Универзитет у Београду

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Одељење за соматопедију

Предлог пројекта докторске дисертације

Идентификација потреба и врсте подршке деци са сметњама у развоју у редовним предшколским групама

Кандидат

мр Снежана Илић

Дефиниција и значај проблема истраживања

Деца са поремећајима у развоју показују јасна оштећења у менталном, физичком или сензорном функционисању, која их знатно ограничавају у вршењу једне или више значајних животних функција и захтевају специфичан сиситем подршке и третмана (Голубовић, с., 2005). Специфични развојни поремећај (СРП), као и специфичне сметње развоја, развојна дисхармонија или, понекад, сметње учења, представљају широке термине којима се дефинише посебна група тешкоћа везаних за детињство коју карактерише, пре свега, успореност или недостатак у сазревању одређених способности или вештина, односно, одступање од очекиваног, типичног развојног тока (Denckla, 1979, Kolb 1996, према Крстић 2002).

Према проценама Америчке Асоцијације Педијатара, укупна учесталост особа са сметњама и поремећајима, у старосној доби од 0 - 21 године износи 16% до 18% (Cesar Petersen, 2009). У извештају канадске комисисје за емоционалне и тешкоће у учењу *Commision on Emotional and Learning Disorders in Children* из 1970. наводе се подаци из истраживања инциденце деце са посебним едукативним потребама из више земаља: у Канади она је износила око 16%, у Великој Британији 14%, у Француској 12-14%, у Сједињеним Државама 10-15%.; уз процену да тек око 2.5% ове популације јесте недовољно ментално развијено, ово сугерише да око 12% популације у редовној основној школи има развојно детерминисана ограничења учења и сазревања (Lai, Fisher, Hurst , Vargha-Khadem , Monaco 2001, према Крстић 2002).

Систематска епидемиолошка студија везана за проблем детекције/ идентификације деце са сметњама у развоју (деце са посебним едукативним потребама) у нашој земљи није рађена. До правих података о учесталости развојних сметњи и поремећаја је тешко доћи. У заводу за статистику не постоје прецизни подаци о деци са сметњама у развоју, деци са специфичним развојним сметњама, њиховом праћењу у систему здравствене или дечије заштите, предшколском или школском систему. Постоје подаци који говоре о броју пружених услуга у медицинском систему, о броју деформитета, стања која доводе до инвалидности.

Здравствено-статистички годишњак Завода за јавно здравље Републике Србије, наводи да је од 69785 укупно живорођене деце у 2008. години, број деце са компликацијама 18597, а деце са **о**штећењем плода и новорођенчета, укупно 28763, оштећењем плода и новорођенчета, због болести мајке и компликације трудноће, трудова и порођаја, укупно 850, поремећајима у току трудноће и растења плода, укупно 4174, порођајним повредама новорођенчета, укупно 2718, инфекцијама специфичних за порођајни период, укупно 3181, урођених наказности и деформација, укупно 2150, хромозомских ненормалности, укупно 18. Пример доступних статистичких података овог Завода указује на неопходност систематичнијег приступа на пољу откривања и праћења ове категорије деце.

На основу увида у постојећу статистику можемо закључити да се на време „открију“ само деца која имају упадљиву тешкоћу у функционисању или она која имају изражене поремећаје. Само та деца се упућују на програм ране интервенције и категоризацију, чиме улазе у статистичке извештаје. Систем подршке, у овом случају, базира се на нивоу медицинског спектра процедура, с циљем да се дете рехабилитује,

док се у систему васпитно-образовне подршке или прилагођавања средине детету, чине интервенције, само у појединачним случајевима, базиране на ентузијазму или доброј вољи појединаца и при том нису нигде забележене.

Могућности интервенције, теорије, искуства.

Основни принцип деловања на сметње у развоју и специфичне развојне тешкоће је правовременост: што је раније проблем детектован и започет третман, већи су и изгледи постизања жељених ефеката (Webb, Monk, Nelson 2002, Changeaux, Dehaene 1989, Evrard, Miladi, Bonnier, Gressens 1992). Нарочито је значајно да третман буде временски усклађен, чак и да претходи критичном периоду сазревања, што, у зависности од тога које способности су у питању, може подразумевати оптимално започињање терапијских поступака у првим годинама живота.

Сметње у развоју и специфичне развојне тешкоће захтевају паралелно интервенисање у бар две различите области, прво поступке везане за сам проблем (све облике третмана чији је циљ да побољшају успешност детета у оним доменима понашања у којима се „дисфункција“ или „дефицит“ испољавају). Друга област, једнако важна, подразумва интервенције у оквиру окружења детета. Родитељи и школа/вртић морају бити свесни природе одређеног проблема, реалних ограничења које он намеће, као и низа спољних утицаја кроз које се његове последице у свакодневном понашању и комуникацији могу умањити.

Кроз овакве интервенције околина нуди квалитетнију подршку развоју детета, преузима део корективних утицаја и формира позитивни амбијент у коме је интеракција између детета и значајних особа у његовом свету лишена додатних неспоразума. Овим се наглашава да носиоци основних улога у подршци детету треба да буду они који га и непосредно окружују: родитељи и професионалци који раде у вртићу (неопходно је да различити профили стручњака блиско сарађују, предшколски и здравствени тим, дијагностичар и терапеут). Добар пример оваквог приступа представља парадигма коју нуде Teeter i Semrud-Clikeman, која претпоставља осам сукцесивних стадијума односно, четири посебна нивоа на којима би се, оптимално, одвијала идентификација и интервенције код деце са СРП (Teeter 1997). Они описују четири нивоа:

- Први ниво идентификација проблема, (на основу постигнућа детета, или из интервјуа са родитељима)
- формулисање посебних стратегија везаних за учење, спољну контролу понашања (укључујући и саветовање родитеља)
- део специфичног третмана који може омогућити установа.
- Реализација и ефекти ових интервенција редовно праћени што омогућава модификацију и допуну планираних стратегија.

Истаживање које се бавило ефектима предшколске праксе на развој деце, укључујући и децу са сметњама у развоју, дало је интересантне резултате који би били релевантни и за наше истраживање. Истраживање је реализовано у Великој Британији (прва Европска,

лонгитудинална студија са овим циљем) са циљем да утврди ефекте предшколског образовања на развој деце узраста од 3 до 7 година (у обзир су узети фактори везани за карактеристике родитеља, кућно окружење, типове предшколских програма, установа које су деца похађала) Студија на узорку од 3000 деце показала је позитиван ефекат квалитетне праксе ПУ на дечији интелектуални, социјални и развој понашања (децу су пратили и у школи, на крају I и II разреда) (Sylva, Melhuish, Sammons, Siraj- Blatchford, Taggart , 2004).

Централну улогу у подршци детету са сметњама у развоју има васпитач. Остали фактори од значаја, а који се подразумевају у структурираним ситуацијама, јесу јасна структура активности, простора, времена, преселексионисан дидактички материјал и дефинисане улоге свих учесника активности (Сретенов, 2008).

Образложење теме докторске дисертације

Постојање великог броја деце са сметњама у развоју и специфичним развојним тешкоћама у предшколсим установама, са тенденцијом повећања, без адекватног процеса идентификације тешкоћа, а услед тога и без адекватне подршке у предшколском узрасту, пре укључивања у основну школу, оправдава потребу за истраживањем у тој области. У овом процесу очигледна је потреба одабира адекватних инструмената за препознавање основних области тешкоћа и капацитета код деце са једне стране и стварање процедуре којом би омогућили (након идентификације) и адекватну подршку сваком детету. У оквиру овог процеса откривања и подршке деци на нивоу предшколских установа предвиђамо активно учешће васпитача, родитења и дефектолога, који могу да помогну у прецизном препознавању основних снага и слабости детета, а у циљу умањења сметњи и јачања преосталих потенцијала детета у васпитно-образовом процесу.

Последњих година у нашој средини, као и у већини других земаља, инклузија деце ометене у развоју је Законом прописана. Правовремено откривање деце са сметњама у развоју, рана идентификација основних и пратећих развојних проблема, адекватан систем подршке у инклузивним групама, угрожени су, одавно приметним, недостатком адекватних инструмената, у разним сегментима процене. У неким случајева развојне сметње и специфичне развојне тешкоће остају неопажене од стране родитеља, васпитача, стручних сарадника, или неправилно интерпретиране, што може да доведе до значајних развојних компликација, нарочито од момента укључивања детета у основношколски систем. Управо је предшколски период прилика да се, применом поузданих, валидних и за нашу популацију адаптираних и стандардизованих инструмената и техника, таква деца на време препознају и да им се пружи адекватна подршка, прилагођена актуелном нивоу и развојним могућностима детета, која може да обезбеди квалитетну сазнајну интеракцију у васпитној групи.

<u>ЦИЉ</u> истраживања

Ово истраживање треба да допринесе унапређењу стандарда процедуре раног откривања деце са сметњама у развоју и то остварењем следећих истраживачких циљева:

1. Идентификација улоге и успешности родитеља, васпитача и дефектолога у препознавању развојних сметњи код деце на предшколском узрасту.

2. Испитивање постојеће праксе, процедуре и инструментаријума за рано откривање деце са развојним сметњама у предшколским установама.

3. Испитивање постојећег система подршке деци са сметњама у развоју, његових могућности и ограничења.

<u>ЗАДАЦИ</u> истраживања

1. Испитати како родитељи, васпитачи и дефектолози процењују учесталост и структуру развојних сметњи, без коришћења скрининг или дијагностичких инструмената.
2. Испитати учесталост и структуру развојних сметњи коришћењем скрининг инструмената.
3. Упоредити учесталост и структуру развојних сметњи добијену коришћењем скрининг инструмената и без њих.
4. Описати постојеће процедуре и инструментаријум за рано откривање деце са развојним сметњама у предшколским установама.
5. Утврдити врсту и обим постојеће подршке деци с развојним сметњама у редовним групама.
6. Упоредити постојећу подршку деци с развојним сметњама у односу на њихове сметње/поремећаје.
7. На основу резултата истраживања, дати предлог процедуре детекције, праћења и подршке.

<u>ХИПОТЕЗЕ</u>

1. Учесталост и структура развојних сметњи ће се значајно разликовати у ситуацији када су оне процењене објективним инструментима и без њих.

2. Учесталост и структура развојних сметњи ће се значајно разликовати у зависности од тога ко врши процењивање (дефектолог, васпитач, родитељ)

    i. Највећи проценат сметњи ће препознати дефектолог, затим васпитач, а најмање родитељ.

3. Подршка или прилагођавања нису пружена свој деци која за то имају потребу.
4. Подршка која се пружа деци у оквиру постојећих процедура није свеобухватна и потпуна.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

УЗОРАК

Узорак истраживања ће бити пригодан, чиниће га деца узраста од 4 - 6 година укључена у редовне предшколске установе, на нивоу различитих општина, њихови припадајући васпитачи и родитељи.

Величина узорка: 300 деце, 300 родитеља/старатеља и васпитачи у испитиваним групама.

Место и време истраживања: Две предшколске установе на нивоу града Београда, током 2010/11. године.

ВАРИЈАБЛЕ

Независне варијабле:

- процена васпитача и родитеља о постојању и врсти развојне сметње за свако дете у испитиваној групи, без објективног инструмента

Контролне веријабле (контрола услова истраживања):

- пол
- узраст
- дужина боравка детета у предшколском систему
- старост и степен образовање васпитача
- радно искуство васпитача
- образовни ниво родитеља
- пол родитеља
- васпитна група

Зависне варијабле:

Развојна процена детета, у следећим областима:

- способности фине моторике

- способности грубе моторике
- социо- емоционални развој
- самопомоћ
- експресивни говор, рецептивни говор
- читање и математика
- Когнитивни развој (разврставање, памћење, логичко размишљање, креативност)
- Запажање – оријентација (визуелна, аудитивна, тактилно кинестетска)
- Понашање (агресија у групи, агресија у контакту са васпитачем, стидљивост-сметње)
- Здравље - физичко стање
- Породична и психосоцијална оптерећења.

<u>Варијабле које се односе на подршку</u>

У варијаблама које се односе на трећи задатак (на подршку детету) имамо ситуацију да зависне варијабле постају независне**.**

Независне варијабле у овом делу јесу:

Развојна процена детета, у следећим областима:

- способности фине моторике
- способности грубе моторике
- социо- емоционални развој
- самопомоћ
- експресивни говор, рецептивни говор
- читање и математика
- Когнитивни развој (разврставање, памћење, логичко размишљање, креативност)
- Запажање – оријентација (визуелна, аудитивна, тактилно кинестетска)
- Понашање (агресија у групи, агресија у контакту са васпитачем, стидљивост-сметње)
- Здравље - физичко стање
- Породична и психосоцијална оптерећења.

Зависне варијабле у овом делу јесу:

- врста подршке
- степен подршке
- подршка родитељу
- рад са дететом у некој установи на локалном нивоу (развојно саветовалиште, дефектолог, психолог..)

РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање ће се реализовати у неколико фаза. Припремна фаза подразумева избор две ПУ на нивоу града Београда у оквиру којих ће бити анализирана постојећа процедура раног откривања деце, инструменти који се користе, начин праћења и врсте подршке деци са сметњама и поремећајима.

Након формирања узорка, родитељима и васпитачима биће подељен Упитник отвореног типа (пригодно конструисан за потребе овог истраживања), којим ће се од њих тражити да опишу уколико њихово дете има неку сметњу или поремећај, потребу за прилагођавањем у вртићу (родитељи), да ли се и на који начин издваја неко дете у вртићкој групи коју они воде, да опишу у ком смислу је дете другачије и да ли му и како пружају подршку. На овај начин биће испитана учесталост и структура развојних сметњи и поремећаја код детета које уочавају васпитачи и родитељи проценом без коришћења инструмената.

Након овог истраживачког дела родитељи ће имати задатак да идентификују развојне сметње и поремећаје путем ПЕДС теста, а васпитачи путем БЕК теста. Истовремено, истраживач ће проценити децу ПЕДС ДМ тестом. На овај начин биће извршено испитивање учесталости и структуре развојних сметњи и поремећаја код деце укључене у редовне предшколске установе контролисаном проценом родитеља, васпитача и дефектолога.

У следећој фази, анализом резултата добијених на ПЕДС ДМ тесту идентификоваће се врста и обим неопходне подршке на основу тешкоћа/слабости и капацитета које дете покаже приликом објективне процене на истом.

ОПИС ИНСТУМЕНАТА

УПИТНИК отвреног типа који ће за потребе овог истраживања бити конструисан за родитеље.

УПИТНИК отвреног типа који ће за потребе овог истраживања бити конструисан за васпитаче.

ПЕДС ДМ (PEDS: Developmental Milestones, Frances Page Glascoe, Ph.D, USA) развојно бихејвиорални скрининг за децу узраста од рођења до 8 година.

Препоручен је, у складу са стандардима за рано откривање, од стране: American Academy of Pediatrics, the National Association for the Education of Young Children, the American Nurses' Association, the Bright Futures Guidelines, the Council for Exceptional Children, Head Start, the Royal College of Paediatrics and Community Child Health, the Australian College of Paediatrics, и тако даље.

Састоји се од 6 до 8 ајтема за сваки развојни домен: фина моторика, груба моторика, социоемоционални развој, самопомоћ, екпресивни говор, рецептивни говор, читање и математичке способности(за старију децу). Сваки ајтем је формиран у оквиру сринингa за домен из кога су изведена и проблематична постигнућа, као гранична на 16.

перцентил или испод (тачка испод које деца имају велике тешкоће с редовним програмима).

Стандардизација и валидација урађена је на 1600 деце широм САД, у оквиру здравствених центара, дневних центара, предшколских установа. Педс ДМ поседује осетљивост и спецификације, како кроз развојне домене, тако и кроз узрасне категорије (нивое) у 70% до 95% према стандардима за скрининг инструменте, уз јасни критеријум за скоровање: неуспех на сваком ајтему сугерише могуће тешкоће у том развојном домену и очекиване перформансе у 16 перцентила. Инструмент омогућава лонгитудинални мониторнинг кроз развојни напредак, као и процену употребљиву у програмима ране интервенције.

ПЕДС ДМ садржи допунске (додатне) тестове корисне у процени и праћењу. Укључује модификовану листу (чеклисту) за откривање аутизма код деце (M-chat), the Pictorial Pediatric Symptom Checklist-17, Психосоцијални тест породице, и Vanderbilt ADHD скалу. Садржи све основне параметре како извршити процену и како најбоље осмислити праћење детета, односно читав програм ране интервенције.

ПЕДС / Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS), Frances Page Glascoe, Ph.D, USA.

ПЕДС (Родитељска евалуација развојног статуса детата) је прецизна и једна од најбржих метода за рану детекцију деце са сметњама и поремећајима. Са десет кратких питања упућених родитељима, ПЕДС помаже професионалцима да идентификују децу под ризиком за школске проблеме и оне са недетектованим развојним или бихејвиоралним тешкоћама/оштећењима.

ПЕДС представља метод детектовања и адресирања развојних и бихејвиоралних проблема код деце. Укључује процену свих развојних домена: фина моторика, груба моторика, социо- емоционални развој, самопомоћ, експресивни говор, рецептивни говор, и за старију децу, читање и математика (укључујући и понашање). Родитељи попуњавају овај тест одговарајући на 6-8 питања за одређени развојни ниво (више понуђених одговора). Поседује форму лонгитудиналног праћења постигнућа, надзора и активности које се спроводе. Ово оптимализује начин остваривања дугорочног плана психосоцијаних потреба детета. Стандардизован на 2823 породице различитог порекла, социоекономског статуса, различите етничке припадности. Ефикасан је у примени са родитељима без обзира на ниво њиховог образовања, прихода, расе, брачног стања или узраста деце.

БЕК (Државни институт за рану педагогику Минхен)

БЕК треба да олакша рано откривање заостајања у развоју и неоубичајеног начина понашања код деце, као и кооперацију васпитача са стручним службама. Деца могу помоћу тога да се региструју и разврставају на основу свакодневног посматрања од стране васпитаца,кроз описе да ли неко дете показује неуобичајено понашање, без изјава о узроцима неуобичајеног начина понашања - о томе одлучују само за то надлежни стручњаци.

Тест испитује осам критичних области дететовог функционисања:

1. Језик и говор (стварање гласова, изградња реченице –граматика, глас-дисање, ток речи-комуникација, језик примерен узрасту, разумевање, моторика уста)
2. Когнитивни развој (разврставање, памћење, логичко размишљање, креативност)
3. Запажање – оријентација (визуелна, аудитивна, тактилно кинестетска)
4. Моторика (груба моторика, снага, фина моторика)
5. Понашање (агресија у групи, агресија у контакту са васпитачем, стидљивост-сметње)
6. Појединачни симптоми
7. Здравље-физичко стање
8. Породична и психосоцијална оптерећења.

Тест попуњава васпитач који је у свакодневном контакту са дететом, кроз рангирање одговора на понуђена питања. Рангирање се врши кроз бодовање 0 – неупадљиво, 1 - благо изражено и 2 - јако изражено. Поред рангирања васпитач има и могућност да да опис или примедбу у вези проблемске области у оквиру које описује дете.

ПРЕДВИЂЕНА СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Примениће се адекватне параметарске и непараметарске статистичке методе којима ће тестирати истраживачке хипотезе.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У овом поглављу биће приказани резултати истраживања у складу са постављеним циљевима, задацима и хипотезама. Резултати истраживања биће приказани табеларно и графички.

ДИСКУСИЈА

Добијене резултате ћемо продискутовати у односу на теоријске ставове доступне литературе, постављене хипотезе, али и резултате истраживања других аутора из ове или сродних области.

ЗАКЉУЧАК

Полазећи од хипотетичког становишта, а на основу добијених резултата истраживања, њихове статистичке анализе и дискусије биће изведени закључци.

ОСНОВНА ЛИТЕРАТУРА

1. Schonwald, A., Huntington, N., Witt, K., Silver, T., Cox, J. (2008). Evaluation Rates of Children Identified by Routine Developmental Screening. *Division of Developmental Medicine*, Children's Hospital, Boston, MA.
2. Dworkin, P. H., Glascoe, F.P. (1997). Early Detection of Developmental Delays: How Do You Measure Up? *Contemporary Pediatrics*, *14,* 158 - 168.
3. Glascoe, F.P. (2000). Early Detection of Developmental and Behavioral Problems, *Glascoe Pediatrics in Review*.
4. Glascoe, F.P., Dworkin, P.H. (1995). The Role of Parents in the Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatrics,* Vol. 95 pp. 829-836.
5. Glascoe, F.P., Byrne,K. E., Ashford, L. G., Johnson, K. L., Chang, B., Strickland, B. (1992). Accuracy of the Denver-II in Developmental Screening. *Pediatrics,* 89, 1221-1225 http://www.pediatrics.org
6. Илић, С., Николић**, С.** (2010). Моторички развој као основа психомоторног развоја деце ометене у развоју предшколског узраста. У Ковачевић Ј., Вучинић В.: Сметње и поремећаји: феноменологија, превенција и третман, стр. 79-92. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
7. Илић, С. (2007). Евалуација моторичких активности у програмима развојних група. Магистарска теза, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду.
8. Илић, С., Марјановић, Д., Комненовић, В. (2008). Рад соматопеда у одсеку за праћење развоја деце дз стари град као подршка деци са сметњама у развоју. Зборник резимеа, Врњачка бања, стр. 130.
9. Илић, С., Николић, С. (2008). Заступљеност програмских активности у развојним групама. *Специјална едукација и рехабилитација*, бр 1-2, стр. 73-93, Центар за издавачку делатност, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду.
10. Крстић, Н. (2002). Специфични развојни поремећај: откривање и интервенције. Психијатријски дани, 34/3-4/ стр. 215-236.
11. Lai, C.S., Fisher, S.E., Hurst, J.A., Vargha-Khadem, F., Monaco, A.P. (2001). A forkheaddomain gene is mutated in a severe speech and language disorder. *Nature*, 413:519-523.
12. Marks, K.P., Glascoe, F.P. (2010). Helping parents understand developmental behavioral screening. *Contemporary Pediatrics*, 27:54-61.
13. Petersen, M. C., Kube, D. A., Whitaker, T. M., Graff, J. C., Palmer, F. B. (2009). Prevalence of Developmental and Behavioral Disorders in a Pediatric Hospital. *Pediatrics,* 123:490-495.
14. Wolraich, M.L. (ed). (1996). Disorders of Development and Learning. Mosby-Year Book, Inc.2 ed. Chicago.
15. Mark, L., Wolraich, M.D. (1997). Detecting Developmental and School Problems. *Contemporary Pediatrics.* 14:158 - 168.
16. Николић, С., Илић, С. (2007). Моторичке способности деце развојних група, у Радовановић Д. (ед): Нове тенденције у специјалној едукацији и

рехабилитацији, стр. 605-614, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
17. Николић, С., Симоновић, С. (2003). Ефекти дефектолошког третмана на психомоторни развој деце са ризиком. *Acta Medica Semendrica*, бр. 20, стр. 29 - 33, Смедерево.
18. Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS). www. PEDSTest.com
19. Developmental Milestones (PEDS:DM). www. PEDSTest.com
20. Општи принципи система образовања и васпитања. http://www.mp.gov.rs/sectиon.php?sekсија=6
21. Правилник о раду Комисије за процену потреба за пружањем додатне образовне, здравствене и социјалне подршке деци http://www.mp.gov.rs/page.php?page=159
22. Симоновић, С., Николић, С., Илић, Д. (2004). Евиденција особа са телесним инвалидитетом. Дани дефектолога Србије и Црне Горе, Зборник резимеа, стр. 40, Врњачка Бања.
23. Сретенов, Д. (2008). Креирање инклузивног вртића, деца ометена у развоју у редовној предшколској установи, Центар за примењену психологију, Београд.
24. Denckla, M.B. (1979). Childhood learning disabilities. In: Heilman KM, Valenstein E(eds): *Clinical Neuropsychology*. New York: Oxford University Press; p.535-573.
25. Kolb, B., Whishaw, I.Q. (2001). Fundamentals of Human Neuropsychology. 4th ed. New York: Freeman.
26. Weinberg, W.A., Harper, C.R., Brumback, R.A. (2001). Attention, Behavior and Learning Problems in Children. London: BC Decker Inc.
27. Teeter, P.A., Semrud-Klikeman, M. (1997). Child Neuropsychology. Boston: Allyn&Bacon.
28. Хавелка, Н., Кузмановић, Б., Попадић, Д. (2007). Методе и технике социјалнопсихолошких истраживања, Центар за примењену психологију, Београд.