функције седења,
- развој кретања на боку доводи до функције самосталног координисаног хода.

## Спонтани моторни развој

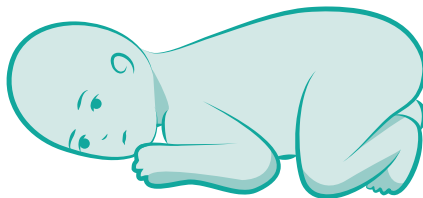
Спонтани моторни развој одојчета односи се на:

- време јављања одређених моторних функција,
- редослед јављања одређених моторних функција,
- квалитет образаца, ставова и покрета, сложенијих неуромоторних и психомоторних комплекса.

Тако здраво одојче са 3 месеца успоставља контролу главе, између 6. и 7. месеца окреће се из супинираног у пронарни положај и обрнуто, између 8. и 9. месеца стабилно седи, пузи са 10 месеци, а хода између 12. и 14. месеца.

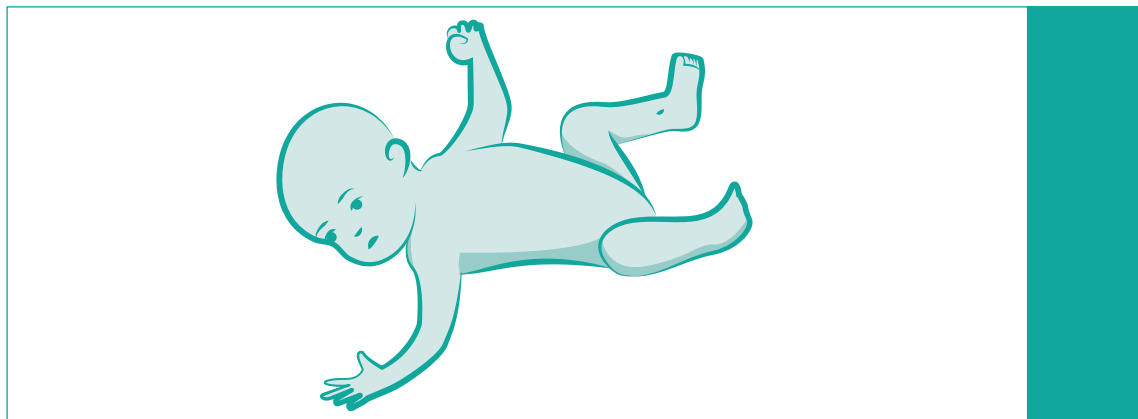
## Новорођенче

Слика 3.



У положају на трбуху заузима образац флексије, ослобођа дисајне путеве: окреће главу лево-десно, руке су флектиране поред трупа, шаке затворене, карлица је савијена, ноге флектиране (слика 3).

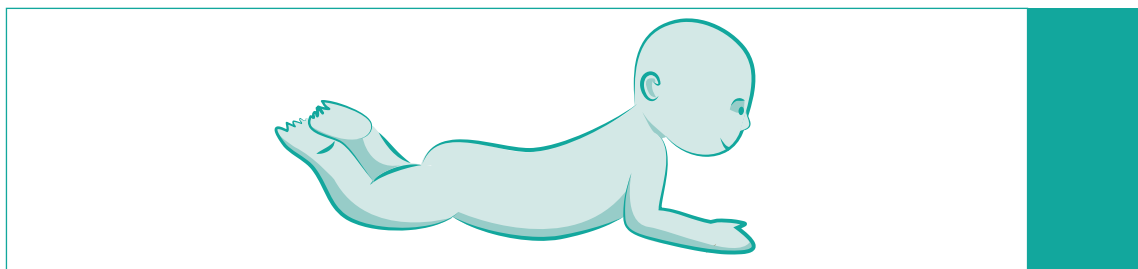
Слика 4.



У положају на леђима реагује на јаче дражи Мороовим рефлексом: нема равнотежу на леђима – холокинетичка фаза (слика 4).

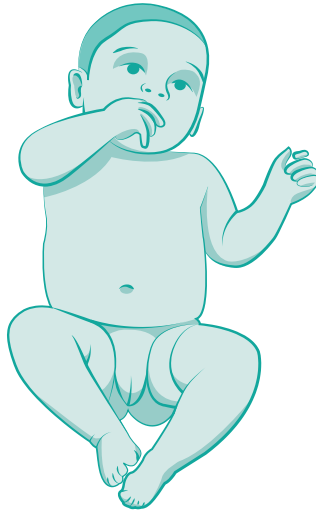
### Одојче од 3 месеца

Слика 5.



У потрбушном положају, почиње прва фаза кретања; ослања се на лактове и карлицу; почиње да се усправља – одиже главу, окреће главу на стимулацију, тежиште тела помера ка пупку (слика 5).

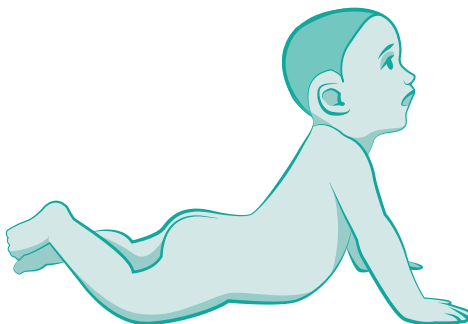
Слика 6.



У положају на леђима постигнута је равнотежа, игра се својим шакама и држи флектиране доње екстремитете (слика 6).

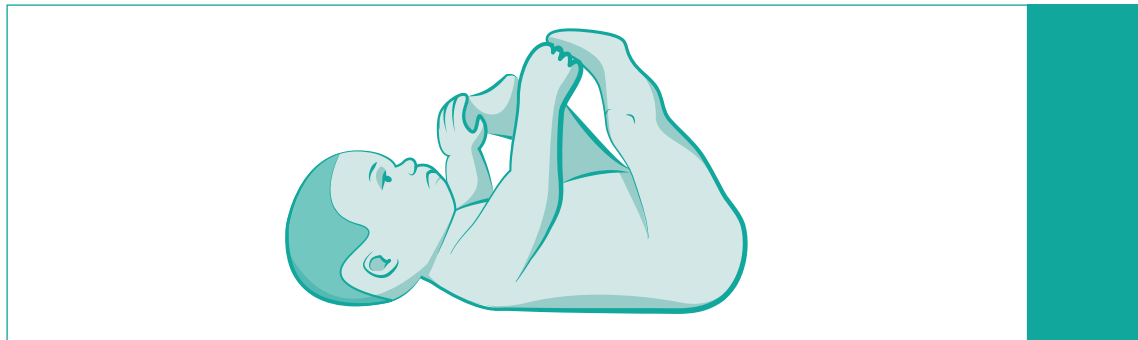
## Одојче од 6 месеци

Слика 7.



У потрбушном положају ослања се на отворене шаке и опружене лактове: кичмени стуб је опружен, карлица и бедра налажу на подлогу, тежиште тела се помера ка карлици (слика 7).

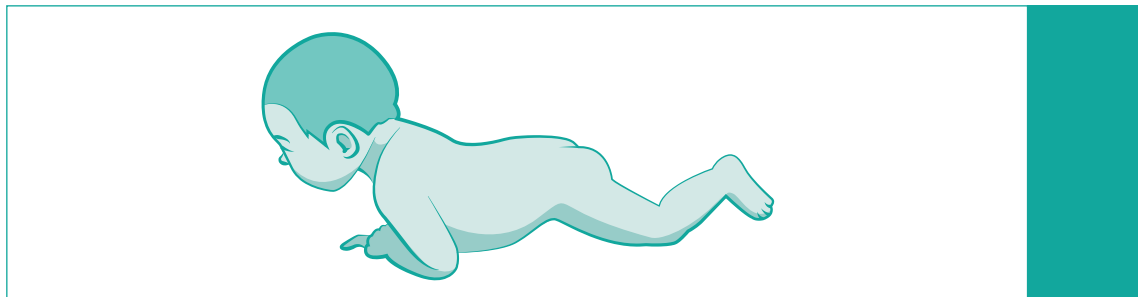
Слика 8.



У положају на леђима, шакама хвата стопала, истеже слабинске пршљенове, јача трбушну мускулатуру (слика 8).

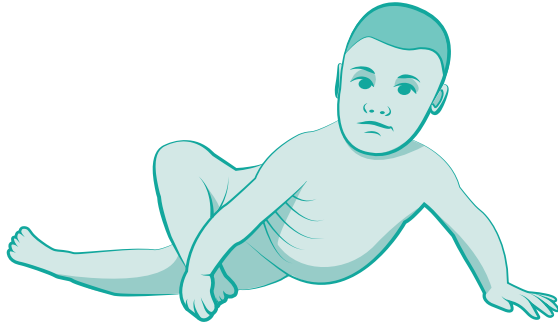
### Одојче од 9 месеци

Слика 9.



У потрбушном положају бауља, помера тежиште тела у страну и према напред (слика 9).

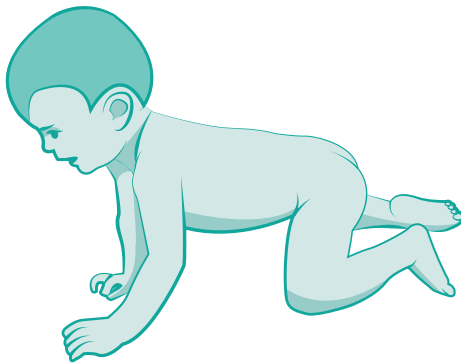
Слика 10.



Из положаја на леђима долази самостално до бочног седећег положаја и седења укоса (слика 10), а потом прелази у седећи положај на равној подлози (слика 13).

### Одојче од 10 до 12 месеци

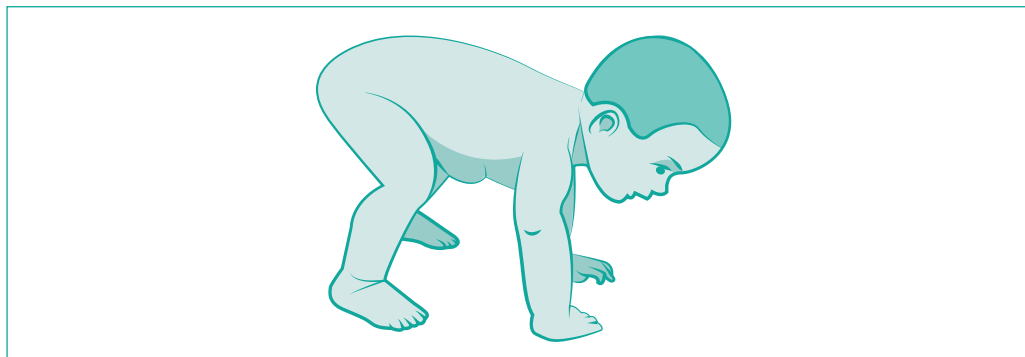
Слика 11.



У положају на трбуху пуже координисано (слика 11), успева да из клечећег положаја, придржавајући се само, устане у стојећи положај и прави бочне кораке.



Слика 12.



Заузима положај меде и успоставља медвеђи ход, тј. додирује подлогу шакама и табанима (слика 12).

Из положаја на леђима долази до бочног седећег положаја и преко њега прелази у седећи, а из седећег положаја прелази у пузећи.

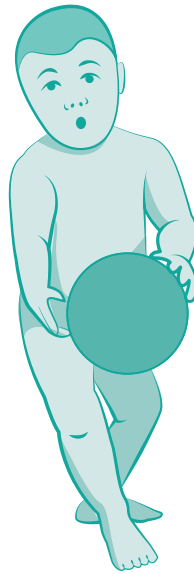
## Одојче од 12 месеци

Слика 13.



Заузима седећи положај на равној подлози, остаје у њему пар минута и игра се (слика 13).

Слика 14.



Из пузећег положаја долази до стојећег (слика 14).

У процени нормалног моторног развоја подразумева се да дете само, самостално или уз одговарајући подстицај успоставља одређене моторне функције (окретање, седење, пузање, клечање, стајање), одређеним редоследом и одређеног квалитета. Овде се не мисли на пасивно постављање детета у одређене положаје, него се ради о активно успостављеним функцијама. Ови обрасци ставова и покрета јављају се у регуларној размени одојчета и средине, односно појављују се када се ова размена обезбеди као резултат матурације ЦНС-а.



### Запамтите

Пасивно довођење детета у одређене положаје, као и довођење детета у положаје који нису у складу са редоследом јављања одређених положаја који постоји у нормалним моторном развоју, неће омогућити детету да овлада том функцијом уколико постоји успорено сазревање ЦНС-а или застој у његовом развоју. Упознајте родитеље са нормалним моторним развојем детета и подржите их у настојањима да га стимулишу.

### **Мојорни развој и мојорна поспјинућа у друјој и шрећој јодини**

Узнапредовале статомоторне функције и почеци локомоције крајем прве године развијају се даље током друге и треће године успостављањем нових и знатно сложенијих вештина које интегришу моторна постигнућа и сензомоторне функције. Ове вештине, вођене све већом радозналошћу као доминантном карактеристиком овог периода, омогућују детету доживљаје задовољства кроз откривање простора и кроз повећање спретности у новим вештинама. Пре свега, у овом периоду се ради о усавршавању статомоторне функције у различитим модалитетима и о освајању нових димензија простора. Постигнућа на путу самосталног освајања простора и нова моторна спретност која омогућује сасвим нова искуства са предметима прожимају се са емоционалним садржајима, у функцији су успостављања дететове аутономије и представљају подлогу потребе за иницијативом и игром које сумирају сва дотадашња психомоторна постигнућа у овом периоду.

Што се тиче моторних постигнућа, велики број деце овладава следећим постигнућима на овимзрастима:

- са 12 и по месеци иде само десетак корака,
- са 13 месеци успева да се сагиње и да се усправи,
- са 13 и по месеци „трчкара“,
- са 14 и по месеци прави три корака уназад,
- са 15 месеци пење се уз степенице када се држи за обе руке,
- са 16 месеци силази низ степенице када га неко придржава за обе руке, а може и да шутне лопту без држања за руке,
- са 17 месеци пење се уз степенице када га неко придржава за једну руку,
- са 19 месеци силази низ степенице када га неко придржава за једну руку,
- са 24 месеца може да скакуће,
- са 25 месеци иде уз степенице правећи корак када га неко држи за једну руку,
- са 26 месеци силази низ степенице без држања и може без држања да стоји на једној нози до једне секунде,
- са 27 месеци успева да направи пет корака ходајући по линији,
- са 29 месеци силази низ степенице правећи корак када га неко држи за једну руку,
- са 30 месеци може да направи три корака ослањајући се на јастучиће табана,
- са 33 месеца наизменичним кораком прескаче висину од 5 цм,
- са 34 месеца прескаче висину од 20 цм.

## РАЗВОЈ ЧУЛА И ЗНАЧАЈ ЧУЛНЕ СТИМУЛАЦИЈЕ ЗА РАНИ РАЗВОЈ ДЕТЕТА: ЧУЛНА ИСКУСТВА И ЊИХОВА ИНТЕГРАЦИЈА

Марица Милиграј

Мајчина утроба је сигурна и довољно разноврсна за стимулативно деловање на развој ембриона, касније фетуса. Временом се појављују бројна чула, а интеракција фетуса са окружењем почиње знатно пре рођења. По рођењу, биолошки потенцијал и тако стечено искуство дају основу за даљи постнатални развој.

Чула на рођењу нису у потпуности развијена и требаће још времена за њихово сазревање и организовање. Део опреме новорођенчета чине и реакције на јаче дражи: покрет делова тела, окретање главе, трептање, прављење гримаса и плакање.



У првим месецима живота пријем информација преко чула је у наглом успону. У складу с тим долази до интензивног развоја соматосензитивних и сензорних региона мозга.

У првим месецима живота мозак развија својеврсну организацију која му омогућава да мноштво информација које пристижу из тела и окружења прими, модулира, разврста, удружи, упореди са претходним, планира и усмери на сврсисходно реаговање.



Неуробиолошки процес који омогућава пријем и обраду сензорних података како би се они смислено користили називамо сензорном интеграцијом или сензорним процесуирањем.

Већина деце развија нормалну сензорну интеграцију кроз спонтано истраживање света око себе. Када је сензорна интеграција добра, одговор детета на чулни стимулус је креативан, сврсисходан и испуњава га задовољством. Када је сензорна интеграција поремећена, овај процес не тече глатко и деца показују прекомерно или недовољно реаговање на чулне дражи. Проблеми ове врсте ремете свакодневно функционисање, што се може видети и у понашању детета од најранијег узраста. У раном периоду, из ових разлога, јављају се проблеми током неге, храњења и успављивања одојчета. Касније ова деца могу показати неспретност при кретању, заостајање у развоју говора, отежано учење,

немогућност укључивања у вршњачке игре, ниско самопоштовање, склоност ка анксиозном или депресивном расположењу, хиперактивно понашање и могу имати низ других проблема у социјалном функционисању. Ако се права природа ових проблема не препозна већ у раном узрасту, пропушта се најповољније време када се уз најмање напора, уз добро планиран и организован додатни стимулативни третман, детету може значајно помоћи.

## Чуло додира

Већ крајем периода ембрионалног развоја почиње да се развија чуло додира, прво на образима, затим у гениталном пределу, па на длановима и табанима. Са 32 недеље гестације скоро сваки део тела је снадбевен рецепторима не само за притисак већ и за бол, топло и хладно. Чуло додира је на рођењу добро развијено, па зато ово чуло остварује дискриминативну и заштитну функцију и има најважнију улогу у процесу афективног везивања.

### Обратите пажњу

Током превентивних прегледа треба посматрати како дете реагује на различите врсте додира, како се служи рукама, има ли специфичних реакција на одећу, обућу, како се креће у простору.

**Саветујте** родитеље да стимулишу развој детета **додиром** тако што ће:

- пружити детету доживљаје различитих врста додира: држањем, мажењем, загрљајем, пољупцем,
- проценити које врсте додира највише пријају детету и њих упражњавати,
- омогућити одојчету да додиром осети различите квалитете предмета у окружењу: меко – тврдо, храпаво – глатко, топло – хладно,
- касније омогућити одојчету да слободно додирује и испитује квалитет предмета у окружењу,
- допустити да дете, под надзором одраслих, ставља предмете у уста, јер том врстом додира испитује окружење (нагласите родитељима да предмети које ће дете стављати у уста морају бити чисти и одређене величине како дете не би могло целе да их стави у уста или прогута).



### Запамтите

Интензитет осећаја додира код неке деце може бити знатно слабији или јачи од уобичајеног, до те мере да је потребно, уз сагледавање општег стања детета, упутити дете на консултативни преглед код неког од специјалиста и стручних сарадника: дечјег неуролога, психијатра, психолога, дефектолога и радног терапеута.





На поремећај ове врсте треба помислити када дете показује следећа понашања:

- не прија му загрљај, љуљускање,
- има проблема са храњењем (тешкоће при жвакању, гутању, затварању уста),
- не испитује играчке уснама како је уобичајено у периоду одојчета,
- има проблеме са спавањем, дуго се успављују и кратко спава,
- показује узнемиреност током пресвлачења, мењања пелена, купања,
- није свесно нормалног додира и бола, друге људе додирује или сувише јако или сувише лагано,
- смета му тканина одређеног квалитета,
- избегава да користи руке (да закопча дугме, рајсфершлус, да пише и сл.),
- повређује друго дете или љубимца не схватајући да им наноси бол,
- показује склоност ка самоповређивању – удара главом, штима се, уједа.

## Чуло слуха

Чуло слуха је у потпуности формирано већ у 24. недељи гестације. У мајчиној утроби фетус слуша звуке струјања крви кроз крвне судове, откуцаје мајчиног срца, клокотање у цревима. Пошто се звук простире кроз течност, у нешто измењеном облику фетус чује и глас мајке и укућана. На рођењу већ има истанчан слух.

У нашој средини је предвиђен скрининг слуха код новорођенчади уз помоћ отоакустичке емисије, а ако се уоче оштећења слуха, третман се започиње већ од трећег месеца живота детета.

Новорођенче од свих звукова у окружењу усмерава пажњу на слушање људског гласа, посебно женског, који има више тонове. Ритмички звуци га смирују, док га брз и гласан говор може узнемирити.



### Обратите пажњу

Током превентивних прегледа треба посматрати како дете реагује на звук, да ли имитира људски глас, да ли касни у развоју говора.

**Саветујте** родитеље да стимулишу развој детета тако што ће:

- причати, певати и читати детету од првог дана,
- полако изговарати кратке реченице и успостављати контакт очима,
- одговарати детету када оно испушта гласове и гуче,
- пуштати музику детету и проценити која му врста музике највише прија,
- омогућити детету да слуша и звуке који прате свакодневни живот (звекцање прибора за јело, звук телефона, грају деце у дворишту, шумове из природе).





### Запамтите

Поремећаји у облику **хиперсензитивности** или **хипосензитивности** на слушну драж захтевају консултацију специјалисте оториноларинголога и стручног сарадника (логопеда, радног терапеута).

**Упутите** оториноларингологу ако дете:

- показује велику узнемиреност када чује звуке кућних апарата – усисивача, фена, блендера,
- има тешкоћа при одређивању правца из којег звук долази,
- показује да му смета бучно окружење, покрива уши и бежи од извора буке,
- воли да прави буку, вришти,
- има успорен развој говора,
- не обраћа пажњу на оно што му се говори,
- споро одговара на питања.

## Чуло вида

Чуло вида је једно од најсложенијих чула, а његов развој траје и након рођења. Око 26. недеље гестације фетус отвара очи и почиње да трепће, а од 33. недеље је регистровано скупљање и ширење зеница. Очи новорођенчета су већ од рођења врло осетљиве на светлост. Новорођенче је у стању да прати светлост и да се окреће према извору светлости. Оно има потребу да прати људски лик и може да фокусира поглед на растојању од 20 до 30 цм, што је одстојање на коме се налази мајчино лице за време храњења. Током првих шест месеци живота код детета се успоставља акомодација и конвергенција, а у наредном периоду, са порастом главе и размака између зеница, долази до даље организације и сазревање овог чула.

### Обратите пажњу

Током превентивних прегледа треба посматрати како дете реагује на извор светлости, да ли прати људе и предмете који се крећу, како манипулише предметима, како се креће у простору, да ли препознаје слике предмета, да ли може да сортира предмете по боји (двогодишње дете) и по употребној вредности (трогодишње дете).

**Саветујте** родитеље да стимулишу развој чула вида детета тако што ће:

- омогућити одојчету да гледа предмете јасних, светлих боја (црвена, плава, жута), затим јасне обресе светло-тамних контраста, црно-беле геометријске фигуре,
- изводити одојче на прозор, на улицу, на игралиште, у продавницу да посматра предмете и људе у кретању,
- показивати одојчету слике са крупним фигурама и именовати му те фигуре,
- омогућити малом детету да се упознаје са предметима различитих величина и облика и њиховим кретањем у простору на различитим одстојањима од детета.





### Упутите офталмологу:

- децу рођену пре времена, која још у болници обавезно подлежу офталмолошком прегледу и која се по потреби укључују у третман ради спречавања развоја прематурусне ретинопатије,
- децу која имају сметње чула вида као што су катаракте, нистагмус, немогућност гледања у свим правцима, гледање у предмете искоса, немогућност конвергенције и акомодације после шестог месеца, лоше сналажење у простору, деца која се жале на болове у очима.

### Саветујте родитеље да се јаве на преглед ако приметите:

- да је дете преосетљиво на светлост, да често покрива очи рукама, да воли да носи наочаре за сунце, да воли да буде у мраку,
- да дете избегава контакт очима,
- да дете испољава скоро искључиву тежњу ка играчкама које садрже покретне објекте и трепћућа светла.

## Чуло укуса и мириса

Чуло укуса је добро развијено већ код фетуса. Фетус је у стању да разликује укусе амнионске течности коју гута (и до 1 л дневно у последњем тромесечју гестације). По рођењу дете има развијен осећај укуса, јер му тај осећај омогућава исхрану и пружа одређену врсту заштите. Стога дете ужива у благо слатком укусу млека, а не воли кисело, горко. У стању је да осети и мале промене у укусу мајчиног млека које су повезане са њеном исхраном. Дете првих дана углавном проводи време поред мајке и учи да препознаје мирис мајчине коже и млека. Стога предмети који миришу на мајку могу понекад умирити дете.



### Обратите пажњу

Током превентивних прегледа треба питати како дете реагује на укусе и мирисе нове хране.

### Саветујте родитеље/мајке да стимулишу развој детета и чула укуса тако што ће:

- у првих шест месеци хранити дете искључиво мајчиним млеком, а даље наставити дојење уз постепено увођење немлечне исхране, држати дете у окружењу устаљених кућних мириса, избегавати употребу јаких мириса, постепено омогућити детету да се упознаје са различитим мирисима и описивати их речима,
- уводити постепено, помало и стрпљиво нове намирнице у исхрану након навршених 6 месеци живота детета.





**Запамтите**

Због поремећаја чула укуса и мириса дете може испољити појачану одбојност према одређеном укусу или мирису неких намирница те ограничен репертоар уноса хране или неубичајен афинитет према неким другим укусима/мирисима.

Ако дете увек мирише људе, храну и предмете, треба га упутити неком од стручњака: неурологу, психијатру, психологу, дефектологу, у зависности од процене општег стања детета.

## Чуло равнотеже и проприоцепција

**Чуло равнотеже**, које је смештено у унутрашњем уву, даје мозгу информације о положају главе, односно тела у односу на силу гравитације те о правцу и брзини кретања тела у простору и повезано је са другим чулима и проприоцептивним осећајима.

**Проприоцепција** је способност препознавања положаја свог тела и делова тела у простору и времену. Овај осећај се заснива на дражима које пристижу из проприоцептора у мишићима, тетивама и зглобовима.

Удруживањем осећаја који пристижу из проприоцептора, чула равнотеже, чула додира и уз помоћ чула вида дете развија способност кретања у простору – окреће се, пузи, хода, скаче.



Стање ових чула се процењује током праћења моторног развоја детета.

**Саветујте** родитеље да стимулишу развој свог детета тако што ће:

- обављати ритмичко кретање попут љуљања детета и ходања с дететом у наручју, што деци веома прија,
- омогућити детету да се слободно креће и успоставља равнотежу у стимулативном окружењу, на чврстој подлози, у довољно комотној одећи и прикладној обући.

**Запамтите**

Консултујте се са другим стручњацима ако дете показује:

- неубичајену осетљивост у овој чулној области,
- склоност ка падовима и повређивању,
- страх од ходања по неравној површини,
- немогућност да се обуче, обује,
- склоност да избегава пењање уз степенице и спуштање низ степенице.

**Свим трудницама, мајкама и члановима породице напомените**

Богата чулна искуства јачају когнитивне капацитете детета. Недовољна стимулација у првим месецима живота сужава развојне потенцијале детета.

## РАНИ ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ

Ненад Рудић, Даринка Радивојевић

### Социјални развој

Социјални развој у раном детињству (0–3 године, стадијум одојчета и детета које је проходило) чине процеси успостављања односа са другим. Развој започиње непосредно по рођењу, представља један од базичних развојних мотива (Emde, 2000) и остварује се кроз искуства односа са блиским особама из непосредног окружења. На крају социјалног развоја у овом узрасту налазе се значајна развојна постигнућа – свест о себи и свест о другом (други као ја и ја као други) чиме се стварају основе личности и омогућава одвијање процеса социјализације.

### Социјализација

Социјални развој детета и процеси социјализације иду руку под руку. Формирање односа са другима је услов развоја, али кроз однос са другима дете такође постаје личност одређене средине, културе.

Психички развој детета се одвија кроз односе и размену са околином – друштвеном и предметном. Кроз акцију и последице, кроз процесе сазревања и учења дете постепено развија свест о себи и другима, учи вештине суживота и комуникације.

Ток раног социјалног развоја може се пратити и веома је значајно да се прати. Од једног до другог корака у процесу раног социјалног развоја могу се посматрати манифестације социјалних мотива и способности.

Ако водимо рачуна о здравом социјалном развоју, фокусираћемо се на следеће значајне теме:

- привлачење другог (утицај на околину),
- сигнализирање,
- реаговање на поступке околине,
- заинтересованост за другог (лице).



Социјални живот почиње одмах након рођења. Социјална искуства малог детета током првих месеци живота представљају сва она искуства односа са особама које о њему брину, најчешће родитељима.

Истраживања раних комуникативних способности детета указују на то да је дете заинтересовано за друге особе те да је у стању да тај интерес покаже и да буде у интеракцији са другима. Оно је у стању да одговара на поруке других, али је исто тако у стању и да само започиње дијалог.

## Приврженост

Дете од рођења има потребу за формирањем блиске везе са родитељем, коју називамо приврженост (Bowlby 1969). Дете постаје привржено особи која се брине о њему. Веза између родитеља и детета представља најснажнију осу раног развоја. Процес је узајаман и започиње вероватно непосредно по рођењу детета. Приврженост родитељу је база за развој личности детета. Бројне студије указују на то да образац привржености у детињству снажно утиче на многе аспекте касније психолошке адаптације, па и на социјално понашање, регулацију осећања, сазнајни развој и опште психичко здравље.

### Развој привржености

<b>На рођењу</b>	Дете привлаче сви социјални објекти, усмерено је ка ономе што има квалитет хуманог, тек наслућујући разлику између познатог и непознатог.
<b>Са 3 месеца</b>	Постепено учи да разликује блиске особе од страних особа.
<b>Са 6–8 месеци</b>	Развија се специфична приврженост за блиске особе. Дете активно тражи контакт са блиским особама и протестује када оне одлазе. Јавља се и страх од непознатих особа.
<b>Са годину дана</b>	Могу се јасно разликовати карактеристике образаца привржености. Током даљег развоја овај однос се обогаћује, учвршћује и све више постаје део унутрашњих представа и личности детета.

## Обрасци привржености



Обрасци привржености су резултат интерактивних искустава деце са особама које се о њима брину. Позитивно искуство односа омогућава формирање сигурне привржености, а она омогућава коришћење мајке као сигурне базе за истраживање и играње у новој средини, активно тражење мајке у стањима узнемирености због одвајања и способност детета да се смири при поновном сусрету.

Дете може да формира различите облике привржености према родитељским и другим блиским фигурама, у зависности од њиховог поступања, што представља потенцијално значајан заштитни развојни фактор у ситуацијама неадекватности појединих односа.

## Облици привржености

Адаптиран однос	Сигурна приврженост
Неадаптиран однос	Несигурна приврженост
Поремећаји привржености	Дезорганизована приврженост

**Сигурна приврженост** – током поновног сусрета коме је претходило одвајање деца активно покушавају и успевају да успоставе блискост, контакт или интеракцију са родитељем.

Ова деца су сигурна у мајчину љубав те на одвајање од мајке реагују са мање страха, испољавају истраживачку знатижељу, боље решавају проблеме и имају боље односе са вршњацима. Показују више ентузијазма, позитивних емоција и упорности, што све резултује адекватним међуљудским односима и у одраслом добу.

За формирање сигурне привржености потребни су осећајна нега родитеља, одзивност и усклађивање са стањем и потребама детета, прилагођавање стимулације и омогућавање стабилности, сталност и предвидивост искустава у односу у раном детињству. Успостављање односа привржености је важан развојни задатак током прве године живота и раног детињства. Успостављање овога односа представља сигурну емотивну базу и основу за развој позитивног идентитета, просоцијалног понашања, успешне регулације емоција, као и радозналости и иницијативе у истраживању предмета у окружењу/средини.

**Несигурна приврженост** јавља се у два облика:

- **однос избегавања** – током поновног сусрета коме је претходило одвајање деца активно избегавају и игноришу родитеља.
- **амбивалентни однос** – током поновног сусрета коме је претходило одвајање деца показују љутњу и отежано се смирују.

Несигурна приврженост је повезана са проблемима понашања, проблемима контроле импулса, ниским самопоштовањем и проблемима у односу са вршњацима у предшколском узрасту.

Ситуације које утичу на стварање несигурне привржености карактеришу недоследно родитељство, тешкоће у организовању регуларности, предвидивости и сталности раних искустава детета, као и несензитивно понашање родитеља које није усклађено са емоционалним и/или физиолошким потребама детета.

**Дезорганизована приврженост** – током поновног сусрета коме је претходило одвајање деца су узнемирена и показују неорганизовано понашање.

Дезорганизована приврженост се јавља у ситуацијама израженог развојног лишавања, као што су злостављање и занемаривање детета или институционално одрастање, без прилика за успостављање стабилних односа са једном одраслом особом.

Она има највећу предиктивну вредност за каснији настанак развојне психопатологије.

Дезорганизована приврженост изазива значајна оштећења током раног развоја са дугорочним и озбиљним последицама на развој личности, због чега је потребна неодложна интервенција на побољшању услова средине и заштите детета.

### **Могућности процене односа током прејлега**

Преглед је добра прилика за посматрање односа. Током самог прегледа пожељно је рећи родитељима да треба да чине све оно што сматрају да је потребно за своје дете, онако како то најчешће чине.

Најзначајније је учавати како дете користи родитеља као сигурну базу за истраживање и интеракцију са испитивачем.

### **Однос са родиоцем као сигурном базом**

Да ли дете користи то што је близу родитељу или користи дисталну комуникацију и контакт очима како би проверило сигурност околине и олакшало одвајање од родитеља ради истраживања?

Како ово тражење контакта и физичке близине доживљавају родитељи?

Шта родитељи (имплицитно или отворено) саопштавају детету?

## Квалииет гечије истраживања


Да ли дете показује задовољство, интересовање за истраживање или је опрезно, плашљиво, укочено, односно индиферентно?

Да ли су родитељи сензитивни на ове сигнале детета?

Да ли се квалитет истраживања разликује у зависности од одговора родитеља?

## Знаци упозорења

Уколико родитељ наводи да се бар један од наведених исказа односи на дете, то треба схватити као знак упозорења који указује на тешкоће у области односа привржености:

<b>0–8 месеци</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тешко се смирује путем физичког контакта са родитељем (у наручју, љуљањем)</li> <li>• плаче без разлога, само да би „кињило“ родитеља</li> </ul>	
<b>8–18 месеци</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• не прилази родитељу да би се утешило</li> <li>• лако допушта физички контакт непознатим особама (држање и сл.)</li> </ul>	
<b>18 месеци – 3 године</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• не почиње да развија независност</li> <li>• реагује љутњом или игнорише родитеља након периода одвојености</li> </ul>	
<b>3–4 године</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• лако ступа у контакт, у стању је да оде са непознатом особом</li> <li>• сувише је пасивно или зависно од родитеља</li> </ul>	
<b>4–5 година</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• лако реагује агресивно без неког разлога</li> <li>• претерано је зависно од пажње и подршке одраслих</li> </ul>	

Помоћ родитељу у успостављању адекватног односа са бебом и малим дететом представља најзначајнију интервенцију у раном развоју.

Између родитеља и стручњака мора се успоставити однос поверења и узајамног уважавања како би се остварио тај циљ и створили услови за отворен дијалог о околностима које могу отежавати процес успостављања здравог односа родитељ–дете. Овакав тип односа креира негујућу средину у оквиру које се омогућава развој капацитета, компетентности и задовољства родитеља.



## Стадијуми психосоцијалног развоја

Психосоцијални развој личности од рођења до старости одвија се кроз осам стадијума, од којих се прва четири односе на рано детињство и детињство, пети се одвија током младалаштва, а последња три касније, у одраслом добу, укључујући и старост (Е. Erikson, 1950, 1963). У сваком стадијуму психосоцијалног развоја и обликовања личности јављају се одређене *врлине* – изграђује се основни, за тај стадијум карактеристични, посебни *квалитивни снаје* „*Ја*“. Овде описујемо само прва три стадијума која се одвијају у раном развоју детета.

### Стадијум успостављања основног поверења сирам неверења – врлина наде

Развој поверења и блискости са мајчинском особом, стање прихваћености и развој унутрашње сигурности, што све омогућава да мајка буде одсутна неко време, представљају прво социјално постигнуће одојчета и најранију основу за осећање психосоцијалног идентитета.

Током прве године па све до осамнаестог месеца, кроз свакодневна рутинска понашања, постојаност и континуитет у околини и континуитет доживљавања одраслих, дете учи да се ослања на њих, да им верује и да верује себи, изграђујући основну сигурност која парира основном неповерењу. Стичући основно поверење, дете развија врлину *наде*, „најранију и најнужнију врлину нераздвојну од стања ’бити жив’“. Нада постаје „трајно веровање у достижност жарких жеља, упркос мрачним нагонима и бесу који обележавају почетак постојања“.



#### Развојне потребе у првом стадијуму – врлина наде

Обезбеђивање задовољења основних физиолошких потреба.

Континуитет, постојаност у свакодневној рутини неге детета.

Препознавање детета кроз храњење, додиривање, ношење, љуљање и купање, осмехивање, тепање, надевање имена, давање предмета, заједнички правац пажње у игри, учествовање у гласовној комуникацији, утеха, контакт, ослобађање од nelaгодности.

### Стадијум успостављања аутономије сирам сидида и сумње – врлина воље

Око осамнаестог месеца дете испољава тежњу за новим доживљајима оријентисаним на активности и учи, само и од других, шта се од њега очекује и шта се може очекивати, шта су његове обавезе и привилегије и каква ограничења се



постављају у вези с тим. Учећи слободан избор, дете постепено прихвата законитости и нужности, успоставља равнотежу између самонадзора и надзора других. Оно почиње да ствара судове о себи и другима разликујући добро и рђаво те развијајући смисао за исправност и неисправност поступака или речи. Врлина *воље*, карактеристична за овај стадијум, развија се кроз слободу самоиспољавања, нежност и осећање самонадзора.

#### Развојне потребе у другом стадијуму – врлина воље

Охрабривање детета да доживљава ситуације које захтевају слободан избор.

Ограничења у опасним ситуацијама.

Пружање замене за ограничавање избора или за социјално неприкладна понашања.

Подстицање самосталности у погледу исхране, хигијене, облачења.



#### Стадијум усвојављања иницијативе сирам кривице – врлина сврховитости

Између треће и пете године моторни и психолошки напредак детета је праћен нарастањем надмоћности и одговорности, аутономија се комбинује са иницијативом, јавља се квалитет тежње, планирања и опредељења за остварење задатака и циљева. Дете има жудњу за учењем – учи добро и тежи да напредује у погледу обавеза и извођења.

На овом узрасту игра је главна активност, а врлина *сврховитости* се јавља као резултат неспутаног играња, испитивања, покушаја, погрешака и експериментисања са играчкама. Символичка функција и њом омогућени „као да“ план представљања и акције чине да дете, поред физичких игара, предузима и менталне игре те да кроз игру успоставља посредовану реалност у којој учи намену ствари, везу између унутрашњег и спољашњег, примену памћења прошлости на будућност, а преузимајући улоге и опонашајући слике родитеља и других одраслих испробава, усваја и у себе уграђује одлике одраслих и почиње да схвата шта значи бити сличан њима.

#### Развојне потребе у трећем стадијуму – врлина страховитости

Укључивање у вршњачке групе.

Физичке игре, игре улога и опонашања одраслих.

Подстицање самосталности у самозбрињавању.



## Ток развоја друштвености: показатељи развоја<sup>7</sup>

### Узраси од рођења до 12 месеци

- **1. месец** – Изазива много пажње и пасивно је прима.
- **2. месец** – Примећује блиско лице; смеши се у одговор.
- **3. месец** – Реагује на познате, пријатне ситуације, нпр. храњење, купање.
- **4. месец** – Воли да се држи. Сада је храњење друштвена активност.
- **6–7. месец** – Спонтано одговара и смеши се.
- **8. месец** – Почиње да буде свесно страних особа и прилагођава своју пријемчивост.
- **9. месец** – Одговара одраслима; игра се опонашајућих игара.
- **10. месец** – Реагује на охрабрење и обесхрабрење.
- **11–12. месец** – Показује приврженост. Изводи тапшање и махање рукама за поздрав („па-па“).

### Узраси од 12 месеци до 5 година

- **12–18 месеци** – Осамостаљује се у храњењу. Постаје свесно када је влажно и то му смета. Игра се само, али му је потребна одрасла особа у близини. Рањиво у неповољном окружењу.
- **18–24 месеца** – Пријемчиво на вођство и контролу одраслих. Још не сарађује са вршњацима, мада се може играти у близини. Сакрива се по кући.
- **2–3 године** – Качи се за мајку. Често има омиљену играчку или ћебе. Може да негодује приликом храњења. Почиње да помаже у свлачењу и облачењу. Помаже у чишћењу.
- **3–4 године** – Маштовита игра у којој се опонашају свакодневне активности, а деца узимају улоге одраслих. Подноси кратка одвајања и развија стрпљење у чекању. Почиње да дели предмете. Разумева добро и зло.
- **4–5 година** – Веће самопоуздање и самосталност. Воли мале групе, али се не идентификује снажно с њима. Игра је условљена полом и културом детета.

<sup>7</sup> Преузето из Уџбеника педијатрије, прилог проф. др Веронике Ишпановић, необјављено.

## Знаци ујозорења



- **4–7 месеци** – Нема социјални осмех, не показује назнаке сепарационе анксиозности (не реагује на одвајање од блиских особа).
- **8–12 месеци** – Не разуме и не поштује ни захтеве ни забране. У понашању се води искључиво својим унутрашњим потребама. Има продужена стања раздражљивости, не реагује на одвајање од блиских особа.
- **12–18 месеци** – Не разуме и не поштује ни захтеве ни забране. У понашању се води искључиво својим унутрашњим потребама, не истражује простор и границе дозвољеног. Слабо обраћа пажњу на особе у свом окружењу, слабо успоставља контакт погледом, слабо користи гестове. Јављају се дуготрајна стања раздражљивости, узнемирености, нерасположења, не реагује на одвајање од блиских особа.
- **19–23 месеца** – Не разуме и не поштује ни захтеве ни забране. У понашању се води искључиво својим унутрашњим потребама, не истражује простор и границе дозвољеног. Слабо обраћа пажњу на особе у свом окружењу, слабо успоставља контакт погледом, слабо користи гестове. Јављају се дуготрајна стања раздражљивости, узнемирености, нерасположења. Не разуме узрочно-последичне ситуације, не имитира одрасле, не игра се маштовито. Окупирано је деловима објеката. Не уме да се свуче. Не реагује на одвајање од блиских особа.
- **24–36 месеци** – Не разуме и не поштује ни захтеве ни забране, а у понашању се води искључиво својим унутрашњим потребама. Не истражује простор и границе дозвољеног. Слабо обраћа пажњу на особе у свом окружењу. Слабо успоставља контакт погледом, слабо користи гестове. Јављају се дуготрајна стања раздражљивости, узнемирености, нерасположења. Не разуме узрочно-последичне ситуације, не имитира одрасле, не игра се маштовито. Закупљено је деловима објеката, не уме да се свуче, не реагује на одвајање од блиских особа, нема назнака удруживања у игри.
- **3–6 година** – Не разуме и не поштује ни захтеве ни забране. У понашању се води искључиво својим унутрашњим потребама. Не истражује простор и границе дозвољеног. Слабо обраћа пажњу на особе у свом окружењу. Слабо успоставља контакт погледом, слабо користи гестове, јављају се дуготрајна стања раздражљивости, узнемирености, нерасположења. Не разуме узрочно-последичне ситуације, не имитира одрасле. Не игра се маштовито. Закупљено је деловима објеката. Не уме да се свуче или обуче. Не реагује на одвајање од блиских особа. Нема назнака удруживање у игри. Говори о себи у трећем лицу. У комуникацији се води искључиво сопственим потребама. Има низак ниво толеранције на фрустрацију (чести напади беса).

## РАЗВОЈ КОГНИТИВНИХ СПОСОБНОСТИ И ИНТЕЛИГЕНЦИЈЕ

*Даринка Рагивојевић*

Интелигенција, „најразвијенија ментална способност“, систем живих и делатних операција и најгипкија и најсталнија структурална равнотежа понашања, према Пијажеу, схвата се као једна у суштини адаптивна функција која се развија кроз промене основних сазнајних структура и њихово прилагођавање у односу на захтеве средине. Основне сазнајне структуре, схеме одређених акција и понашања које су присутне још од рођења и операције као сложеније сазнајне структуре које се јављају касније у детињству, мењају се током размена са средином и прилагођавају се спољашњем свету кроз процесе асимилације и акомодације. Када се ради о интелигенцији, ове размене између субјекта и средине нису материјалне, моларне, физичко-хемијске природе, већ су функционалног реда – објекти бивају укључени у акције субјекта (асимилација) или мењају саму активност субјекта (акомодација): асимилација је процес уклапања објеката из спољашње средине у постојеће схеме акција, стратегије и концепте, а акомодација је промена схема акција, стратегија, концепата и понашања под утицајем деловања објеката из средине. Когнитивни развој је процес у коме расте равнотежа између асимилационих и акомодационих компонената, а који прате генерализација, диференцијација и координација.

Пијаже разликује три главна стадијума развоја интелигенције:

- стадијум сензомоторне интелигенције,
- стадијум припреме и организације конкретних операција и
- стадијум формалних операција.

Узраст на коме се поједини стадијуми јављају може да варира у извесној мери, али су редослед јављања стадијума и њихов садржај непроменљиви. Међутим, иако су неке основне сазнајне структуре присутне још од рођења, интелигенција се у суштинском смислу испољава када се код детета, у периоду између осмог и десетог месеца, појаве намера (интенционалност) и разликовање средства од циља. У ситуацијама када сензорни и моторни облици понашања нису довољни, дете решава први проблем, обавља прву интелектуалну активност. Дете почиње намерно да посеже за неким предметом и да један предмет користи као средство да би дохватило други, који је циљ. Тако прва испољавања интелигенције представљају

уклањања препрека да би се досегао циљ, привлачење подлоге на којој је циљ и, после прве године, коришћење канапа или штапа за досезање предмета.

## Стадијум сензомоторне интелигенције – рад са реалностима

Овај стадијум, који траје од рођења до друге године, има шест фаза и оне представљају континуитет од одсуства акције до појаве активног манипулисања објектима из спољашње средине. Током прва три месеца акције су аутоцентричне, тј. усмерене на властито тело, да би затим постале алоцентричне, тј. усмерене на спољашње предмете. Постепено се јављају понашања која воде дете ка активном откривању нових средстава тако да оно постаје све успешније у овладавању предметима на конкретном, манипулативном нивоу, да би на крају сензомоторног стадијума доспело до првих почетака менталног представљања. Ментално представљање подразумева интериоризацију предмета и омогућује одвијање конкретне акције према објекту на унутрашњем, менталном плану. Ова нова могућност да се проблемска ситуација реши на менталном плану развијаће се у периоду симболичке и преконцептуалне мисли и у стадијуму припреме конкретних операција, који почиње у другој години живота.

### Фазе развоја сензомоторне интелигенције

На почетку овог стадијума, током првог месеца, постоје примарне рефлексне реакције које се проширују тако што у рефлексну схему улазе, на почетку случајно, за саму рефлексну реакцију страни предмети којима дете заправо и не манипулише.

Од првог до четвртог месеца основна рефлексна активност се проширује, долази до појаве примарних циркуларних реакција. Међутим, ни овде, нпр. када дете ставља сопствени палац или шаку у уста, циљ није упознавање унете шаке као објекта, већ је циљ, слично рефлексној активности из првог месеца, постизање отклањања напетости у сопственом телу.

Тек од четвртог до осмог месеца појављују се секундарне циркуларне реакције, у којима се рефлексна схема проширује на нове објекте који су ван тела детета. Дете нема свест о предметима у пуном смислу те речи и испрва случајно долази до неких објеката и ефеката. Када нпр. дете пружа руку ка звечкама које висе на крову колица или хвата слободан канап, понављањем случајних покрета долази до првих проширивања акције ван граница омеђених сопственим телом.

Од осмог до дванаестог месеца почиње координација гледања и хватања и јављају се нова понашања која чине прелаз између навике и интелигенције. Долази до координације схема акције, које се повезују као средства и циљеви. У овој

фази дете скида платно које прекрива његово лице, али не и платно којим је покривен предмет. Ако се предмет на његове очи премести са једног места на друго, дете га тражи на почетном месту. Ово понашање указује на међусобно координисане схеме акција које су пренете на унутрашњи план и представља почетак конзервације објекта, што је први производ интелигенције.

Од дванаестог до осамнаестог месеца јављају се интенције: дете тражи предмет иза застора, али не и ако он промени место. Ако се предмет са једног места премести на друго, па на треће, дете га тражи на почетном месту. Оно удаљава и приближава предмете, проучава промену њихове величине у функцији дубине и у стању је да до предмета који је постављен у бочицу дође обрћући бочицу. Дете почиње да користи предмете на различите начине, па постиже различите ефекте. Нова средства се откривају активним испитивањем и јављају се понашања која претходно нису била у репертоару понашања детета.



**Саветујте<sup>8</sup>** родитеље да стимулишу развој детета кроз игру с њим тако што ће:

- од 1. до 4. месеца допустити детету да ставља шаку у уста, сиса је или глође, а ако не успева, треба му помоћи и пустити га да се неко време игра шаком око уста и да је окуси,
- од 4. до 8. месеца уводити црвену звечку у видно поље детета и стимулисати пажњу бојом, звуком, додиром ручице детета, поставити звечке на кров колица или изнад кревета тако да дете може да их дотакне спонтано машући ручицама, дати детету да гледа различите предмете, пружа руке ка њима, дохвати их и ставља у уста (при чему треба да воде рачуна о њиховој величини и осталим безбедносним квалитетима играчака),
- од 8. до 12. месеца играти скривалице са дететом сакривајући своје лице или лице детета, нпр. полупрозрачном пеленом, и показивати задовољство када се лице открије, постављати предмет ван домаћаја детета и мало га привлачити тако да дете може да га дохвати, стимулисати привлачење предмета везаног за канап (хватањем канапа) или постављеног на пелену (повлачењем пелене),
- од 12. до 18. месеца са дететом играти игре покривања/откривања предмета, убацивати предмете у непрозирну пластичну чашу (прво крупније, па ситније) показујући детету убацивање и допуштајући му да то и само уради, показати детету, када оно савлада хватање, игру ударања коцкице о коцкицу (у игри са мањим предмета треба надzirати дете да не прогута предмет), омогућити детету да се слободно покреће и слободно бира играчку међу понуђеним играчкама, као и да слободно рукује и игра се разноврсним свакодневним употребним предметима (у крилу, на поду, при купању, водећи притом рачуна о безбедности детета).

<sup>8</sup> Видети и прилог „Игра и подстицање развоја детета“ у публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“.

Крајем прве и током друге године видљив је преображај који се одвијао од почетка сензомоторног периода, од одсуства свести о себи и свести о разлици између себе и других (егоцентризам) до, у трећој четвртини прве године, знакова конзервације предмета, свести о себи и о предметима који су независни од детета и његових поступака, а који постоје чак и ако их дете не види или не осећа на неки начин. На крају прве године, појава четвороножног, а потом и активног двоножног кретања, уз могућност одлажења и поновног враћања на место са кога је дете кренуло, доприноси да оно направи прве „групе премештања“, да у одређеној мери схвати реверзибилност и постигне доживљај сталности предмета упркос променама неких њихових одлика или односа међу њима.

На крају стадијума сензомоторне интелигенције, дете је способно да подражава неке речи и да им приписује опште значење, али тек пред крај друге године систематски учи да говори.



Почеци коришћења система вербалних знакова потичу од рада општије симболичке функције којој је својствено да допушта представљање реалног посредовањем ознака различитих од означених ствари. Време када дете почне да говори и да стиче систем колективних знакова подудара се са формирањем симбола, система индивидуалних знакова са којима дете улази у наредни период развоја интелигенције.

Међутим, иако Пијаже о првим фазама развоја сензомоторне интелигенције говори као о периоду у коме објекти још не постоје и само случајно улазе у схеме акција детета, постоје налази који указују на то да дете узраста од два месеца, мада није способно за праву социјалну комуникацију, има неку интеракцију кроз коју одрасли и беба могу доћи до заједничког дељења пажње и саопштавања намера. Снимци размена мајке и двомесечног и тромесечног одојчета потврђују њихово узајамно разумевање. Та врста ране узајамности и раног интерперсоналног реаговања представља извор из којег проистиче свеукупна људска интелигенција, која се развија већ на том узрасту и омогућује да дете веома рано разуме људски смисао ситуације као основу стицања језика.

**Саветујте** родитеље да:

- и пре него што дете почне да разумева говор и да само изговара прве речи разговарају са дететом и именују предмете које му дају, односно радње које дете или одрасли обављају (нпр. „ево, ручак“, „сада ћеш да се купаш“, „дошла је мама“, „дај ми коцкицу“ и сл.), али да не очекују да дете одмах понови и брзо запамти оно што су именovali,
- налоге речима које дају детету или именована предмета и радњи прате гестом, а када је то умесно и могуће, да најпре покажу детету радњу која се од њега очекује.





**Саветујте** родитеље да:

- када речима бране детету да уради оно што намерава („то **не**“), забрану изрекнуту мирним, озбиљним тоном који прати одговарајући природни израз лица те да му, чим дете застане на тренутак, скрену пажњу другим, занимљивим садржајем, да му покажу активност или предмет који су дозвољени и да физички склоне дете, односно забрањени предмет ван видног поља и домашаја детета,
- и пре друге године дају детету да се игра коцкицама различитих боја и величина те да се играју са њим грађења куле, моста, воза и сл. од коцкица, као и да прихвате дететову игру „градим–рушим“, убацују предмете различитих облика у одговарајуће шупљине и сл,
- користе тврде сликовнице и уче дете да именује предмете или бића, а касније и сцене из дечијег живота (купање, спавање, игра), да именују актере и радњу која је приказана и показују детаље именујући их,
- допусте детету да има своју омиљену играчку или предмет који жели да често има уз себе.

## Стадијум припреме и организације конкретних операција

Овај стадијум траје од друге до једанаесте године и има два подстадијума: преоперативни (са припремом конкретних операција и појавом симболичке и пре-концептуалне мисли, од друге до шесте-седме године) и оперативни (од седме до једанаесте године). Дете затим осваја и формалне операције и развија апстрактну мисао, што ће у овом приручнику бити приказано само укратко.

### Преоперативни подстадијум

Преоперативни подстадијум траје од друге до шесте-седме године. У овом подстадијуму, све до четврте године, успоставља се ментално представљање као нова тековина која омогућује квалитативно другачији однос према спољашњој средини. Дете почиње да представља предмете симболима и речима, овладава симболичким играма и планом „као да“ реалности. Дете систематски учи да говори, говор губи квалитет егоцентричног, напредује развој језика као средства социјалног општења и размене значења. Развијају се преконцепти, почиње да се успоставља способност схватања да, упркос промени неких одлика предмета, они остају исти (конзервирани) и дете остварује системе конкретних, неапстрактних операција.

Захваљујући менталном представљању и конзервацији предмета који сада постоје и на унутрашњем плану, дете се све више удаљава од предмета и све више се служи појмовима. Међутим, оно не поседује појам скупа предмета, усмерено је на видљива својства предмета и на спољашњу форму скупа, а у интелектуалним операцијама не успева да се децентрира из своје позиције у односу на предмет.



У периоду од четврте до шесте-седме године развија се преконцептуална мисао. Појмови које дете стиче, иако везани за вербалне ознаке, немају општост и налазе се на пола пута од општости појма до индивидуалности елемената који су њиме обухваћени. Мисао је интуитивна, сликовита, феноменолошка и егоцентрична. Наиме, мишљење је још под јаким утицајем непосредног перцептивног искуства и дете још није овладало различитим аспектима конзервације предмета, па не схвата да физичка својства предмета као што су број, запремина или маса остају непромењена без обзира на промену изгледа или просторног распореда. Дете је у стању да класификује предмете, али само на основу једног својства, нпр. боје или облика.

У овом периоду мишљење детета је егоцентрично – оно сагледава свет само из сопствене перспективе и има тешкоћа да препозна постојање других стајних тачака осим сопствене. Такође, мишљење детета у овом периоду карактеристично је анимизам – оно верује да су предмети око њега, и жива и нежива природа, обдарени осећањима, мислима и жељама, баш као и људи. Оно исто тако верује да између догађаја постоји директан и неизбежно узрочно-последични однос, одређен временском и просторном близином тих догађаја. Тако нпр. дете мисли да је болест, сопствена или неког од чланова породице, директна последица његовог лошег понашања које је непосредно претходило појави болести, тј. казна за такво понашање.

#### Саветујте родитеље да:

- заједно са дететом разврставају играчке (коцкице, плочице, аутомобилчиће) према врсти, боји и облику,
- у игри користе свакодневне предмете, али да им промене намену (нпр. котрљање јабуке као лопте, прављење куле од пластичних шоља или чаша, котрљање лопте кашиком, ударање у шерпу као у добош и сл.),
- подстакну дете да се игра пресипања (воде, песка, брашна) из једних посуда у друге, мешања пластелина или теста и промене облика из лоптице у кобасицу,
- играју игре скривалица, жмурке, тражења сакривеног предмета, погађања имена предмета само на основу опипавања предмета који су сакривени у џакчићу,
- омогуће детету учешће у вршњачким групама и играма представљања (занимања, ликова, ситуација, активности), као и употребу сложенијих конструкторских играчака, дечијих карата и математичких игара.



### **Оперативни подстадијум – конкретне операције**

У овом подстадијуму, од седме до једанаесте-дванаесте године, долази до успостављања реверзибилности неких квалитета предмета, па дете прави прве операционе групе и остварује системе операција. Мишљење детета је логичније, није егоцентрично пошто дете схвата и интегрише различите перспективе и значајно мање зависи од непосредних перцептивних искустава. Дете је у стању да обавља менталне операције „у глави“, нпр. да рачуна, да мисли о класама предмета и о односима међу класама. Нова одлика мисаоног процеса, реверзибилност, омогућава детету да постепено овлада конзервацијом броја (6 година), запремине (7 година) и масе (8 година), што представља основ математичког мишљења. Међутим, операције су конкретне, а дете још увек нема апстрактне појмове и није у стању да мисли дедуктивно. Апстрактно мишљење ће освојити тек у наредном, трећем стадијуму развоја интелигенције – у стадијуму **формалних операција**, који почиње од једанаесте-дванаесте године и у коме се успоставља способност мишљења у апстрактним категоријама „расуђивања о мишљењу“ и доношења закључака на основу апстрактних претпоставки. У том периоду дете почиње да формулише опште законе и принципе и да разумева метафоре, а ове нове способности ће све више усмеравати мишљење ка хипотетичким и идеолошким питањима и ка будућности.

## РАЗВОЈ ГОВОРА И ЈЕЗИКА

*Оливера Алексић Хил*

Од појаве првог плача на рођењу почиње развој говорне комуникације. Организатори говора су секундарна поља коре мозга око слушних, визуелних и моторних примарних поља. Сензомоторне активности, које се током сазревања и учења надовезују једна на другу и усложњавају, подстичу диференцирање функција и сазревање говорних предела коре мозга. За развој говора неопходно је стимулативно окружење.

### Прелингвални развој

Дете, две недеље по рођењу и током 1. и 2. месеца, оглашавањем кроз плач или гукање „саопштава“ околини своје психофизиолошко стање и своје потребе.

У 3. месецу, након фазе гукања, дете продукује прве гласовне ланце, у 4. месецу долази до појаве цикања и продуковања лабијалних гласова („mmm“, „bbb“), између 6. и 7. месеца дете улази у фазу чаврљања, у којој долази до надовезивања различитих, релативно јасних слогова и промене јачине звука и висине тона, у 8. месецу долази до појаве шапутања, у 9. месецу се јављају јасни дупли слогови, крајем 10. месеца дете улази у фазу дијалога у којој тачно понавља познате слокове, а у 12. месецу се појављује први слог који има смисао (значење).

### Фаза проговарања

#### 9–12. месец

У овом периоду долази до појаве прве социјализоване речи којом дете свесно именује предмет или биће. Дете открива да гласом може означити предмете и појаве. На почетку проговарања то су речи у којима се понављају исти слогови, а касније и различити.

Питајте родитеље да ли деца именују предмете или бића, односно појаве из своје околине.

**Знаци упозорења**

Дете не користи ниједну реч којом именује предмете или бића, односно појаве око себе.

**12–18. месец**

Дете разуме једноставне налоге. Препознаје именоване предмете и делове тела и показује их на захтев. Има активан речник од 6 до 8 речи. Користи реченицу од две речи.

**Знаци упозорења**

Дете не говори или има мањи фонд речи од очекиваног за узраст. Има нижи ниво разумевања. Не користи реченице у којима се јављају именица и глагол.

**2–3. година**

Дете разуме ситуационе налоге и вербалне захтеве и правилно реагује на њих. Може да прати једноставна упутства. Зна да именује неколико основних боја. Може да слуша приче и да гледа слике. Зна да именује и тражи речима познате предмете, тј. има речник од око 300 речи. Гради просте реченице, а у говору правилно користи све самогласнике и око 25% сугласника. Употребљава именице, глаголе и заменице. Прича о неким догађајима у којима је учествовало, коментарише док црта, разговора само са собом или са играчкама. Саопштава своје жеље, проблеме и намере.

**Знаци упозорења**

Дете не користи речи и/или има мањи фонд изговорених речи од очекиваног за узраст, има нижи ниво разумевања, не изговара све гласове у речи, не користи реченице, не именује једноставне боје. Говори о себи у трећем лицу, не коментарише своју игру и понашање, не саопштава своје жеље и намере.

## Значај подстицања говорно-језичког развоја

Подстицање говорно-језичког развоја у раном детињству значајно је за свеукупни психо-физички развој, процес образовања, развој самопоштовања, социјализацију и утиче на ублажавање степена тежине сметњи у учењу током школовања, као и на ублажавање и лакше превазилажење могућих удружених тешкоћа (емоционалне сметње, хиперкинетичност, поремећај понашања).

Стимулација код поремећаја говора у детињству условљава стимулисање мијелинизације неурона коре путем одговарајућих сензомоторних активности. Њима се стимулише мијелинизација примарних поља, као и суседних, секундарних, која се побуђују импулсима из примарних поља. Стимулација треба да започне пре истека сензитивног периода развоја појединих психичких функција код детета, јер се после овог периода потенцијал за развој знатно смањује. Циљ ране, свеобухватне стимулације (не само кроз говор и подстицање именовања већ и путем коришћења моторике те проосећања појмова, тј. прожимања појмова осећањима) јесте подстицање нормалног развоја и у функцији је спречавања настанка секундарних поремећаја.

### Интервенције у случајевима осећања

Родитеље треба саветовати да стално, активно и заинтересовано подстичу вербалну и невербалну комуникацију са дететом кроз ослушкивање дететовог говора. При изражавању треба користити јасне, кратке реченице за именовање поступака и намера, осећања и сл. Не треба превише причати. Не треба по сваку цену тражити одговоре на питања. Родитељи морају развијати осетљивост на дечју потребу за комуникацијом.

**Саветујте** родитеље да подстичу децу да говоре разумљиво, да своје идеје и осећања изражавају речима, да експериментишу гласовима и речима, да препричавају догађаје. Веома је важно да се свака активност везана за дете преводи у говорну активност. Дете треба окружити дете писаним продукцима говора, папиром, бојама, оловкама, детету треба указивати на писане поруке и на везу писане и изговорене речи, путем књига, огласних табли, етикета, фирми на продавницама и сл. Са дететом се треба играти игара дељења и састављања речи, уочавања римовања, повезивања писане и изговорене речи, као и повезивања слике и речи којом се насликани предмет означава.





Уколико наведени савети не доводе до напретка у развоју вербалне и невербалне комуникације, а примењују се довољно рано, довољно дуго и у континуитету, дете треба упутити на процену код дефектолога логопеда ради стимулације развоја комуникације (и пре друге године живота).

### **Поремећаји говора**

- Алалија (изостанак говора)
- Дисфазија (појединачне гласове дете може да изговори, али не и да их примени у речима и реченицама, има тешкоће са структуром речи и реченице)
- Дислалија (тепање)
- Аграматизам (говор са граматичким грешкама)
- Елективни мутизам (дете говори само у добро познатом окружењу, нпр. у породици, али не говори у другим окружењима, нпр. у вртићу или школи).

## ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗВОЈ

Оливера Алексић Хил, Душанка Калањ

Емоционални развој се одвија паралелно са социјалним и сазнајним развојем. Он обухвата процесе емоционалне диференцијације, (само)регулације емоционалних стања и њихово испољавање, као и препознавање осећања код себе и других.



За емоције код деце карактеристично је да су оне једноставне, спонтане, снажне, да нису уздржане, да су нестабилне те да се директно и непосредно испољавају у понашању.

Емоционални одговори детета се развијају постепено, од глобалних ка диференцираним, од опште узнемирености ка све разноврснијим емоционалним доживљајима. Породица представља место примарних искустава у социјализацији емоција, а у тај простор постепено улазе вршњаци и други одрасли.

Током раног развоја постепено се развијају емоционални капацитети који обухватају:

- свест о сопственом емоционалном стању,
- способност да се препознају осећања других,
- способност да се осећања именују,
- способност за емпатске и симпатске доживљаје,
- способност да се увиде разлике између унутрашњег емоционалног стања и спољних израза,
- способност да се регулишу осећање одбојности и друга узнемирујућа осећања путем стратегија које регулишу та осећања, тако што се умањују њихова јачина и трајање.



Социјална средина, а у раном узрасту то је првенствено породична средина, утиче на:

- брзину диференцирања емоција,
- разумевање емоција,
- начин испољавања емоција.



### Развој осмехивања

Најпре се јавља спонтано, рефлексно осмехивање (Wolff, 1987). Оно вероватно зависи од унутрашњег стања детета. Већ од 3. недеље осмех се појављује и као одговор на спољне ситуације. Најефикаснији покретач осмеха код детета је глас који је усмерен ка њему, у комбинацији са лицем родитеља, посебно када се лице родитеља помера. На узрасту од 3. месеца мајка детета која то чини добиће много више осмеха него страна особа.

Осмеси су чешћи када је дете у социјалној комуникацији него када није. Са 4 месеца деца не само што се осмехују већ почињу и да се смеју.

Природа фактора који изазивају смех мења се како дете одраста: тактилна стимулација на узрасту од 5 месеци, у трећој четвртини прве године смех се све чешће јавља у социјалним играма (нпр. скривалицама), а касније, током друге године, као одговор на многе социјалне активности у којима деца учествују.

Учесталост осмехивања, смејања и других емоционалних испољавања детета знатно је већа у стимулативним срединама.

Рани емоционални развој детета ослања се на позитивна, негујућа искуства у односу са родитељем. У ситуацијама адекватне ране стимулације, дете је изложено различитим, честим и углавном позитивним аспектима емоционалних одговора родитеља. Захваљујући томе, дете је већ са 4 месеца у стању да разликује одређена емоционална стања.



Код деце која нису имала позитивна искуства раног односа или су била изложена занемаривању током првих година живота знатно се чешће јављају проблеми у социо-емоционалном развоју.

### Саморегулација осећања

Дете има ограничене способности да препозна емоције, да их саопшти околини и да их регулише, јер су емоције снажне и преплављују дете. Саморегулација се развија у раном узрасту и подразумева постепен развој способности унутрашње регулације осећајних стања. Она се умногоме заснива на интерактивним искуствима са родитељским фигурама.

Деца уче контролу емоција од одраслих, првенствено од родитеља, кроз:

- посматрање и опонашање,
- учење по моделу,
- контролу од стране родитеља, тако што родитељи постављају границе прихватљивог и неприхватљивог начина изражавања емоција.



Од детета се очекује да постепено управља својим узбуђењем, да буде у стању да се носи са стањима повишеног узбуђења и да прилагођава своје емоционално изражавање.

Оптимална емоционална регулација доприноси осећању добробити, осећању самоефикасности и повезаности са другима.

Значајан део емоционалних искустава детета одвија се у социјалном миљеу вршњачких односа.



Учествовање у вршњачким активностима доприноси развоју и обликовању сложеније емоционалне регулације и адаптације емоционалног разумевања – кроз наизменичност, емоционални ангажман и задовољство, подношење узбуђења, одлагање, прихватање, разумевање и одговор на осећања других.

Развоју емоционалне контроле доприноси и буран сазнајни развој у предшколском узрасту који се одликује све већом способношћу разумевања, симболичког представљања, развојем концепта времена и концепта повезаности узрока и последица.

Други значајан допринос даје развој симболичке игре и са тиме повезано изражавање осећања у контролисаном амбијенту. Симболичка игра је основно оруђе које на овом узрасту стоји на располагању детету за развој регулације емоција.



Појава емоционалне независности је такође један од показатеља емоционалног развоја. Дете предшколског узраста је све више у стању да се само ангажује у активностима са предметима, вршњацима, па му није потребна стална пажња и подршка одраслих. Дете које у узрасту после пете године појачано тражи сталну пажњу и подршку одраслих емоционално је зависније.

Код деце се постепено развија јединствени лични стил регулације емоција – нека деца се држе по страни и избегавају емоционално изазовне ситуације, док друга отежано регулишу осећања и испољавају анксиозност или агресивност.



### Родитеље треба посаветовати да подрже емоционални развој свога детета тако што ће учити дете

- да именује емоције и вербализује унутрашња емоционална стања и потребе,
- да на различите начине изражава емоције (речима, цртежом и сл.),
- да препознаје емоције других,
- да разуме емоционалне реакције на неки догађај и стекне способност предвиђања последица реакције,
- да се начини емоционалног изражавања и понашања могу бирати.



### Родитеље треба упознати<sup>9</sup> са следећим чињеницама:

- Тешкоће у контроли емоција су честе у раном детињству. Повремени неуспеси у контроли емоција су очекивани, а чешћи су у ситуацијама умора, стреса, болести.
- Значајно је да родитељи адекватно разумеју емоционални одговор детета, да реагују на њега без дисквалификације и да дају детету одговарајуће објашњење.
- Родитељи треба да реагују адекватно, да схвате ситуацију која је претходила емоционалном одговору детета, да је прихвате и да је објасне детету.



### Препоруке за родитеље

- Будите заинтересовани и обраћајте пажњу на емоције детета.
- Подржавајте изражавање емоција и разговор о емоцијама.
- Помажите детету да препозна и именује своја осећања.
- Искористите ситуације испуњене емоцијама за „учење“ о емоцијама и одвојте време за то.
- Поставите јасне границе понашања.
- Прихватајте и „негативне“ и „позитивне“ емоције, али не и сваки начин њиховог изражавања.
- Будите свесни сопствених емоција и начина њиховог изражавања, јер су ваши образци емоционалног изражавања и понашања модел за ваше дете.

<sup>9</sup> Корисне савете о праћењу односа родитељ–дете и саветовању родитеља можете наћи у прилогу „Брига о развоју деце – кратак водич за саветовање породице“ у публикацији „Подршка развоју деце у раном детињству – Инструменти за процену развоја“.

ЧЕТВРТО  
ПОГЛАВЉЕ

**РАЗВОЈНЕ ТЕШКОЋЕ**



## РАЗВОЈ ДЕТЕТА РОЂЕНОГ СА РИЗИКОМ

Љиљана Радовановић

Код неке деце матурација ЦНС-а је успорена, у појединим фазама развоја може доћи до застоја који се манифестује знацима дисфункције нервног система, а у каснијем развоју код ове деце се могу испољити и масивнији неуроразвојни поремећаји. Овакав развој може постојати код тзв. „ризичне деце“.

„Ризична деца“ су деца рођена са једним или више фактора ризика. Под појмом „ризично дете“ или „ризично одојче“ подразумевају се и деца код које се применом стандардизованих техника неуролошког прегледа откривају знаци мањег или већег абнормалног неуромоторног развоја, односно успореног развоја у целини или други поремећаји развоја. У првом случају говори се о **анамнестичком ризику**, а у другом о **симптомском ризику**.



Када се говори о деци са симптомским ризиком, треба разликовати абнормални<sup>10</sup> развој од патолошког<sup>11</sup> развоја.

Анамнестички ризично одојче не мора показивати знаке абнормалног развоја, док се код деце са симптомским ризиком јављају одступања од нормалног развоја и испољавају обрасци абнормалног развоја. У оквиру одступања у развоју могу постојати и знаци патолошког развоја.

Међутим, тек када се патолошки обрасци покрета и развој патолошке моторике фиксирају, може се говорити о нпр. церебро-паретичном развоју, односно о церебралној парализи.

Одојчад под анамнестичким ризиком мора се пратити (једномесечне контроле) како би се што раније идентификовала одојчад са симптомским ризиком која захтевају и допунска дијагностичка испитивања, односно што раније укључивање у рехабилитациони третман.



<sup>10</sup> Абнормални развој је развој који одступа од норме.

<sup>11</sup> Патолошки развој је развој који одступа од норме уз фиксиране патолошке обрасце кретања.

## УСПОРЕН ПСИХОМОТОРНИ РАЗВОЈ

*Марица Милиграј*

Деца се развијају различитом брзином, али познатим и предвидивим редоследом развоја. Развој не тече уједначено, линеарно, већ скоковито, са повременим убрзањима, застојима, успорењима, понекад и краткотрајним враћањем на претходни развојни ниво. Деца у прилично широким, али одређеним временским оквирима стичу способности које називамо граничницима или прекретницама у развоју, јер их оне уводе у нову сложенију фазу развоја. Дешава се да се код неке деце јаве краткотрајна кашњења у појединим областима, али до тога долази зато што се енергија развоја усмери на неку другу област, нпр. нагли развој говора може привремено успорити моторни развој.

У свакодневној употреби термином „нормалан развој“ означавамо очекиван, уобичајен, типичан развој за узраст. Статистички гледано, овај развој се креће око развојних норми које најчешће представљају најучесталију вредност или средишњу вредност око које се групишу све остале вредности, 50% изнад и 50% испод те вредности.

Временски распони у оквиру којих се нормално стичу одређене способности прилично су широки, али нису тако оштро омеђени и крећу се од 1,5 до 2 стандардне девијације од средишње вредности.

Нека деца се ипак спорије развијају од друге деце истог узраста, а разлози који доводе до успорења су бројни. Пре свега, у основи успорења могу бити генетски или хромозомски поремећаји (тризомија 21. пара хромозома, фрагилни икс хромозом); успорење тада представља и саставни део клиничке слике. Успорење се може јавити и као последица одређених пренаталних искустава (фетални алкохолни синдром), инфекција у трудноћи (ЦМВ, рубеоле, токсоплазмоза и сл.), перинаталних проблема (асфиксија, интракранијално крварење, превремено рођење и сл.), здравствених проблема након рођења (трауме и инфекције), те као последица злостављања и занемаривања детета, недостатка стимулације, проблема у развоју привржености итд.



Значајно успорење или кашњење у развоју није клиничка дијагноза у правом смислу те речи, већ само опис једног стања. Ово успорење може захватити једну или више области развоја.

При процени развоја могу се уочити одређени знаци у свакој области који нас упозоравају на кашњење у развоју. Овде наводимо неке од њих.

## Знаци кашњења



**Знаци кашњења у развоју грубих моторних вештина** присутни су код детета које:

- у положају на стомаку не одиже главу и горњи део грудне кости од подлоге (3–4 месеца),
- не може да се преврне на обе стране са леђа на стомак и са стомака на леђа (5–6 месеци),
- има млитаве или превише круте мишиће (од рођења),
- не седи самостално (са 9 месеци),
- не може да стоји уз подршку (са 12 месеци),
- не може да хода (са 18 месеци),
- не може да се пење уз степенице и спушта низ степенице (3 године),
- не може да поскочи у месту (4 године).

**Знаци кашњења у развоју вида и финих моторних вештина** присутни су код детета које:

- не гледа своје руке (са 2 месеца),
- не прати очима кретање објекта у видном пољу (до 3 месеца),
- има проблем са покретањем једног или оба ока у свим правцима (од рођења),
- не посеже да ухвати предмет или не држи предмете (4 месеца),
- не ставља предмете у уста (4 месеца),
- не пребацује предмете из једне руке у другу (6 месеци),
- има поглед упоље или унутра (са 6 месеци),
- не може да ухвати ситан предмет помоћу палца и још једног прста (годину дана),
- не може да гурне аутомобилчић (2 године),
- не може добро да држи оловку (4 године),
- не може само да скине одећу (5 година).

**Знаци кашњења у развоју слуха, говора и језика** присутни су код детета које:

- не реагује на јаке звуке (са 3 месеца),
- не покушава да имитира звуке (са 4 месеца),
- не брбља (са 6 месеци),
- нема макар једну реч коју циљано користи (са 12–13 месеци),
- нема очекивани фонд од педесетак речи које користи као реч-реченицу (са 2 године),
- не разуме једноставна питања (са 2 године),

- не користи заменице и множину (са 3 године),
- не може да исприча неку дневну активност (са 5 година).

**Знаци кашњења у социјалном и емоционалном развоју** присутни су код детета које:

- не реагује осмехом на људски лик (са 2 месеца),
- не обраћа пажњу на нове ликове (са 3 месеца),
- не цичи и не смеје се (са 6 месеци),
- не показује везаност за родитеља/старатеља (са 7–8 месеци),
- не показује интересовање за игре скривалице (са 8 месеци),
- не размењује звуке, осмехе, мимику (са 9 месеци),
- нема гестове махања („па-па“) и показивања прстом детаља на предметима (са годину дана),
- не показује интересовање за другу децу (са 3 године),
- плаче када родитељи одлазе (са 4 године),
- није заинтересовано за симболичке игре са другом децом (са 5 година).

**Знаци кашњења у когнитивном развоју** присутни су код детета које:

- не тражи сакривени предмет (са годину дана),
- не показује прстом на предмете или слике (са годину дана),
- не зна употребну вредност предмета, нпр. четке, сапуна, телефона (са 2 године),
- не имитира речи или активности одраслих (са 2 године),
- не може да разуме једноставна упутства (са 3 године),
- не учествује у игри претварања (са 3 године),
- показује ограничено интересовање за играчке (са 3 године),
- не може да нацрта круг (са 4 године),
- не може да се концентрише на појединачну активност дуже од 5 минута (са 5 година).



Децу код које учите кашњења или то на неки други начин сазнате (информације патронажне сестре, упитник за родитеље) треба упутити на додатна испитивања и даље чешће праћење.

Развој који тече знатно спорије од познатих развојних норми захтева опсежно испитивање и медицинску процену. Код скоро половине испитиване деце узрок се не открије и поред детаљног увида у личну и породичну анамнезу, процене социо-емотивног развоја и опсервације односа родитељ–дете, пажљивог неуролошког и физикалног прегледа по системима, провере стања слуха и вида, провере функције тиреоидне жлезде, метаболичког скрининга серума и урина, хромозомских/цитогенетских анализа, а понекад и ЦТ или МР прегледа централног нервног система, ЕЕГ-а, ЦПК/алдолаза код абнормалног мишићног тонуца.



## Интервенције

Свака мера која се предузима ради процене нивоа развоја детета по областима, примене раних третмана, саветовања и обуке родитеља за рад са дететом, укључивања детета у дечје колективе и пружања додатне здравствене, просветне и социјалне подршке представља интервенцију која треба да помогне детету и породици.

Ране интервенције у ужем смислу речи су третмани који се предузимају у првим годинама живота детета, а обухватају физикалну терапију, логопедски третман и радну терапију. Током радне терапије код детета се стимулишу развој финих моторних вештина, визуомоторне вештине и сензорно процесирање како би се оно оспособило за обављање свакодневних активности (исхрана, облачење, писање, одлазак у тоалет). Током ове терапије користе се различите технике увежбавања рутине кроз игровне активности усмерене ка областима у којима постоје развојна кашњења.

## Исходи

Мања развојна кашњења код деце која се рано открију и правовремено третирају могу се надокнадити и дете се може увести у редовне развојне токове.

Већа развојна кашњења се могу умањити уз велико ангажовање уже и шире породице, стручњака, локалне и шире друштвене заједнице, али и самог детета на максималном искоришћавању преосталих развојних потенцијала. Школовање у складу са таквим потенцијалима омогућиће касније детету боље прилагођавање и активну партиципацију у животу заједнице у којој живи и ради.



## ТЕШКОЋЕ У РЕГУЛАЦИЈИ

*Оливера Алексић Хил, Ненад Ругић*



Тешкоће у регулацији се изражавају у оквиру једног или више развојних домена, као тешкоће прилагођавања на развојне промене или спољне околности. Углавном се ради о пролазним појавама, различитог интензитета и трајања.

Присуство тешкоћа је повезано са матурационим факторима, карактеристикама односа родитељ–дете и спољним стресорима. Способности саморегулације повећавају се са узрастом и, док у почетку значајно зависе од родитеља, постепено постају све аутономније.

Тешкоће се често огледају у мешавини симптома или проблема у понашању, као што су изливи беса, непослушност, проблеми са спавањем и исхраном. Ако ове тешкоће потрају дуже од три месеца и ако проблеми постоје у више развојних домена, повезани са кашњењем у освајању развојних граничника, као и са тешкоћама у односу родитељ–дете, онда носе ризике за даљи развој.

### Исхрана и поремећаји исхране

Успостављање адекватних образаца исхране је под утицајем физиолошких процеса и искуства. Одговорно храњење је саставни део одговорног родитељства, па тако за успостављање адекватних образаца исхране поред питања шта и колико дете треба да једе, треба обратити пажњу и на питања: ко храни дете (или је уз дете приликом храњења), како, када и где се дете храни.



Тешкоће са исхраном се могу јавити у различитим периодима развоја детета и изражавају се као тешкоће у успостављању редовног и адекватног уноса хране. Оне могу бити удружене са другим тешкоћама или се јављају самостално. Најчешће жалбе се односе на то да дете има слаб апетит, да не једе довољно или да има сужен избор намирница.

Ако нема органских проблема, до настанка проблема у исхрани могу довести несигурност у родитељској улози, погрешне представе о потребама детета, преокупираност исхраном или одсуство бриге.

Током првих година дана успостављају се обрасци регуларности путем сензитивне неге и одзивности на потребе детета за храном, а искуства повезана са храњењем у овом узрасту утичу на развој осећања сигурности и поверења, као и на формирање образаца ране интеракције и односа привржености. Депресивност и анксиозност родитеља може деловати неповољно на ове процесе. С друге стране, препознавање потреба детета, глади и ситости, те пријатан и опуштајући амбијент у коме се оброк дешава имају позитиван утицај.



У периоду око првог рођендана дете је углавном више заинтересовано за ходање и упознавање света око себе на тај нови начин него за храну. Деци је ипак неопходна енергија да би издржала повећану моторну активност, да би била мање мрзовољна и нервозна због глади. То је право време за учење социјализације (преко хране и заједничких оброка за столом, са осталим члановима породице) и финих моторних вештина (коришћењем прибора за јело). Важно је да се храна не даје на силу, да се не користи као награда, да се њоме не подмићује или уцењује дете, већ да му се омогући да изабере коју храну ће да поједе и колико ће да је поједе, као и да се само храни.

Није увек једноставно ни лако решити проблем исхране. Понекад је потребан дуг и стрпљив рад са мајком или оба родитеља, нарочито када су у питању родитељи који имају претерано заштитнички став, када кроз однос у вези с исхраном негују зависност детета, његову несамосталност и неспособност да се само стара о себи.



Табела која је следи приказује образац одговорног/одговарајућег, активног или интерактивног храњења и одговара на питања шта треба родитељ да одреди, а шта одређује дете.

**Саветујте** родитеље да је у развоју здравих образаца исхране важно поштовати улоге родитеља и детета.



Родитељ одређује	Дете одређује
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ШТА ДЕТЕ ЈЕДЕ</b> Све врсте намирница – житарице, воће, поврће, месо, риба, јаја, млеко, јогурт, сир.</li> <li>• <b>КО ХРАНИ ДЕТЕ или надгледа храњење</b> Најчешће мајка, али и други укућани.</li> <li>• <b>КАДА ДЕТЕ ЈЕДЕ</b> Дете воли рутину. Створите навику исхране у приближно исто време – доручак, ужина, ручак, ужина, вечера.</li> <li>• <b>ГДЕ ДЕТЕ ЈЕДЕ</b> Мање дете у хранилици, веће дете у столицу за столом. Кола, лифт, испред телевизора – то нису места за стицање здравих образаца исхране. Кад год је то могуће, окупите око стола више чланова породице.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ДА ЛИ ЋЕ ДА ЈЕДЕ понуђено или неће</b> Дечије „не“ схватите као „не“ у том тренутку. Понудите му исто поново (и до 20 пута) у неком другом облику, са намирницом коју радо једе, помешано или одвојено, маштовито припремљено и сервирано. Имајте стрпљења и разумевања.</li> <li>• <b>КОЛИКО ЋЕ ДА ПОЈЕДЕ</b> Ставите мање, па додајте по потреби. Не терајте дете да увек поједе све из тањира. Мањем детету дозволите да једе прстићима (тако вежба моторику), а старије учите да користи прибор за јело. Дозвољено је мало брљања (по тањиру) и прљања (гардеробе).</li> </ul>



### Саветујте родитеље

Дете учи понављајући оно што му се покаже и опонаша вас. Све што једном примените, дете очекује и следећи пут. Ви сте му узор у свему! Немојте се љутити на своје мало огледало. Не терајте силом дете да једе и не уцењујте га. Понекад је одбијање хране само позив за мало више пажње. Помазите га, ставите у крило, попричајте с њим.

## Тешкоће у регулацији емоција



Регулација емоција представља развој способности за одлагањем, ублажавањем и усклађивањем емоционалних одговора, без појаве значајних агресивних или дезорганизованих одговора изазваних фрустрацијом.

Током развоја саморегулаторних процеса кроз сазревање и социјализацију дете од стања интензивних и нерегулисаних исказивања осећања постепено стиже до тога да уобличава свој одговор.

Већ са две године може се запазити индивидуални стил регулације емоција.

Повремени неуспеси у контроли емоција су очекивани, а чешће се јављају у ситуацијама умора, стреса и болести.

## Изливи беса (*temper tantrum*)

Појаве бурног испољавања емоција (излива беса, плача, вриштања, бацања на под, ударања, шутирања или бацања ствари) нису неуобичајене код мале деце.

Оне понекад својом учесталашћу и јачином могу да ометају дневно функционисање, али и да укажу на присуство других развојних проблема.

Код здраве деце овакве реакције јављају се у одређеном узрасту (најчешће друга и трећа година), чешће када је дете гладно, жедно, уморно, када му нешто недостаје. У већини ситуација се препоручује да родитељи, када уоче повод за такву реакцију детета, смирено реагују, да покушају да умире дете или да га игноришу, без губљења контроле, претераног расправљања и убеђивања. Време за разговор са дететом долази тек након напада.



Истраживања показују да је могуће, донекле, разликовати реакције које представљају развојно очекивана испољавања код деце која не показују развојне сметње од сличних реакција код деце са поремећајима понашања, са значајним проблемима у регулацији емоција и у успостављању социјалних односа који захтевају додатну процену и интервенције.

Значајне критеријуме представљају учесталост (више пута дневно током више дана), трајање самог напада (дуже од 10 минута) и тешкоће у поновном успостављању смиреног стања након напада.



Неке одлике напада беса које се чешће јављају код деце са поремећајима понашања и емоционалним тешкоћама представљају изражено агресивно понашање (према другима и/или предметима у околини) и самоповређивање током напада (гребање, ударање, грижење).

## Страхови

Страхови су нормална појава у дечјем одрастању. Неки страхови су уобичајени за одређени узраст и превазилазе се одрастањем.



Развојно уобичајени страхови су:

- страхови новорођенчета – гласни и изненадни звуци, јака светлост, измицање подлоге,
- страхови одојчета – страх од непознатих лица, сепарациона анксиозност,

- страхови у првој години – страх од хране, страх од животиња, страх од воде,
- страхови код детета на узрасту од 2. до 3. године – проблеми у навикавању на чистоћу, страх од одласка на спавање, страх од одвајања, страх од непознатих особа, страх од промена, страх од уништења, страх од животиња и машина, имагинарни страхови (замишљена бића и ситуације).

Уколико су страхови изражени, често се испољавају, бројни су и трају дуже, треба се обратити стручњаку за ментално здравље.

## Тешкоће у регулацији понашања



Самоконтрола понашања је способност управљања сопственим понашањем како би се оно ускладило са социјалним правилима. Облици и усвајање социјално пожељног понашања зависе од узраста, когнитивних способности детета, као и од тога како дете усмеравају родитељи, вршњаци и други фактори који утичу на социјализацију.

Уколико се понашање посматра кроз димензију контроле, тада се може говорити о претерано контролисаном (инхибираном) понашању и недовољно контролисаном (дезинхибираном) понашању у односу на околности и очекивања за узраст детета. Често се у разумевању ових облика понашања говори о присуству емоционалне инхибиције или дезинхибиције која је повод за такво понашање.

Проблеми у понашању могу се манифестовати кроз обрасце супротстављања и пркоса, хиперкинетског поремећаја понашања и/или присуства антисоцијалног понашања (често са агресивним/импулсивним радњама).

Након друге године постоји очекивани пораст проблема у понашању, а најчешће су у питању пролазне манифестације. Проблеми у понашању код деце после узраста од три године, посебно они који се испољавају кроз теже облике, имају тенденцију да опстану и у школском узрасту.

У процени значаја постојећих проблема узимају се у обзир број, озбиљност и трајање проблема, као и постојање придружених проблема у породици и/или развоју детета.

За процену ризика од клинички значајних проблема у понашању на овом узрасту веома је важно уочити карактеристике родитељства и факторе који могу недовољно деловати на функционисање родитеља.

Неадекватне реакције често само продубљују проблем и због тога су интервенције примарно усмерене ка околини.



Родитељима треба **саветовати** да:

- детету дају јасна упутства о томе како треба да се понаша,
- детету објашњавају разлоге за правила (примерено узрасту), а не да само кажу „зато“ или „зато што ја тако кажем, а ја знам боље од тебе“,
- подстичу дете да размишља и уважавају његово мишљење, да му се не смеју и да не омаловажавају мишљење које оно изнесе,
- преговарају и договарају се с дететом примерено његовом развојном нивоу,
- помажу детету да успе,
- помажу детету да пронађе начине како да исправи своје грешке,
- разговарају са дететом о последицама које његови поступци имају на друге,
- контролишу своју љутњу,
- не прете детету да ће га ударити, односно да га више неће волети ако је непослушно или погрешно,
- не плаше дете да ће доћи вештица, бабарога, да ће се мама разболети и сл. ако их не послуша.



Деца са проблемима у понашању налазе се под већим ризиком од физичког кажњавања. Физичко кажњавање или повређивање детета представља неуспех родитеља да на други начин постигне циљ, а не прихватљив метод.

## Спавање и проблеми са спавањем

Током првих месеци по рођењу постепено се формира циркадијални циклус спавања и будности. Скраћује се време проведено у спавању и све је јаснија граница између ноћних периода проведених у спавању, прекиданих краћим буђењима, и дневних периода проведених у будном стању, са све краћим периодима спавања.



Дужина потребног спавања је различита и зависи од узраста, темперамента, нивоа активности и здравља детета.

Формирање рутина пред одлазак на спавање представља значајну подршку за постизање потребне физиолошке регулације и опуштања неопходног за спавање. Рутине садрже и значајне социјалне утицаје, а саткане су од специфичних интеракција детета и родитеља.

Промене као што су акутна обољења, рођење бебе, промене средине и дневних активности и појачана дневна узбуђења, као и емоционалне тешкоће родитеља, могу привремено утицати на појаву проблема са спавањем.



Проблеми се могу манифестовати као честа ноћна буђења, тешкоће приликом одласка на спавање и у виду ноћних страхова и кошмара.

Тешкоће у виду честих ноћних буђења чешће су у млађем узрасту, а проблеми са одласком на спавање и појава ноћних страхова чешћи су након друге године живота.

Деца често имају ноћне страхове (*pavor nocturnus*), па у првим годинама живота знају да се пробуде вриштећи, ознојена, бледа, проширених зеница, несвесна околине, може се десити да не реагују на тешење, да гурају родитеље од себе или да беже. Те реакције могу потрајати и до 10 минута, а ујутро се деца углавном ничега не сећају.

Ноћне море са ружним сновима су нешто чешће од ноћних страхова (10–15% деце на узрасту 3 до 5 година има ноћне море које брину родитеље), а најчешће пролазе спонтано.

Углавном нема потребе за специфичним интервенцијама, тј. деца прерасту ове нападе.



Разговор са родитељима о карактеристикама спавања детета може помоћи у разумевању могућег узрока проблема и у превенцији непожељних реакција које могу продужити трајање проблема са спавањем.

## Тешкоће у контроли сфинктера



Под контролом сфинктера подразумева се способност вољне контроле пражњења садржаја мокраћне бешике и дебелог црева. Развој ових способности је под утицајем биолошких матурационих фактора и чинилаца средине. Карактеристике развојне средине, односа детета и родитеља и процеси учења (тренинга) представљају развојна искуства о којима водимо рачуна процењујући постигнућа детета.

Узрасне норме које говоре о контроли сфинктера веома су варијабилне. Значајно је познавати временске оквире који говоре о почетку тренинга и очекиваном времену успостављања контроле. Касније усвајање контроле, уз адекватне развојне услове, може да буде један од знакова општег развојног заостајања. Придруженост емоционалних проблема и/или проблема у понашању код детета, као и проблема у породичној средини, указује на неопходност додатне процене и третмана.





Термин *енуреза* означава одсуство вољне контроле мокрења у узрасту после четврте године. Термин *енкопреза* означава одсуство вољне контроле дефекације после четврте године. За постављање дијагнозе треба да буду испуњени и други критеријуми садржани у класификацији ICD 10.

Болно пражњење црева (довољно је једно такво искуство) узроковано тврдом столицом ствара страх од наредних пражњења црева и може довести до задржавања столице.



Приликом пружања помоћи у превазилажењу проблема са контролом сфинктера треба избећи пренаглашену узнемиреност и бављење родитеља овом темом, јер она може да постане полигон борбе за моћ, игра, као и потреба за привлачењем пажње.

### Када почети тренинг

Нека деца науче да користе ношу за пар дана, док другој треба више месеци, па чак и година (просечно 3–6 месеци). Родитељи треба да знају ове податке и треба да се наоружају стрпљењем.



Већина деце је спремна на узрасту од 18. до 24. месеца. Ако родитељи почну тренинг знатно раније, он ће дуже трајати, јер дете није сасвим физички и когнитивно спремно, тј. није свесно онога што чини.

### Знаци спремности

- Дете је суво и по неколико сати.
- Дете препознаје физичке знаке да му се мокри или дефецира.



### Шта родитељ може да учини

- Родитељ треба да прихвати став да су тешкоће у тренингу очекиване, да је потребно време.
- Ако то неко од родитеља не може, не би требало да се укључује у тренинг.
- Ако родитељ не може да искључи своје бурне емоције, погодне за почетак обуке су особе које родитељи ангажују за чување деце код куће или васпитанице у вртићу.
- Родитељ треба да приступи тренингу опуштено, позитивно, охрабрујуће.
- Родитељ не треба да прети детету.
- Родитељ не треба да уцењује дете.

- Родитељ треба да купи ношу заједно са дететом, и то ношу коју дете само изабере.
- Родитељ треба да допусти детету „да се упозна са ношом“ (да је загледа и испипа док је нова, чиста).
- Родитељ у почетку треба, заједно са дететом, повремено да ставља омиљену дететову играчку на ношу.
- Ако у почетку дете повремено седа на ношу обучено, не треба му то забрањивати и треба му објаснити чему ноша служи речима које су детету блиске и које родитељи иначе користе за физиолошке потребе.
- Родитељи треба да сугеришу детету начин како се обавља нужда.
- Када дете „упозна“ ношу, треба изручити садржај из пелена у ношу.
- До почетка обуке дете је вероватно видело маму и тату како обављају физиолошке потребе, али ако није, то не треба форсирати и излагати се, поготову ако је родитељу непријатно.
- Када дете прихвати да користи ношу, треба му објаснити да ће је користити око 10 минута након оброка и пред спавање. Јутарње пражњење у ношу треба организовати као проширење јутарње рутине. Није битно да ли ће дете обавити пражњење у ношу, важно да му се ноша понуди и да добије похвалу када то обави. Ако дете не успе да обави пражњење у ношу, не треба га грдити, јер ће још неко време носити пелене, све док се са родитељем не договори да их скине. Пелене се, у договору са дететом, скидају онда када дете већ неко време редовно обавља то што треба у ношу.
- Не треба журити, не треба се обесхрабрити и не треба се нервирати због дужине тренинга.
- Деца своје екскрете углавном доживљавају као део себе, као свој продужетак, те им некад може бити тешко да се од њих одвоје, да се „опросте“ с њима.
- Ако дете још увек само не препознаје сигнале физиолошких потреба, родитељ треба то да прати и да нуди детету ношу, без пресије, постепено, све више пута у току дана.

## ТЕШКОЋЕ У СЕНЗОРНОМ ПРОЦЕСИРАЊУ И МОТОРНОМ ПЛАНИРАЊУ

Марица Милиграј

Многи проблеми из претходних области који су разматрани као самосталне тешкоће код неке деце могу бити израз тешкоћа у сензорној и моторној регулацији.

Присуство *хипореактивности* или *хиперреактивности* на сензорне утиске, тешкоћа у моторном планирању и акцији, као и тешкоћа у интеграцији различитих сензорних и сензомоторних акција утиче на регулацију физиолошких функција (спавање, исхрана), емоционалних одговара, те на квалитет пажње и понашања.



Описују се четири типа поремећаја регулације:

- Тип I – присутна је хиперсензитивност на различите надражаје (додир, јак звук, светло), а обрасци понашања могу бити претерана плашљивост, опрез и инхибиција или негативизам и пркосни облици понашања.
- Тип II – присутна је хипореактивност на различите надражаје, са понашањем у виду повучености и тешкоћа у ангажовању или у виду претеране заокупљености собом са смањеном жељом за комуникацију са другим особама.
- Тип III – лоша контрола понашања удружена са појачаном потребом за сензорним надражајима, а присутне су импулсивност, дезорганизованост и/или агресивност.
- Тип IV – мешовити облици.

Обрасци неге могу да појачавају, али и да ублаже постојеће тешкоће. Зато родитеље треба подржати да препознају проблеме и прилагоде стимулацију особеностима детета, као и да успоставе стабилност неге.



## СМЕТЊЕ У РАЗВОЈУ

Ненад Рудић



Дете са сметњама у развоју је, према одређењу Светске здравствене организације<sup>12</sup>, дете које „има тешкоће у развоју и није у могућности да постигне или одржи задовољавајући ниво здравља и развоја, односно чије здравље и развој могу знатно да се погоршају без додатне подршке или посебних услуга у области здравствене заштите, рехабилитације, образовања, социјалне заштите или других облика подршке“.

Термин „сметње у развоју“ се користи за означавање различитих облика оштећења органских система и присуства функционалних ограничења која се могу јавити у развојном добу.



У међународној класификацији оштећења, ометености и хендикеп (1980) дефинисани су следећи појмови:

- **Ошћећење** – губитак или оштећење психолошке, физиолошке или анатомске структуре и функције;
- **Ометеност** – присутно ограничење које настаје као последица оштећења. Смањена је способност за извођење одређених активности у начину и обиму који се сматра очекиваним за дете одређеног узраста;
- **Хендикеп** – овим термином се описују природа и степен угрожености учествовања у животним активностима у средини у којој дете живи, а које би се сматрале очекиваним за дете одређеног узраста у тој средини.

Деца са сметњама у развоју се чешће срећу са препрекама које отежавају њихово укључивање у заједницу. Примарна здравствена служба има велику улогу у превенцији развоја оваквих неповољних исхода и та улога се огледа у усмерености на развој детета, породицу и заједничко одлучивање у примени интервенција које умањују ризике од појаве искључености и изолације.

Доследна примена социјално-медицинског, односно развојног модела усмерена је на процену степена здравља, а не болести, процену присутних капацитета и потребних мера подршке – подстицаја, третмана, асистенције, као и прилагођавања

<sup>12</sup> World Health Organization (1997), ICDH 2 – International Classification of Impairments, Geneva.

средине. Најновија Међународна класификација функционисања, ометености и здравља<sup>13</sup>, која се примењује код деце до 17 година, исказује такво усмерење већ својим називом. У њој се описују стање соматских и психичких структура и њихове функције, нивои активности и учествовања у свакодневном животу, као и карактеристике срединских чинилаца у односу на развојне потребе детета.

Значајне сметње у развоју могу се испољити у једном или више развојних домена, у областима развоја чула, телесних, менталних, говорно-језичких и социо-емоционалних функција.

Правовремено препознавање сметњи и третман, тј. организовање мера развојне стимулације у сарадњи са родитељима и локалном заједницом, могу значајно побољшати развојне исходе и спречити развој секундарних хендикепа и социјалне изолације.



Поред мера третмана усмерених на дете, један од главних циљева пружања помоћи треба да буде психосоцијално прилагођавање родитеља и подршка породици. Помоћ треба да буде континуирана и у складу са процењеним специфичним потребама деце и породица.

Процес адаптације на проблем детета, од момента суочавања са дијагнозом, има разне фазе и може задобити непожељне облике, а може се очекивати изражен родитељски стрес. Пружање саветодавне подршке родитељима представља значајан вид помоћи. Ефикасна помоћ зависи и од односа који се успоставља између родитеља и пружаоца помоћи. Треба тежити успостављању сарадничког односа који карактеришу узајамно уважавање и поверење.



Посебан значај имају поруке и поступци којима се исказује поштовање родитеља те препознавање позитивних аспеката односа са дететом и постојећих тешкоћа. Родитељима су често потребни подршка и саветовање у вези са специфичним мерама развојне подршке детету.

<sup>13</sup> WHO, ICF-CY, 2007.

## ПЕРВАЗИВНИ РАЗВОЈНИ ПОРЕМЕЋАЈИ – РАЗВОЈНИ ПОРЕМЕЋАЈИ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА<sup>14</sup>

Ненад Ругућ

Савремене дефиниције одређују аутизам као неуразвојни поремећај, непознате етиологије, са мултифакторским моделима настанка.



Према X ревизији Међународне класификације болести, повреда и узрока смрти, аутизам спада у категорију первазивних развојних поремећаја. За ове поремећаје је карактеристична тзв. тријада симптома: квалитативно оштећење реципрочних социјалних интеракција, комуникације и оскудан, стереотипан репертоар интересовања и активности. Термин „первазивни“ означава да овај поремећај захвата све сфере дететовог развоја и живота. Категорија первазивних развојних поремећаја обухвата дезинтегративне поремећаје, хиперкинетски поремећај удружен са менталном ретардацијом и, као најширу групу, аутизам и поремећаје из аутистичног спектра.

Развојна одступања се испољавају у виду:

1. проблема у комуникацији – као тешкоће у разумевању и усвајању свих облика комуникације (израз лица, гест, развој говора),
2. проблема у социјалним односима који подразумевају потешкоће у успостављању веза са другим људима и немогућност прилагођавања захтевима средине,
3. присуства ограничених и репетитивних облика понашања који се манифестују кроз понављање истих покрета, радњи, речи и интересовања и кроз тежњу ка истоветности и отпор према променама.

Ова одступања се јављају рано у развоју, присутна су у делимичном или развијеном облику, због чега се све више говори о групи развојних поремећаја из спектра аутизма. Аутизам има хронични ток, а без правовремене и адекватне помоћи и подршке води у различите степене трајне зависности од подршке околине.

<sup>14</sup> У овом приручнику су само укратко представљени первазивни развојни поремећаји и хиперкинетски синдром (ADHD), због њихове повећане инциденције и великог значаја раног препознавања и раних интервенција унутар примарне здравствене заштите. Више информација о другим поремећајима развоја може се наћи у релевантној научној и наставној литератури.

Понекад се одступања јављају уз друге развојне тешкоће и тада говоримо о стањима сличним аутизму.

Недостатак социјалне и емоционалне одзивности је чест и код неаутистичне популације деце са сметњама у развоју, као и код деце са пролазним тешкоћама у социјалном развоју.



Пошто су захваћене различите области развоја личности, проблеми се могу фиксирати врло рано.

Код деце и младих са овим развојним поремећајем честа су друга медицинска стања која захтевају правовремено дијагностиковање и третман, нпр. интелектуална оштећења (75%), епилепсија (20%), генетски поремећаји (10%), сметње у области гастроинтестиналног тракта (12%), поремећаји спавања, сметње у области имунолошког система итд.

Рана дијагноза праћена интервенцијама повећава вероватноћу корекције, спречава продубљивање сметњи и утиче на формирање повољније развојне средине и крајњег исхода.

Пре дијагнозе треба уочити развојна одступања и поставити сумњу на присуство овога развојног поремећаја.

Просечно време постављања дијагнозе је 6 година. Дијагноза аутизма се често поставља током 2–3 године пошто се уоче први симптоми. Међу главне разлоге зашто постављање дијагнозе толико траје спадају отпори код стручњака према „означавању“ и постављању погрешне дијагнозе.



**Рано откривање** и постављање сумње зависе од околине, тј. од:

- родитеља који примећују појаву проблема у развоју,
- педијатара који прате развој детета и
- васпитача у вртићу.

Постављање сумње зависи од уочавања специфичних проблема и примене специфичних метода скрининга.

**Дијагностичка процена** се спроводи тимски у специјализованим центрима.

Процена је усмерена на нозографску дијагнозу и функционалну развојну дијагнозу. Процена треба да омогући уочавање специфичног развојног профила детета, области снага, компетенција те да сугерише видове интервенција. Веома је важно да се процена заснива на примени стандардизованих инструмената.

На раном узрасту дијагноза је могућа, али непоуздана. Поузданост дијагнозе расте са узрастом и познавањем детета. Велики значај има започињање интервенције у раном узрасту, већ онда када се постави сумња на аутизам.



Помоћ почиње уочавањем развојних одступања и постављањем сумње на развојни поремећај из спектра аутизма.

Треба обратити пажњу на комуникацију са родитељима. Њима треба објаснити разлоге упућивања на додатне прегледе, не инсистирајући на дијагнози, већ наводећи области уочених тешкоћа, што је разлог за додатна испитивања.

## Смернице за примарну здравствену заштиту

### 1. Праћење развоја и рано откривање развојних одступања

Развојно праћење, примена стандардизованих метода развојног скрининга (инструменти – ASQ и други) указује на развојна одступања и потребу за додатним проценама.

### 2. Постављање сумње на развојни поремећај из спектра аутизма – „рани знаци упозорења“

- Дете не брбља и нема гестове показивања на узрасту од 12 месеци
- Дете не користи речи на узрасту од 16 месеци
- Дете не користи реченице од 2 речи (осима ехолаличних) са 24 месеца
- Увек када постоји губитак говора или социјалних вештина на било ком узрасту

Скрининг за аутизам обавезан је у 18. и 24. месецу живота детета у САД (AAP), не и у другим земљама.

### 3. Примена специфичних скрининга на аутизам (CHAT – упитник, ASQ)

### 4. Упућивање на додатне дијагностичке/развојне процене

### 5. Праћење тока третмана/развоја детета и адаптације породице

Након упућивања детета на додатне прегледе те евентуалног постављања дијагнозе и започињања третмана, значајна подршка породици и развоју детета наставља се кроз службе примарне здравствене заштите.

Терапија није само оно што се одиграва код терапеута, већ је пожељно креирање терапијског окружења и ситуација у многим другим животним контекстима (породица, вртић, школа и сл.).

Интервенције су усмерене ка породици како би се помогло родитељима у процесу адаптације, развијања одговарајућих вештина и коришћења постојећих ресурса у заједници.

Главни циљеви су постизање реалистичног увида у проблеме детета, сарадња током третмана, пружање психоедукативне подршке, помоћ у доношењу одлука и креирање мреже подршке у заједници.

**Праћење** третмана и развоја детета има велики значај за одржавање интервенција, њихово усмеравање, превенирање развоја маладаптивних реаговања породице те спречавање примене штетних и непроверених облика третмана.



## ХИПЕРКИНЕТСКИ СИНДРОМ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ПАЖЊЕ ИЛИ БЕЗ ЊЕГА<sup>15</sup>

Оливера Алексић Хил

Хиперкинетски синдром је изражени, свепрожимајући поремећај пажње који се манифестује као хиперкинетичност и импулсивност код детета просечне интелигенције, без елемената депривације, што доводи до значајних тешкоћа у функционисању у различитим доменима свакодневног живота (кућа, школа, социјални односи и др.). Почетак поремећаја је у раном детињству, али се најчешће не препознаје пре поласка у школу. Последице нелеченог хиперкинетског синдрома су лош успех у школи, социјално и емоционално лоше функционисање, неадекватан психолошки развој, тешкоће у контроли понашања и емоција.



У периоду одојчета дете може да показује неспецифичну повишену раздражљивост и преосетљивост, неуобичајену активност, може много да плаче, да има тешкоће у исхрани, спавању и привикавању на нове ситуације.

### Карактеристике поремећаја пажње

Деца су често одсутна и при директном обраћању, тешко се концентришу на задатак, на завршавају задатак до краја, лако их је омести, не могу да се организују у свакодневним животним активностима, избегавају дуготрајан напор, често губе ствари.

### Карактеристике импулсивности

Деца не могу да сачекају ред, прекидају друге, намећу се, дају исхитрене одговоре, експлозивно реагују, често су у свађи са вршњацима или лако заплачу. Њихове бурне реакције на безначајне поводе, свадљивост и раздражљивост често сметају другој деци или плаше другу децу која их зато избегавају.

<sup>15</sup> AD/HD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

## Карактеристике хиперактивности

Деца су у сталном моторном немиру – врпоље се на столици, шетају када се очекује да седе, чим се укаже прилика трче, претерано се пењу, не могу на миру да се играју/раде, увек су спремна „да крену“ (увек су у ниском старту), много причају (брбљају, шапућу сама за себе).

## Дијагноза и одлука о врсти третмана

Постављање дијагнозе се заснива на примени дијагностичких критеријума Међународне класификације болести (МКБ 10<sup>16</sup>).

Као помоћ у испитивању тежине симптома хиперкинетског синдрома може да се користи IOWA-Conners упитник.

Основни принципи заступљени у третману су:

- тимски приступ (који подразумева и професионалце и остале, као што су наставници и родитељи),
- мултимодални третман (представља стратегију комбиновања терапијских приступа),
- коришћење комплементарних третмана (едукација, психосоцијалне интервенције),
- индивидуално прилагођен програм третмана,
- флексибилност програма кроз време.

**Врсте третмана:** дефектолошки третман, медикаментозни третман метилфенидат, најчешће коришћен под називима Concerta, Methylin, Ritalin, Equasym XL, бихевиорални третман

- на самом почетку се прави листа циљних понашања на којима се ради,
- прихватљива понашања се подупиру (вежбају и чешће користе), док се непожељна супримирају, тј. развијају се дисциплинске стратегије за побољшање понашања,
- јасно се дефинишу улоге у кући,
- дају се писане или илустроване инструкције (како реаговати у којој ситуацији) и дневни план активности (за школу, код куће), дефинишу се приоритети и подржава организација живота тако да деца развијају свакодневне животне вештине.

<sup>16</sup> ICD 10



Практични савети родитељима за неке активности у кући:

- обезбедити подстицајну, опуштenu атмосферу током учења, при чему дете треба да осећа да се његова различитост вреднује, дете треба подстицати, усмеравати, а не критиковати,
- омогућити стабилне, предвидиве активности, написати распоред,
- подсећати дете на следећу активност,
- повремено подсећати дете на ограничења и забране,
- подсећати дете на задатке, кратко и учестало,
- поставити дете да седи за столом, са што мање предмета на радној површини,
- обезбедити кратке паузе између задатака,
- повремено правити резиме,
- испитивати дете кратким, јасним питањима,
- подстицати и похваљивати дете увек када заврши задатак до краја,
- учити дете социјалним вештинама у групи,
- поставити приоритете, реалне циљеве, подстицати и похваљивати корак напред, најављивати следећи корак, подсећати дете на циљ,
- подстицати дете да се искаже на начин који је њему лагоднији,
- повремено својим невербалним ставом, манипулацијом зауставити дете у неодговарајућој активности (стати поред њега, ставити руку на раме, обратити му се директним погледом, усмерити га и подстаћи да уради нешто конструктивно),
- не кажњавати дете за импулсивно, нестрпљиво понашање (помоћи му да успори и одложи), подсећати дете како да разложи/раздели захтеве (потребе),
- подстаћи дете и подржати позитивне облике понашања,
- подржати укључивање детета у неку спортску активност (најбоље један на један).



**ПЕТО  
ПОГЛАВЉЕ**

**ПРОЦЕНА ПСИХОМОТОРНОГ  
РАЗВОЈА ДЕТЕТА**



## ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА РАЗВОЈА ДЕТЕТА

Марица Милидраћ

### Превентивни прегледи и процена

Праћење развоја деце је дугорочан процес који се одвија током превентивних прегледа и садржи већи број процена развоја у одређеним узрастима. Ови прегледи и процене се предузимају како би се деци осигурао оптималан развојни исход.

Током праћења могуће је на време препознати децу код које постоји ризик од појаве кашњења или поремећаја у развоју и код које правовремено предузете ране интервентне мере побољшавају развојне способности и изгледе детета у будућности.

Превентивни прегледи се у свакој средини планирају и спроводе у складу са постојећим здравственим прописима. На срећу, код нас је највећи број превентивних прегледа предвиђен у првој години живота детета, када је и развој најинтензивнији. Током тих сусрета педијатар предузима бројне активности:

- узима податке из личне и породичне анамнезе,
- прегледа постојећу медицинску документацију,
- обавља физикални преглед детета по системима,
- процењује раст и развој,
- идентификује факторе ризика и заштитне факторе,
- упућује на потребну скрининг лабораторијску дијагностику,
- ако се уоче одступања, даје упуте за прегледе код других специјалиста,
- обавља имунизацију,
- даје потребне савете у вези са исхраном, спавањем,
- пружа подршку родитељима за уложени труд и учињени напредак детета и даје им упутства за подстицање наредне развојне етапе,
- по могућству даје писана упутства шта родитељ треба да очекује као развојно постигнуће у одређеном узрасту детета и, на крају,
- све то документује.

Поменути процену развоја лекар врши користећи **неформалну листу показатеља** коју прави на основу свог знања и искуства, а прилагођава је испитиваном детету. Том приликом опажа, пита или директно проверава способности детета, али није у могућности да сваки пут довољно прецизно процени све развојне области: развој

грубе и fine моторне активности, развој говора и језика, социјализације, развој и способност контроле емоција и когнитивне способности. Управо се зато и дешавају пропусти, па се процењује да и у напреднијим земљама здравствени радници откривају само 30% развојних тешкоћа и одступања од нормалног развоја.

## Развојни скрининг тестови

У циљу систематичног и свеобухватнијег приступа процени и праћењу развоја деце, већ дужи низ година примењују се **развојни скрининг тестови**.

То су кратки стандардизовани инструменти које праве тимови стручњака у специјализованим установама, а који имају за циљ да идентификују децу код које постоји ризик од развојних кашњења/поремећаја. Они могу бити општи, када покривају више развојних области, или специфични за поједине области развоја, али сви пролазе процес валидације и имају проверене мерне карактеристике. Пошто су родитељи партнери у процени развоја детета, примењују се и скрининг тестови у виду упитника које они попуњавају. Поједини скрининг тестови<sup>17</sup> имају тако добре мерне карактеристике да се преводе и примењују у више различитих земаља света.



Развојни скрининг тестови не дају дијагнозу нити план третмана, већ само идентификују области у којима развој деце одступа од оквира узрасних норми.

Како развој детета подразумева сталне промене, то се прецизнији увид у токове развоја добија применом тријажних тестова на различитим развојним етапама детета.

## Упитник „Узрасти и стадијуми развоја малог детета“ (УСРМД)<sup>18</sup>

За процену развоја, поред непосредног испитивања и опсервације детета, могу се користити и информације које даје родитељ. Ове информације се добијају путем циљаних, структурираних или полуструктурираних интервјуа са родитељима и

<sup>17</sup> Нпр. Ages & Stages Questionnaires (ASQ); Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS); The Denver Developmental Screening Test II © (DDST- II); Modified Checklist for Autism in Toddlers (M - CHAT).

<sup>18</sup> AD/HD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder



могу се користити као основна информација о понашању и постигнућима детета или, чешће, као допуна налаза добијеног непосредним испитивањем детета. Такође, информације о развоју детета могу се добити и путем упитника конструисаних тако да родитељ може да их попуни на основу познавања онога што дете спонтано испољава или посматрајући понашање детета које је доведено у ситуације описане у упитнику (задачи за дете).

Код нас је преведен упитник „Узрасти и стадијуми развоја малог детета“ (УСРМД) чија је намена да идентификује децу са успорењима у развоју, што је интегрални део педијатријског рада, а уједно и одговорност ове службе. Ово је један од бољих развојних скрининг тестова, са високим степеном поузданости и ваљаности. Препорука је да родитељ, познајући способности свога детета, када дође код педијатра са дететом попуни упитник док чека на преглед или да то оба-ви код куће, ако се тако договори са педијатром.

Овај инструмент чини 21 упитник за узрасте деце од 2 до 60 месеци, са по 30 задатака за сваки узраст. Задачи се односе на актуелне догађаје у одређеним развојним етапама детета из области комуникације, грубе моторне активности, fine моторне активности, решавања проблема и развоја личности и друштвености. Резултати добијени на тесту бодују се и пореде са граничним резултатима за сваку област појединачно, а потом следи разговор са родитељима који се, захваљујући упитнику, води на систематичан начин.



Када се код неког детета нађу резултати скрининга са вредностима испод граничне вредности за неку област, то указује на кашњење у датој области, што захтева детаљнију медицинску евалуацију, пажљив разговор педијатра са родитељима и упућивање детета стручњацима на додатни стимулативни третман. Током овог разговора, поред предложених здравствених мера, разматрају се и друге врсте помоћи које дете и породица могу добити на основу важећих законских прописа из области образовања и социјалне заштите (упућивање међуресурској комисији), као и додатна помоћ заснована на одлукама локалне заједнице (општина, град) те помоћ невладиног сектора.

Деца која показују резултате близу граничних вредности захтевају повећану будност педијатра. Са родитељима се обављају детаљније консултације о начину како да се подстакне и подржи даљи развој детета и заказује се контролни преглед ради праћења, поновне процене и скрининга.



Деца чији се резултати налазе изнад граничних вредности прате уобичајени развојни ток и њихови родитељи добијају информације о томе које нове способности треба да очекују код свог детета у наредној развојној етапи и како да их подстичу кроз игру.

Примењени упитник веома је користан за педијатре зато што:

- за кратко време, док прегледају попуњени упитник, добијају потпунији увид у развојни ниво детета, његове снаге, али и тешкоће које има, што повећава могућност врло раног откривања кашњења у развоју (70–80%) и примене раних интервенција,
- добијају могућност да боље прате резултате примењених интервенција код деце која касне у развоју.

Што се тиче родитеља, упитник:

- едукује родитеље о развојним постигнућима и повећава родитељске компетенције у погледу праћења развоја,
- промовише позитивну интеракцију између родитеља и детета и
- упућује их на могућности за учење детета.

Овај начин праћења развоја јача везу родитеља са здравственим радницима у партнерском односу на подстицању и подршци развоја детета.

## ИСПИТИВАЊЕ ПСИХОМОТОРНОГ РАЗВОЈА

Даринка Рагивојевић

Испитивање психомоторног развоја, а посебно примена норми/скала/тестова психомоторног развоја, представља формализовани процес који се одвија према одређеном протоколу.

За процену психомоторног развоја одојчета и детета млађег узраста користе се подаци добијени током интервјуа са родитељима/старатељем детета, кроз опсервацију спонтаног понашања одојчета/детета, опсервацију односа родитељ–одојче/дете и из непосредног контакта/комуникације са одојчетом/дететом, као и применом норми, скала и тестова психомоторног развоја.



Испитивање се одвија у четири корака:

1. интервју са родитељима,
2. опсервација детета и интеракције родитељ–дете,
3. примена норми/скала/тестова психомоторног развоја и
4. завршни разговор са родитељима.

Испитивање се планира и реализује тако да се оствари:

- само спровођење испитивања (ради добијања потребних информација),
- успостављање позитивног односа са дететом и родитељима (ради сарадње током испитивања детета и као полазиште за развој партнерског односа и остваривање радног савеза са њима),
- опсервација односа родитеља и детета (која пружа комплетнију слику о функционисању супсистема родитељ–дете и битна је у даљем саветодавном раду са родитељима и у планирању рада са дететом).

Испитивање детета се обавља уз сагласност и учешће родитеља. Родитељи присуствују испитивању које се временски планира у складу са могућностима родитеља и информацијама које они дају о општем здравственом стању, навикама, темпераменту и одликама пажње детета.



Основни предуслов за спровођење испитивања је да дете није болесно, да је будно и одморно. Приликом посматрања понашања одојчета и малог детета, током комуникације и примене норми/тестова психомоторног развоја, испитивач треба да води дете кроз различите ситуације или тестовне задатке тако да не осујећује спонтано интересовање и понашање детета, али да уме да изазове жељене реакције и подстакне испољавање одређених понашања којима дете влада и чије се постојање у репертоару понашања детета испитује.

## Интервју са родитељима

Интервју са родитељима се води пре започињања испитивања детета, а завршни разговор са родитељима се одвија непосредно након обраде резултата испитивања и обављених тимских консултација (ако су биле потребне).

У уводном делу интервјуа родитељима се пружају:

- основне информације – име и професија/квалификација испитивача те
- јасно и једноставно објашњење предмета/циља процене одојчета/детета, начина испитивања и процењивања детета и смисла/сврхе процене.

Са родитељима се начелно договара и како ће они учествовати у испитивању детета.

Интервју има функцију:

- успостављања контакта са родитељима,
- добијања података о навикама детета, темпераменту, оријентацији, пажњи, емоционалним реакцијама и комуникацији са дететом,
- сагледавања како родитељи опажају дете, како виде дететове проблеме и како виде решење проблема,
- стицања увида у родитељски концепт детета, концепт болести и концепт лечења/третмана, што је значајно и за даљи саветодавни рад са родитељима, планирање хабилитације и праћење хабилитационих постигнућа.

Испитивач треба да сагледа и разуме језичко-појмовни оквир те социјалне и културолошке специфичности родитеља које су битне за изградњу позитивног односа, унапређивање комуникације, успостављање партнерства са родитељима и разумевање односа родитеља према детету.

У завршници испитивања, испитивач:

- сумира резултате испитивања детета,
- тражи допунске информације од родитеља,
- проверава да ли је понашање које је дете испољило у ситуацији испитивања у складу са његовим понашањем у вантестовним ситуацијама,

- пружа објашњења која су родитељима потребна,
- предлаже стимулативно-терапијски поступак са дететом и дефинише га у договору са родитељима те се
- договара о праћењу и наредној процени детета, уважавајући сугестије родитеља и подржавајући конструктиван став према развоју детета.

## Вештине и став испитивача

Да би се постигли циљеви испитивања, испитивач треба да располаже:

- вештинама примене специфичних техника/инструмената,
- способностима запажања реакција детета и родитеља те
- вештинама позитивне и подстицајне комуникације.

Важно је да испитивач има позитиван и пријатељски став и да испољава уважавање, љубазност и топлину. Израз лица, телесни став, гестови и кретње, модулације гласа испитивача, отвореност, будност и способност запажања и слушања представљају значајне факторе невербалне комуникације и са родитељима и са дететом и утичу на успостављање позитивног односа, сарадње и поверења. Испитивач треба да има свест о себи (емоционалну и физичку), родитељу/родитељима и детету и да познаје карактеристике моторног, когнитивног, социјалног и емоционалног развоја деце одређених календарских узраста. Он треба да води рачуна о свом целокупном понашању приликом контакта, које усклађује са културолошким миљеом родитеља/породице, односно когнитивним и осталим развојним карактеристикама детета.

## Контакт и комуникација са геїейїом

Да би се у ситуацији испитивања добили одговори који веродостојно приказују обим и квалитет понашања у складу са постојећим нивоом психомоторне развијености детета, испитивач треба да успостави контакт и комуникацију са дететом тако да придобије и ослободи дете, односно да га подстакне и одржи његову пажњу и заинтересованост.

Када се ради о одојчади и деци млађег узраста, као и о деци која нису у могућности да вербално изразе своје потребе и стања, испитивач треба да води рачуна о променама у понашању детета које указују на појаву замора, нелагодности, незаинтересованости или слабљења пажње и треба да прилагоди испитивање према знацима нерасположења или осујећености детета, односно да га прекине.



Испитивач постепено изграђује комуникацију са дететом и то, када се ради о детету:

- узраста до 18 месеци, најпре кроз визуелни и аудитивни канал (обраћа му се, тепа, смеши и узвраћа на дететове знаке прихватања комуникације), а затим и путем тактилно-кинететске размене (допушта детету да му додирне и ухвати прст, нуди детету играчке, узима га у наручје или поставља на крило водећи рачуна, посебно ако се ради о детету старијем од 7 месеци, да не угрози дететово осећање сигурности и не подстиче могући страх од одвајања);
- које само седи и покретном детету, активно комуницира са дететом путем вербалних и невербалних налога, а простор за испитивање се организује тако да дете може да седи стабилно и природно и да неспутано може да манипулише предметима.

## Испитивање психомоторног развоја посматрањем спонтаних психомоторних испољавања

Већ током интервјуа са родитељима може да се опсервира спонтано понашање детета (реакције у новој ситуацији, реаговање на окружење, реаговање на различите предмете или изоловане стимулусе, реаговање на родитеље и испитивача, иницирање и прихватање контакта, реаговање на обраћање те вербалне и невербалне захтеве, реаговање при дужем остајању у истом положају и при промени положаја, радозналост, самоиницијативност, испитивање простора, померање и задржавање пажње, спонтана гласовна или вербална продукција, испољене емоционалне реакције). Обучен и искусан испитивач који добро познаје психомоторни развој може, опсервирајући спонтано понашање детета и кроз контакт и комуникацију са њим, уз посматрање игровног понашања и начина коришћења играчака и других стимулативних предмета, да постави хипотезу о нивоу психомоторне развијености детета и о присуству првих испољавања интелигенције у дететовом понашању. Ипак, ова прва процена може бити само полазиште за даљу примену норми психомоторног развоја и проверу понашања детета у раду на појединим тестовним задацима.

## Примена норми, скала и тестова психомоторног развоја

Применом инструмената за процену психомоторне развијености одојчета и детета, који обухватају различите скале, норме или тестове психомоторног развоја, а помоћу којих се неки репрезентативни узорак понашања здравог детета користи за процену психомоторног развоја испитиваног детета, добија се објективизирана процена психомоторне развијености. На нормама, скала-

ма и тестовима психомоторног развоја узраст јављања одређеног понашања се одређује према статистичким критеријумима, односно узраст развоја је узраст на коме највећи проценат здраве деце испољава одређено понашање.

Испитивач треба добро да познаје метријске карактеристике примењеног инструмента за процену психомоторног развоја, као и појединачне задатке, како би, пратећи реакције детета, његово понашање, расположење и заинтересованост, тестовни материјал могао да примени кроз форму игре тако да несумњиво изазове испољавање оних понашања која се налазе у репертоару понашања детета.

Норме, скале и тестови психомоторног развоја разликују се према броју и садржају подручја или психомоторних функција које издвајају из свеукупног развојног тока, као и по узрасту до кога прате развој психомоторних функција. Психомоторни развој се обично прати до треће године, али на неким нормама, развој психомоторних функција се посматра и после треће, све до шесте-седме године живота.



Најстарији инструмент за процену развоја одојчета и детета млађег узраста, Геселове развојне скале<sup>19</sup>, посматра развој у четири подручја (моторика, говор, социјално понашање, адаптивно понашање) и омогућује процењивање детета узраста од четири месеца до шест година, а оригинално није подразумевао израчунавање развојног количника.

На Скалама развоја детета Бејлије<sup>20</sup> издвојена су три подручја (ментални развој, моторни развој и понашање), а процењују се деца узраста од навршених 30 дана до навршена 42 месеца. За скалу менталног развоја израчунава се индекс менталног развоја<sup>21</sup>, за моторну скалу израчунава се индекс моторног развоја, а понашање се посматра и процењује се колико је типично или атипично за дати узраст детета.

Денверски развојни скрининг тест издваја четири подручја (област социјалног развоја, фина моторика, говор, груба моторика), покрива узрасте од две недеље по рођењу до шесте године живота и процењује развој детета поређењем са узрастним нормативом.

Брине-Лезин тест<sup>22</sup> издваја четири подручја (моторика, окуломоторна координација, друштвеност и говор), а процењују се деца узраста од рођења до шесте године (у ревидираној верзији од другог до тридесетог месеца). Подразумева израчунавање општег развојног количника<sup>23</sup> и, за издвојена подручја, четири парцијална развојна количника<sup>24</sup>.

<sup>19</sup> Gesell Developmental Schedules, Gesell Child Developmental Age Scale

<sup>20</sup> Bayley Scales of Infant Development

<sup>21</sup> Mental development index, MDI; индекс менталног развоја, ИПмент

<sup>22</sup> Test de Brunet-Lezine

<sup>23</sup> Developmental quotient, DQ; индекс развоја, ИП

<sup>24</sup> Partial developmental quotient, DQpart; парцијални индекс развоја, ИПпарц.



За рано откривање одступања у психомоторном развоју детета узраста до 3 године препоручује се примена Минхенске функционалне развојне дијагностике, јер је подручје психомоторних испољавања овде подељено на већи број функционалних подручја (8 у првој и 7 у другој и трећој години), што допушта прецизније сагледавање не само нивоа развијености и одступања у појединим функционалним подручјима него и фактора који условљавају одступања и успорења.



ШЕСТО  
ПОГЛАВЉЕ

**ПОДРШКА РОДИТЕЉИМА**



## САВЕТОВАЊЕ РОДИТЕЉА И КОМУНИКАЦИЈА СА РОДИТЕЉИМА

Даринка Рагивојевић

### Партнерство са родитељима

Партнерски однос је обележје саветовања родитеља и професионалне комуникација са њима. Изградња партнерства са родитељима је процес који почива на ставу да је родитељ члан тима и да је активност родитеља најважнија за развој детета.

У успостављању овог партнерства значајни су следећи фактори:

- поштовање родитеља,
- позитиван став према родитељу и његовом детету,
- оснаживање јаких страна родитеља и
- оснаживање комуникације у породици.



Поштовање се пре свега односи на формалне аспекте и стил комуникације, али и на уважавање и однос једнакости, што се очитује кроз уважавање мишљења, искуства и потреба родитеља те двосмерну комуникацију. У успостављању партнерства посебно су значајни жеља и воља да се разумеју родитељи и да се тиме пројме целокупан однос према родитељима.

За успостављање партнерства важни су и следећи елементи:

- поштовање приватности родитеља,
- усмереност на проблем,
- формулисање проблема из перспективе родитеља,
- заједничко формулисање циљева,
- усмереност на непосредне циљеве.



## Фазе успостављања партнерства са родитељима

У успостављању партнерства са родитељима током процеса саветовања и пружања подршке детету и родитељима може се издвојити неколико фаза.

### Фаза успостављање и утврђивања односа

У овој фази је важан квалитет комуникације и легитимисање саветодавца кроз њу као особе која уважава родитеља и спремна је да га разуме. Ове квалитете стручњак испољава кроз поздрављање родитеља и представљање. Такође, за успостављање односа поверења значајни су и обезбеђивање приватности родитељима, распоред седења који указује на однос једнакости и уважавања те отвореност, аутентичност и смиреност целокупног наступа, једноставност у вербалној комуникацији и вербално и невербално изражена емпатија. У овој фази однос са родитељима се поставља у оквире радног савеза и комуникације на нивоу одрасли–одрасли и разговара се о потреби да се на састанцима праве белешке, односно да се на други начин региструју саветовања или понашања детета. Такође, у овој фази саветодавац упознаје родитеље са својим методама рада са родитељима или дететом.

### Фаза исцртавања проблема

Ова фаза се односи на сагледавање начина на који проблем види и доживљава родитељ. У овој фази, као и у претходној, пресудно је

- постојање односа разумевања и емпатије,
- слушање родитеља,
- постављање отворених питања и избегавање затворених, која осиромашују комуникацију и ремеће родитеља у саопштавању свог виђења проблема,
- прављење кратких резимеа изнетог како би саветодавац проверио да ли је добро разумео родитеља и
- рефлектовање осећања родитеља.

У овој фази долази до даљег осветљавања појмова (конструката) које и родитељи и саветодавац уносе у ситуацију саветовања.

На страни родитеља, то се пре свега односи на

- конструкт родитељства и очекивања од себе као родитеља,
- конструкт детета,
- конструкт болести/проблема,

- конструкт лечења/третмана и
- конструкт саветодавца.

На страни саветодавца, то се односи на:

- конструкт родитељства и родитеља,
- конструкт детета,
- професионални конструкт класе у којој се налази проблем са којим родитељ улази у ситуацију саветовања,
- конструкт третмана и
- низ других професионалних конструката, укључујући и конструкт своје професије и себе као професионалца.

### **Фаза јасној дефинисања проблема**

У овој фази се, кроз комуникацију са родитељима, долази до спецификације проблема, заједничког утврђивања циљева и планирања акција, усаглашавања метода те договарања о реализацији планираног и о терминима евалуације ефеката. У овој фази се, у односу на планиране акције, поново прецизирају методе и делокруг знања и умећа саветодавца, са родитељима се договара метод рада са дететом, а посебно се разрађују теме о штетности критицизма и о месту забрана у развоју детета. Сагледавају се начини анализе успеха и неуспеха детета и идентификују се могући ресурси социјалне подршке и помагачи.

### **Фаза евалуације посљедицу**

У овој фази се оцењују промене по димензијама проблема које су дефинисане у претходној фази. Иако је родитељ главни посматрач промена, разматрају се и друге процене како би се на основу комплетне евалуације направио план наредних акција и створили услови за њихову реализацију.

## **Знања и вештине саветодавца**

За делотворан рад са родитељима новорођенчета, одојчета и малог детета, поред познавања ситуације детета, родитеља, породице и локалне заједнице те културно-образовних специфичности родитеља, потребан је низ стручних компетенција које се односе на развој детета, начине подстицања развоја, на изградњу партнерства и комуникацију са родитељима и на вештине у обуци родитеља. Ове компетенције обухватају способности преношења знања и

вештина, методе обуке и показивања начина подстицања детета, неговања и/или вештине третмана детета.

Знања и вештине које се односе на развој обухватају добро познавање свих видова развоја малог детета, законитости учења код деце различитих узраста, места игре у развоју и специфичних подстицајних услова, ситуација и активности те евалуације постигнућа детета.

У погледу комуникационих вештина, на првом месту су умеће слушања и способност емпатије, али су значајни и:

- бистрина,
- отвореност,
- аутентичност,
- смиреност и поузданост,
- реалистичност,
- флексибилност и добра перцепција,
- позитивност, одсуство критицизма,
- вештина давања порука које нису оптужујуће,
- терминолошко-појмовна јасноћа и употреба једноставног, комуникативног речника.

## САОПШТАВАЊЕ ОСЕТЉИВИХ ИНФОРМАЦИЈА

Даринка Радивојевић

### Лоше вести

Специфичан случај саветовања и комуникације са родитељима представља ситуација када родитељима треба саопштити неку лошу вест.

Практично, за родитеље лоша вест може бити свака вест која садржи информацију да дете има проблеме које друга деца или већина друге деце немају (или за које родитељи мисле да немају). Вест је лоша ако је особа не очекује, ако је супротна њеним жељама, ако такву ситуацију особа није имала у искуству, ако не види излаз и решење из такве ситуације, ако то представља опасност, изазива несигурност, узнемирује, застрашује, боји будућност другачије него што је било замишљено, потврђује рањивост, несавршеност и немоћ, руши самопоштовање.

Реакције на лоше вести су реакције на изневерена очекивања и изневерене наде. Оне подразумевају тугу због губитка очекиваног. У екстремнијим случајевима могу постојати осећање дубоке личне несреће, изражена анксиозност и немир, акутни страх, уз бројна пропратна стања (несаница, недостатак апетита, шок, сува уста, знојење, промена понашања, вика). Ако се ова осећања не превазиђу или се не испоље, може се развити депресија или особа може ући у стање беса, односно очаја.



### Препоруке за саопштавање осетљивих информација, лоших вести

Стручњаци имају посебну одговорност приликом саопштавања лоших вести, између осталог и зато што начин на који се родитељима саопштавају лоше вести које се тичу тешкоћа детета утиче на смањивање ризика од напуштања детета и одвајања од њега, на квалитет сарадње са професионалцима укљученим у пружање подршке детету и родитељима, на доношење одлука везаних за задовољавање дететових потреба, на очекивања од детета током раста и развоја и, не мање значајно, на самопоштовање родитеља.

Због заштите родитеља, али и као подршка стручњаку, важно је да постоји протокол саопштавања лоших вести. Ово су опште препоруке за ту ситуацију:

- пре разговора са родитељима, са колегама продискутујте и усагласите податке о стању детета и план заштите,
- обезбедите приватност састанка са родитељима, без прекидања и ометања, и аранжирајте распоред седења који подстиче блискост у интеракцији,
- на почетку састанка поздравите родитеље, представите им се и најпре започните неутрални разговор.



Информације о стању детета дајте:

- у присуству оба родитеља (ако се ради о беби, и уз присуство бебе),
- једноставним, разумљивим речником,
- усмерите се на ситуацију „овде и сада“, а не на перспективе,
- не оптерећујте родитеље вишом информација,
- информације изнесите смирено, ненападно, уз пажљив однос према родитељима и са ставом да је саветодавац поуздана особа,
- без обзира на тежину проблема, покажите да је дете јединствено и вредно биће.

Када изнесете лоше вести, са умереношћу и реалистичношћу наведите **основане добре вести** о детету.



Добро је да једну лошу вест, чим буде умесно да се промени тема, прати пет основаних добрих вести.

Током разговора:

- будите свесни сопствених осећања,
- рефлектујте осећања родитеља, подржите атмосферу у којој су осећања природна и дозвољена,
- пратите реакције родитеља, активно их слушајте,
- успоставите атмосферу поштовања разлика и индивидуалности родитеља,
- укључите родитеље у одлучивање о даљем току збрињавања потреба детета,
- одвојте време за родитељска питања,
- током саопштавања и разговора не журите, правите неупадљиве паузе да би се осећања слегла и паузе за потпитања,
- дајте искрене одговоре и изнесите само проверене информације,
- сачувајте наду и веру родитеља у опоравак,
- и када прогноза није повољна, пружите подршку родитељима у прихватању нове ситуације,
- укратко резимирајте све што је речено,
- најавите завршетак састанка, са јасним планом акција и отварањем могућности за наредни сусрет.



Организујте наредни сусрет и током тог разговора:

- утврдите колико су родитељи разумели информацију, а по потреби поновите или додајте нове информације и упутства,
- вратите се на одлуке изречене на претходном састанку, подржите их или их, заједно са родитељима, ревидирајте,
- анализирајте ресурсе подршке, нарочито оне које родитељи сами назначавају као битне,
- припремите имена и адресе установа/стручњака који ће надале преузети бригу о збрињавању потреба детета те упутите родитеље на доступну литературу,
- са колегама рекапитулирајте ток састанка,
- анализирајте сопствена осећања и размените их са својом особом од поверења.

## ПРИСТУП РОДИТЕЉИМА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

*Душанка Калањ*

### Подршка и терапијски однос

Родитељи деце са поремећајима у развоју захтевају додатну подршку различитих служби у заједници, а посебно здравствене службе. Први корак у помоћи родитељима подразумева успостављање доброг терапијског односа са њима, што је предуслов да се они мотивишу да користе све ресурсе заједнице за помоћ детету.

Темеље ефикасног терапијског односа професионалаца са родитељима чине:

- поштовање исказано кроз заинтересованост за њихова размишљања и доживљавања и спремност да се прихвате различита уверења и осећања родитеља,
- став без просуђивања,
- саосећање, али не и сажаљење.

Професионалци треба да имају на уму да су искуства из клиничке праксе и истраживања показала да су тешкоће са дететом повезане са:

- субјективном родитељском проценом неуспешности,
- доживљајем смањеног задовољства родитељством и
- повећаним нивоом узнемирености и нелагодности (дистрес) у родитељској улози.

Повишен родитељски стрес везан је и за:

- неиспуњена очекивања родитеља,
- изостајање очекиваног одговора детета на стимулацију, што може довести до смањивања интензитета стимулације, а временом и до све сиромашније размене између детета и родитеља,
- чешћа искуства неуспешности и беспомоћности у родитељској улози (родитељи не могу да реше проблем детета, све што предузму даје мале помаке или не даје очекиване резултате и сл.),
- специфичности неге и заштите детета, односно бриге о детету,
- сталну стрепњу за будућност детета,
- реаговање окружења на дете и његове сметње,
- недостатак друштвене подршке.

## Оснаживање родитеља

Највећи значај за добробит деце са поремећајима у развоју имају препознавање потреба родитеља и подршка родитељима. Процена потреба мора уважити особености појединих родитеља и особености породице. Циљеви помоћи су усмерени на оснаживање родитеља да се успешније адаптирају на сметње детета и да користе ресурсе социјалне подршке, што су значајни фактори који утичу на квалитетнију интеракцију родитељ–дете и реализацију очуваних потенцијала детета.



Стратегије за оснаживање родитеља обухватају:

- обезбеђивање емотивне и социјалне подршке породици,
- подстицање самопоштовања и повећања личне ефикасности,
- помоћ у преиспитивању животне ситуације и присутних проблема,
- омогућавање разраде опште стратегије суочавања са проблемима,
- омогућавање проналажења властитих система подршке,
- помоћ у доношењу одлука у најбољем интересу детета,
- стварање доступне мреже подршке у заједници и подстицај родитељима да користе мрежу подршке.

## Препоруке за рад са родитељима

- Пажљиво слушајте родитеље. Подстичите их да исказују своје виђење детета и своје ситуације.
- Не заборавите да родитељи о свом детету и себи, о својим уверењима, циљевима, страховима, вештинама, снагама и слабостима знају више од стручњака.
- Разговарајте о осећањима, поделите са родитељима своју заинтересованост, па и забринутост за дете, али и за њих као особе.
- Искажите им поштовање кроз прихватање њихових размишљања, осећања, циљева итд.
- Не заборавите да проблеми са којима се суочавају родитељи деце са сметњама у развоју више зависе од њих као особа и од друштвеног контекста, него од тежине сметњи које дете има.
- Родитељи који траже помоћ су преосетљиви, рањиви, несигурни у себе, а самопоштовање им је често нарушено. Изузетно су осетљиви на најмање критике и осуде.



- Процените адекватност родитељских сагледавања и разумевања сметњи детета. Не говорите родитељима да нису у праву, већ отворите могућност другачијих објашњења и усмеравајте их да сами дођу до другачијег увида.
- Не пожурујте ни родитеље ни себе. Поштујте начин како се родитељи адаптирају на развојне сметње детета и ритам којим то чине. Адаптација је процес који траје. Имајте у виду да адаптација на сметње детета захтева од родитеља да промене своје виђење детета и његове будућности, да промене виђење себе, партнера и својих конструката о животу, што је осетљив и мукотрпан процес.
- Подржите компетентност родитеља тако што ћете истицати њихове добре поступке у односу са дететом.
- Не доносите одлуке уместо родитеља, јер се они тако осећају мање компетентним.
- Увек истичите добронамерност поступака родитеља.
- Неке породице се организују око сметњи детета тако што умањују компетентност детета. Истакните снаге детета и подучите родитеље како да јачају снаге детета. Подржите оријентацију на „цело дете“, што значи да се, осим о сметњама, води рачуна и о његовим јаким странама, о ономе што дете ради радо, лако и добро.
- Родитељи деце са сметњама у развоју стрепе за будућност своје деце. Наглашавајте важност свакодневних подстицајних стратегија које омогућавају детету да савлада одређене вештине за самосталан живот, чиме се трасира пут за сигурнију будућност.
- Подржите позитивне аспекте интеракције између детета и родитеља. Усмерите родитеље да проналазе и негују пријатне садржаје са дететом и осталим члановима породице.
- Без обзира на тешкоће детета, подржите настојања родитеља да дете успостави контролу понашања. Препоручите им да разговарају са дететом о томе шта може да се деси ако се дете понаша на одређени начин и да га, кроз разговор, припреме за неке сложеније ситуације.
- Саветујте родитеље да разговарају са дететом и дају му потребне информације, подржите разговор са дететом о правилима понашања уз учешће детета и уважавање његовог мишљења.
- Прорадите значај правичности и флексибилности у приступу детету.
- Родитељима деце са сметњама у развоју треба пренети став да њихово дете, као и сва остала деца, кроз ред и структуру учи да решава проблеме, да размишља те да исправно поступа и онда када родитељ није присутан.
- Важно је да се родитељима пренесе став да деца најбоље уче када имају подршку и информације и да им се приближи чињеница да су деци различитог узраста потребне различите врсте подршке и различите информације.
- Поразговарајте са родитељима о начинима како да пренесе информације детету и како да му пружају подршку. Саветујте родитеље како да то чине имајући у виду узраст детета.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ayres A J, Robbins J. Sensory integration and the Child. Los Angeles: Western Psychological Services, 2005.
2. AAN Guideline Summary for Clinicians. Screening and Diagnosis of Autism. Преузето: [www.aan.com/professionals/practice/index.cfm](http://www.aan.com/professionals/practice/index.cfm).
3. Adamson B L. Communication Development During Infancy. Oxford: Westview Press, 1996.
4. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Waters WS. Patterns of Attachment. New York: Hillsdale, Erlbaum. 1978.
5. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In: Schaffer HR (Ed.). The origins of human social relations. London: Academic press, 1971. pp. 17-57.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: APA, 2000.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline, 2007. Dostupno na <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf>
8. Murphy LB, Moon R. Babies and Their Senses. Zero to Three Journal. Dostupno na: <http://www.zerotothree.org/child-development/temperament-behavior/babies-and-their-senses.html>
9. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development, 2nd ed. San Antonio: Psychological Corp; 1993.
10. Belfer M. Systems of care: A Global Perspective. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyear I, (Eds.). Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2004. pp 16-26.
11. The Commonwealth Fund. Child trends, in partnership with The AAP center for child health research. Behavioral Self-Control. Socioemotional Development. Early Child Development in Social Context: A Chartbook, 2004, p. 14-18.
12. Bobath B. Very Early Treatment of Cerebral Palsy. Developmental Medicine and Child Neurology, 9:4, London, England: The Bobath Centre. Published Online: Nov 12, 2008: <http://0-www3.interscience.wiley.com.opac.sfsu.edu/cgi-bin/fulltext/119719453/PDFSTART>.
13. Bocknek EL, Brophy-Herb HE, Fitzgerald H, Burns-Jager K, Carolan MT. Maternal Psychological Absence and Toddlers' Social-Emotional Development: Interpretations From the Perspective of Boundary Ambiguity Theory. Fam Process 2012; 51:527-41.
14. Bond L. From prevention to promotion: optimizing infant development. In: Bond LA, Joffe JM, (Eds.). Facilitating infant and childhood early development Hanover: University Press of New England, 1982. p. 5-39.

15. Boris NW, Zeanah C H. Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Inf Mental Hlth J* 1999; 20: 1-9.
16. Bowlby J, Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969.
17. Bruner JS. Early social interaction and language acquisition. In: Schaffer HR, (Ed.). *Studies in Mother-infant Interaction*. London: Academic Press, 1977.
18. Bruner J. The Importance of Play. In: Levin R, et al. *Child Alive*. London: Temple Smith, 1975.
19. Brazelton TB, et al. The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. In: Lewis and Rosenblum, LA (Eds.) *The effect of the infant on its caregiver*. Chichester: Wiley, 1974.
20. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard: University Press, 1979.
21. Brunet O, Lezine I. BRUNET-LEZINE Révisé. Dostupno na: [www.psychoprat.fr/index.php?module=webuploads&func=preuzeto](http://www.psychoprat.fr/index.php?module=webuploads&func=preuzeto) 23. 5. 2012.
22. Brunk D. Delivering Bad News to Parents of Pediatric Patients. Доступно на: <http://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Delivering-Bad-News-to-Parents-of-Pediatric-Patients/>, преузето 1.9.2012.
23. Buhler C, Hetzer H. *Testing Children's Development from Birth to School Age*. London: Allen and Unwin, 1935.
24. Bühler C, Hetzer H. *Kleinkinder. Tests, Entwicklungstests Vom 1. Bis 6. Leipzig: Lebensjahr, Barth, 1932.*
25. Cameron N. *Personality Development and Psychopathology*. Boston: Hangtan Mittlin, 1973.
26. Caplan G. *Principles of Preventive Pschiatry*. New York: Basic Books, 1964.
27. Chaiklin S. The Zone of Proximal Development in Vygotskys. In: Kozulin A, Gindis B. (Eds.). *Analysis of Learning and Instruction. Vygotskys Educational Theory in Cultural Context*. New York: Press Syndicate of the University of Cambridge, 2003.
28. Chess S. *Psychiatric Disorders of Childhood: Healthy Responses, Reactive Disorders and Developmental Deviations*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.
29. Committee on the Rights of the Child. General Comment No 7. *Implementing Child Rights in Early Childhood*. United Nations, 2005.
30. Commonwealth Department of Health and Aged Care. *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*. In: A Monograph. Mental Health and Special Programs Branch. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 2000. Dostupno na: [www.mentalhealth.gov.au](http://www.mentalhealth.gov.au)
31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psychiat* 1987; 150: 782-6.
32. Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office. *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London, 2000.
33. Department of Health, Government of Western Australia. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions - validated*. Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group, 2006.
34. Dimitrijević A, Hanak N, Baucal A. U: Baucal A (ured.): *Standardi za razvoj i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji*. Beograd: Filozofski fakultet, Institut za psihologiju, 2012.
35. Emde RN, Korfmacher J, Kubicek LF. Toward a theory of early relationship-based intervention. In: Osofsky JD, Fitzgerald HI (Eds). *Handbook of Infant mental health*. Vol. 2: Early intervention, evaluation & assessment. New York: John Wiley & Sons. 2000. p. 2-32.

36. Engle P, Black M, Behrman J, de Mello CM, Gertler P, Kapiriri L, Martorell R, Young EM, and the International Child Development Steering Group. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007; 369:229-42.
37. Engle P, Fernald L, Alderman H, Behrman J, O’Gara C, Yousafzai A, Cabral de Mello M, Hidrobo M, Ulkuer N, Ertem I, Iltus S, and the Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378:1339-53.
38. Erikson E. *Childhood and Society*. New York: Norton & Co. Inc. 1963.
39. Ermisch J, Iacovou M, Skew A. Family relationships. In McFall (Ed). *Early findings from the first Wave of Understanding Society. The UK’s Household Longitudinal Study, 2011*. Dostupno na: [www.iser.essex.ac.uk/2011/02/27/the-first-steps-to-understanding-society](http://www.iser.essex.ac.uk/2011/02/27/the-first-steps-to-understanding-society).
40. Finnie N. *Handling the Young Child with Cerebral Palsy at Home*. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997.
41. Fonagy P, Steele H & Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Develop* 1991; 62:891-905.
42. Frankenburg W, Dobbs JB. The Denver Developmental Screening Test. *J Pediatr* 1967; 71:181-91.
43. Frankenburg WK, Dobbs J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89: 91-7.
44. Garnezy N, Rutter M. *Stress, coping and development in children*. New York: Mc Graw-Hill. 1983.
45. Goldman PS. The role of experience in recovery of function following prefrontal lesions in infant monkeys. *Neuropsychologia*, 1976; 14: 401-12.
46. Graham P. *Child Psychiatry: A Developmental Approach*. London: Oxford University Press, 1986.
47. Grimes KE. Systems of Care in North America. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyear I. (Eds). *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2004. p. 35-41.
48. Hack M, Taylor HG, Drotar D, Schluchter M, Cartar L, Wilson-Costello D, et al. Poor Predictive Validity of the Bayley Scales of Infant Development for Cognitive Function of Extremely Low Birth Weight Children at School Age. *Pediatrics* 2005; 116:333-41.
49. Hagan JF, Shaw JS, Duncan P (Eds). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3<sup>rd</sup> ed. Pocket Guide*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2008.
50. Hall C, Lindsey G. *Teorije ličnosti*. Beograd: Nolit, 1983.
51. *Handbook of infant mental health*. New York-London: Guilford, 1993.p. 3-13.
52. Hellbrügge T, Lajosi F, Menara D, Schamberger R, Rautenstrauch T. Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. In: Hellbrügge T. (Ed). *Fortschritte der Sozialpädiatrie Band 4*. München-Wien-Baltimore: Urban &Schvaryenberger, 1978.
53. Hertzman C. *Encyclopedia on Early Childhood Development (on line)*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010. Dostupno na: [www.child-encyclopedia.com/document/Hertzman C.pdf](http://www.child-encyclopedia.com/document/Hertzman_C.pdf).

54. ICD-10: Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: klinički opisi i dijagnostička uputstva. Prevod na srpski. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992.
55. Isaac S. The Nature and Function of Phantasy. In: Klein M, et al. *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1952.
56. Ispanović-Radojković V. Rizici i zaštitni činioci u biopsihosocijalnom razvoju dece i mladih. *Jugoslovenski pedijatrijski dani*. Uvodno izlaganje, Knjiga apstrakata, Apstrakt 100.
57. Kamerman SB, Neuman M, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. Social policies, family types, and child outcomes in selected OECD countries. *OECD Social, Employment, and Migration Working Papers 6*. Paris: OECD, 2003.
58. Kraševac-Ravnik E. (ured). *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše, 1999.
59. Leavell HR, Clark EG. *Textbook of Preventive Medicine*. New York: McGraw-Hill, 1953.
60. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press, 1995. Доступно на <http://journals.cambridge.org/преузето> 26. 2. 2013.
61. Mahler M. On the first three subphases of the separation individuation process. *Int J Psychoanal* 1972; 53:333–8.
62. Main M, Goldwyn R. Adult attachment classification and rating system. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California, 1985.
63. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton T, Yogman M. (Eds). *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex. 1986. p. 95-124.
64. Masten A, Obradovic D. Protective factors that promote resilience. *Development of competence in favorable and unfavorable environments*. *Am Psychol* 2005; 53: 205.
65. Meisels JS, Shonkoff PJ. *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press, 1995.
66. Mpfu E, Oakland T (Eds). *Rehabilitation and Health Assessment: Applying ICF Guidelines*. New York: Springer Publishing Company, 2010.
67. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994
68. Murray L. Intersubjectivity, object relation theory and empirical evidence from mother-infant interactions. *Inf Mental Hlth J* 1991; 12:219-32.
69. Murray L, Trevarthen C. The infant's role in mother-infant communications. National Scientific Council in the Developing Children. *Young children develop in an environment of relationships*. Working Paper No 1. Harvard University, 2004. Dostupno na: <http://www.developingchild.net>.
70. Osofsky JD, Hiram E F. *Infant Mental Health in Groups at High Risk*. WAIMH Handbook of Infant Mental Health, Vol 4. New York: John Wiley & Sons, 2000.
71. Papousek H, Papousek M. Innate and Cultural Guidance of Infant's Integrative Competencies. In: Bornstein MH (Ed). *Cultural Approaches to Parenting*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
72. Pearce J. Child health surveillance for psychiatric disorder: practical guidelines. *Arch Dis Child* 1993; 69: 94–8.



73. Perry B, Pollard R, Blakely T, Baker W, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and „use-dependent“ development of the brain: How states become traits. *Inf Mental Hlth J* 1995; 16:271-91.
74. Pešikan A, Antić S. Učenje i razvoj na ranom uzrastu. U: Baucal A (ured.): Standardi za razvoj dece ranih uzrasta i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji. Beograd: Filozofski fakultet, Institut za psihologiju, UNICEF, 2012. s. 92–4.
75. Polovina Stojčević M. Cerebralna paraliza s aspekta fizikalne medicine i rehabilitacije. U: Križ M, Mikloušić AM, Gazdik M (ured). Rano oštećenje – Cerebralna paraliza. Zagreb: August Cesarec, 1986.
76. Prechtl H. The Neurological Examination of the Full-term Newborn Infant. Spastic International Medical Publications. London: William Heinemann Medical Books, 1967.
77. Prechtl HFR, Hopkins B. Developmental transformations of spontaneous movements in early infancy. *Early Hum Dev* 1986; 14: 233-8.
78. Preventing Child Maltreatment and Promoting Well-Being. A Network for Action. 2013, Resource Guide.
79. Dostupno na: <https://www.childwelfare.gov/preventing/overview/relatedorgs.cfm>.
80. Ratner N, Bruner JS. Games, social exchange and the acquisition of language. *J Child Lang* 1978; 5:391-401.
81. Richards MPM, (Ed.) The integration of a child into a social world. London: Cambridge University Press, 1974.
82. Ricks M. The social transmission of parental behavior: attachment across generations. In: Brethereton I, Waters E (Eds). Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, Serial No. 209. 1985; 50(1-2):211-27.
83. Risk and protective factors. In: Zeanah CH. (Ed). Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press, 2009. p. 133–231.
84. Rutter M. Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance. *Pediatrics* 1998; 70: 883 -94.
85. Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000; 12:265-96.
86. Sameroff AJ. Models of development and developmental risk. In: Zeanah CH (Ed), Handbook of Infant Mental Health, 2000. p. 3–13.
87. Sameroff AJ. Environmental Risk Factors in Infancy. *Pediatrics* 1998; 102(Suppl E1):1287-92.
88. Sander LW. The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. In: Lewis M, Rosenblum LA, (Eds): Interaction, conversation and the development of language. New York: Willey, 1977. p. 133-56.
89. Schaffer HR. The child's entry into a social world. London: Academic press, 1984.
90. Schonwald A. Screening Tools – Denver II. Доступно на [http://developmentalscreening.org/screening\\_tools/denverii.htm](http://developmentalscreening.org/screening_tools/denverii.htm). Преузето 15. 6. 2010.
91. Sharp MC, Strauss R, Lorch SC. Communicating medical bad news: Parents' experiences and preferences. Доступно на <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347605811412>, преузето 15. 8. 2011.
92. Spitz R. The First Year of Life. New York: International University Press, 1965.
93. Sroufe LA. Emotional Development. The organization of emotional life in early years. London: Cambridge University Press, 1997.

94. Sroufe LA, Fleeson J. The coherence of family relationships. In: Hinde R, Stevenson-Hinde J (Eds). Relationships within families: Mutual influences. New York: Oxford Press, 1988. p. 27-47.
95. Stern DN. The Interpersonal World Of The Infant. A View From Psychoanalysis And Developmental Psychology. New York: Basic Books, 1985.
96. Stern DN. The motherhood constellation. New York: Basic Books, 1995.
97. SZO. Izveštaj o svetskom zdravlju 2001: Mentalno zdravlje: novo razumevanje, nova nada. Prevod na srpski. Beograd: Institut za mentalno zdravlje, 2003.
98. Trevarthen CB. Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: Bullowa M. (Ed). Before Speech. Cambridge: Cambridge University Press, 1979. p. 321–48.
99. Trevarthen C. The Foundations of Intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In: Olson (Ed.) The Social Foundation of Language and Thought: Essays in honour of J.S. Brunner. New York: W.W. Norton, 1980.
100. Trevarthen C. The Self Born in Intersubjectivity: The Psychology of Infant communicating. In: Neisser U (Ed). Ecological and Interpersonal Knowledge of the Self. New York: Cambridge University Press, 1992.
101. Turk J, Graham P, Verhulst FC. Child and Adolescent Psychiatry: A developmental approach, 4<sup>th</sup> ed. London: Oxford University Press, 2007.
102. UNESCO – Inclusion in Education: The Participation of Disabled Learners. World Education Forum, Dakar, Senegal, 2000.
103. UNICEF. Early Childhood Development. What Parliamentarians Need to Know and Do. UNICEF Regional Office for CEECIS, 2011.
104. Committee on the Rights of the Child (CRC). Convention on the rights of the child. General Comment No. 7: Implementing child Rights in early childhood. Geneva: United Nations, 2005.
105. Vojta V. Die cerebralen Bewegungstörungen im Säulingsalter. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1976. 8 –40.
106. Vojta V, Peters A. Das Vojta-Prinzip – Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorischer Ontogenese. München: Springer, 1997.
107. Vulić-Prtorić A. Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem. Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru, 2001; 40:161–86.
108. Walker S, Wachs T, Grantham-McGregor S, Black M, Nelson C, Huffman S, Baker-Henningham H, Chang S, Hamadani J, Lozoff B, Gardner JM, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Child Development 1. Lancet 2007; 369:60–70.
109. Webster-Stratton C, Taylor T. Risk factors related to conduct problems. Prev Sci 2001; 2:165–92.
110. Wolff P. The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.
111. World Health Organization. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. World Health Organization, 2005.
112. World Health Organization, UNICEF. Care for Child Development. New York: WHO, 2012.
113. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Hendicap. Geneva: WHO, 1980.

114. Zaferiou D. Primitive Reflexes and Postural Reactions in the Neurodevelopmental Examination. *Pediatr Neurol* 2004; 31:1-8.
115. Zeanah CH, Anders TF. Subjectivity in parent-infant relationships: A discussion of internal working models. *Inf Mental Hlth J* 1987; 8:237-50.
116. Zeanah CH Jr (Ed). *Handbook of Infant Mental Health*. New York/London: The Guilford Press, 1993.
117. Zukunft-Huber V. Neometan razvoj odojčeta. Gornji Milanovac: Dečije novine, 1998.
118. Бауцал А. Стандарди за развој и учење деце разних узраста у Србији, Универзитет у Београду, Филозофски факултет, Институт за психологију, Београд, 2012.
119. Берн Е. Коју игру играш? Шабац: Драган Стрнић, 1995.
120. Бојанин С. Неуропсихологија развојног доба, Београд: Завод за уџбенике и наставна средства, 1985.
121. Бојанин С, Поповић Деушић С. Психијатрија развојног доба. Београд: Институт за ментално здравље, 2012.
122. Валон А. Психички развој детета. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства, 1985.
123. Виготски Л. Мишљење и говор. 2 изд. Београд: Нолит, 1983.
124. Виготски Л. Основи дефектологије. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства, 1983.
125. Грос В. Шта дете осећа у мајчиној утроби. Београд-Загреб: Медицинска књига, 1990.
126. Големан Д. Емоционална интелигенција. Београд: Геопоетика, 1997.
127. Девис Х. Саветовање родитеља хронично оболеле или деце ометене у развоју. Београд: Институт за ментално здравље, 1995.
128. Девис Х, и сар. Приручник за обуку радника у примарној здравственој заштити. Европски пројекат за унапређење развоја у раном детињству. Београд: Институт за ментално здравље, 2002.
129. Дијагностичка класификација: 0–3, дијагностичка класификација менталних и развојних поремећаја у периоду оdoјчета и раном детињству. Институт за ментално здравље, Београд 1999.
130. DC:0-3: Diagnostic Classification of Developmental and Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood. Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington, D.C. 1994, 2005.
131. Ишпановић В. Психомоторни и психосоцијални развој у детињству. У: Банићевић М. (уред). Примарна здравствена заштита мајке и детета. Приручник за образовање здравствених радника у примарној здравственој заштити. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, 1978.с. 78-86.
132. Јанчић-Стефановић Ј, Јовић Н, Миловановић В, Стефановић Д. Неуропсихолошке основе развоја говора и говорних поремећаја. У: Савић А, (уред). Звук, глас, говор, дете са церебралном парализом. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2000.с. 26-39.
133. Јовановић Л. Кинезитерапија у педијатрији – одабрана поглавља. Београд: Виша медицинска школа, 2000.
134. Кондић К и сар. Психодинамска развојна психологија. Београд: Плато, 1997.
135. Ковач-Церовић Т и сар. Игром до спознаје. Београд: Центар за антиратну акцију и Уједињене нације, 1993.
136. Ковачевић Д, Бојанин С, Ишпановић В. Приручник за процену психомоторног развоја предшколске деце, Београд: Институт за ментално здравље, 1984.

137. Крстић Н, Ишпановић-Радојковић В. Деца са социо-емоционалним сметњама учења: неуропсихолошки профил. Београд: Истраживања у дефектологији 1, 2002.с.13-23.
138. Лазаревић Т, Микља Д, Радивојевић Д. Стимулација детета, саветовање и обука родитеља за поступак са дететом у кућним условима. У: Савић А, (уред). Третман поремећаја психомоторног развоја. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2003. с. 50-4.
139. Лурија А.Р., Језик и свест. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2000.
140. Лурија АР. Основи неуроллингвистике. Београд: Нолит, 1976.
141. Милошевић О, Марковић В. Игра и терапијска стимулација. У: Савић А (уред). Третман поремећаја психомоторног развоја. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2003.с. 63-6.
142. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе. У: Милашиновић Г (уред). Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење депресије. Београд Министарство здравља Републике Србије, 2012.
143. Пијаже Ж. Психологија интелигенције. Београд: Нолит, 1977.
144. Пијаже Ж, Инхелдер Б. Психологија детета. Сремски Карловци: Издавачка књижевница Зорана Стојановића, 1990.
145. Радивојевић Д. Игра и развој детета. У: Савић А (уред). Третман поремећаја психомоторног развоја. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2003. с. 54-7.
146. Радивојевић Д. Стимулација психомоторног развоја – игра и играчке. У: Савић А (уред). Третман поремећаја психомоторног развоја. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2003. с. 57-63.
147. Радивојевић Д, Васић Д, Николић С. Интелигенција, ток менталног развоја деце са церебралном парализом. У: Савић А (уред). Церебрална парализа – размере проблема, придружени поремећаји. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 1998.
148. Радовановић Љ. Дете рођено са ризиком – анамнестички и симптоматски ризик. Београд: Физикална терапија 13, 1998.
149. Радовановић Љ. Методологија раног откривања церебралне парализе код одојчета и малог детета. У: Савић А (уред). Рано откривање, дијагностика и третман поремећаја психомоторног развоја, церебрално угрожено дете и дете са церебралном парализом и сродним стањима. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2002.
150. Савић А (уред). Третман поремећаја психомоторног развоја. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну неурологију, 2003.
151. Стручно-методолошко упутство за спровођење Уредбе о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, 2011.
152. Тадић Н. Психијатрија детињства и младости. Београд: Научна књига, 2003.
153. Чупић В, Миклошић АМ. Неуролошки преглед дјетета. Загреб: Техничка књига, 1981.
154. Џејмс М, Џонгворд Д. Рођени победник. Београд: Нолит, 1992.
155. Ишпановић-Радојковић В. У: Богдановић Б, Радловић Н (уред). Педијатрија (уџбеник у припреми).

156. Влада Републике Србије. Уредба о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине, Сл. Гл. Републике Србије 28/09, Београд, 2009.
157. Socioemotional Development: Behavioral Self-Control. Early Child Development in Social Context. Child Trends and Center for Child Health Reserch, 2004; p. 14–18.
158. National Scientific Council in the Developing Children. Young children develop in an environment of relationships. Working Papir No 1. Hardward University, 2004. Dostupno na: <http://www.developingchild.net>
159. Dimitrijević A, Hanak N. Emocionalni i socijalni razvoj. U: Baucal A (ured.): Standardi za razvoj i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji. Beograd: Filozofski fakultet, Institut za psihologiju; 2012. str. 38–47.
160. Pešikan A, Antić S. Učenje i razvoj na ranom uzrastu. U: Baucal A (ured.): Standardi za razvoj dece ranih uzrasta i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji. Beograd: Filozofski fakultet, Institut za psihologiju, UNICEF; 2012. str. 92–4.
161. Ispanović-Radojković V. Rizici i zaštitni činioci u biopsihosocijalnom razvoju dece i mladih. Jugoslovenski pedijatrijski dani. Uvodno izlaganje, Knjiga apstrakata, Apstrakt 100.
162. Hertzman C. Encyclopedia on Early Childhood Development (on line). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010. Dostupno na: [www.child-encyclopedia.com/document/Hertzman C.pdf](http://www.child-encyclopedia.com/document/Hertzman_C.pdf)
163. Commonwealth Department of Health and Aged Care. Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health – A Monograph. Mental Health and Special Programs Branch. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra; 2000. Dostupno na: [www.mentalhealth.gov.au](http://www.mentalhealth.gov.au)
164. Kamerman SB, Neuman M, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. Social policies, family types, and child outcomes in selected OECD countries. OECD Social, Employment, and Migration Working Papers, 2003.
165. United Nations Committee on the Rights of the Child United Nations Children's Fund and Bernard van Leer Foundation. Implementing child Rights in early childhood. Hague, Netherlands, 2006.
166. Park K. Textbook of Preventive and Social Medicine, 18<sup>th</sup> ed. Delhi, India: Bhandot Publishers; 2009. str. 13–29.
167. Rutter M. Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance. Pediatrics 1998; 70:883–94.
168. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep 1983; 98:107–9.
169. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: frontier for preventive intervention research. Washington DC: National AcademyPress; 1994.
170. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge, MA: Harward University Press; 1979.
171. Žunić-Pavlović V., Kovačević-Lepojević M. Uvod: Savremeni pristupi u prevenciji i tretmanu poremećaja ponašanja. Dostupno na: [www.researchgate.net/](http://www.researchgate.net/)
172. Влада Републике Србије. Уредба о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Београд: Сл. Гласник РС 28/09.
173. Engle P, Black M, Behrman J, Cabral de Mello M, Gertler P, Kapiriri L, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. Lancet 2007; 369:229–42.

174. Beckwith L. Adaptive and maladaptive parenting: Implications for intervention. U Meisels S.J., Shonkoff J.P. (eds.). Handbook of early childhood intervention. New York: Cambridge University Press. 1990; P. 53-77
175. Walker S, Wachs T, Grantham-McGregor S, Black M, Nelson C, Huffman S, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Lancet 2011; 378:1325–38.
176. Engle P, Fernald L, Alderman H, Behrman J, O’Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. Lancet 2011; 378:1339–53.
177. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. Am Psychol 1998; 53:205–20.
178. Preventing Child Maltreatment and Promoting Well-Being, A Network for Action. 2013 Resource Guide.
179. <https://www.childwelfare.gov/preventing/overview/relatedorgs.cfm>
180. Risk and protective factors. In: Zeanah CH (ed.) Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press; 2009. p. 133–231.
181. Webster-Stratton C, Taylor T. Risk factors related to conduct problems. Prev Sci 2001; 2:165–92.
182. Vulić–Prtorić A. Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem. Zadar: Radovi Filozofskog fakulteta 2001; 40:161–86.
183. Prevention of Mental Disorders. Geneva: WHO; 2005. p. 20–22.
184. Ermisch J, Iacovou M, Skew, A. Family relationships. In McFall (ed.) Early findings from the first Wave of Understanding Society. The UK’s Household Longitudinal Study; 2011. Dostupno na: [www.iser.essex.ac.uk/2011/02/27/the-first-steps-to-understanding-society](http://www.iser.essex.ac.uk/2011/02/27/the-first-steps-to-understanding-society).
185. Seifer R., Dickstein S. Parental Illness and Infant Development. In: Zeanah, C.H. Jr (ed.) Handbook of Infant Mental Health. New York: The Guilford Press; 1993. p. 120–142.
186. Waldemar AC. The High-Risk Infant. In: Kliegman RM at al (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 19<sup>th</sup> ed. Elsevier Saunders; 2011. p. 552–564.
187. Republička stručna komisija za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine. Stručno-metodološko uputstvo za sprovođenje Uredbe o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije. Beograd, 2011; III/25.



CIP - Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

613.95-053.2(035)  
616-053.2(035)

ПОДРШКА развоју деце у раном детињству.  
Приручник за примарну здравствену заштиту /  
[уредници] Драгана Лозановић, Ненад  
Рудић, Даринка Радивојевић ; [илустрације  
Љубица Ранчић]. - Београд : Удружење  
педијатара Србије, 2013 (Београд: Досије  
студио). - 172 стр. : илустр. ; 24 cm

Тираж 700. - Библиографија: стр. 163-172.

ISBN 978-86-85527-14-2

1. Лозановић, Драгана, 1954- [уредник]  
а) Деца - Развој - Приручници б)  
Здравствена заштита - Деца - Приручници  
COBISS.SR-ID 204065036











ISBN 978-86-85527-14-2



9 788685 527142 >