

Univerzitet u Beogradu  
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I REHABILITACIJU

**SMETNJE I POREMEĆAJI:  
FENOMENOLOGIJA,  
PREVENCIJA I TRETMAN**  
deo II

Priredile  
Jasmina Kovačević, Vesna Vučinić

BEOGRAD 2010

UNIVERZITET U BEOGRADU  
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I REHABILITACIJU  
UNIVERSITY OF BELGRADE  
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION

*Smetnje i poremećaji:  
fenomenologija, prevencija i  
tretman  
deo II*

*Disabilities and Disorders:  
Phenomenology, Prevention and Treatment  
Part II*

Priredile / Edited by  
*Jasmina Kovačević, Vesna Vučinić*

Beograd / Belgrade  
2010.

**EDICIJA:  
RADOVI I MONOGRAFIJE**

Izdavač:

Univerzitet u Beogradu,  
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

***Smetnje i poremećaji:  
fenomenologija, prevencija i tretman deo II***

**Za izdavača:** Prof. dr Jasmina Kovačević, dekan

**Urednici:** Prof. dr Jasmina Kovačević, doc. dr Vesna Vučinić

**Uređivački odbor:**

- Prof. dr Mile Vuković,
- Prof. dr Snežana Nikolić,
- Prof. dr Sanja Ostojić,
- Prof. dr Nenad Glumbić,
- Prof. dr Aleksandar Jugović,
- Prof. dr Branka Eškirović,
- Doc. dr Nada Dragojević,

Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu  
edukaciju i rehabilitaciju

- Prof. dr Pejo Đurašinović, Fakultet političkih nauka,  
Univerzitet u Banja Luci
- Doc. dr Mira Cvetkova-Arsova, Sofia University "St. Kliment  
Ohridski", Faculty of Primary and Pre-School Education,  
Bulgaria
- Dr Zora Jačova, University "St. Cyril and Methodius",  
Faculty of Philosophy, Institute of Special Education and  
Rehabilitation, Republic of Macedonia
- Viviana Langher, University "La Sapienza", Rome, Italy
- Martina Ozbič, University of Ljubljana, Pedagogical Faculty,  
Slovenia
- Dr Isabel Maria Martin Monzón, University of Sevilla, Spain
- Dr Isabel Trujillo Pozo, University of Huelva, Spain
- Dr Philip Garner, The University of Northampton
- Dr Maria Elisabetta Ricci, Univerzitet "La Sapienza", Rim,  
Italija
- Dr Vlasta Zupanc Isoski, Univerziteti klinički centar, Ljubljana

**Recenzenti:**

Štampa:

„Akademija“, Beograd

Tiraž: 350

*Nastavno-naučno veće Univerziteta u Beogradu, Fakulteta za specijalnu edukaciju i  
rehabilitaciju donelo je Odluku 3/9 od 8.3.2008. godine o pokretanju  
edicije: Radovi i monografije.*

*Nastavno-naučno veće Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju  
Univerziteta u Beogradu, na redovnoj sednici održanoj 29.6.2010. godine,  
Odlukom br. 3/59 od 2.7.2010. godine, odobrilo je štampu Tematskog zbornika  
"Smetnje i poremećaji: fenomenologija, prevencija i tretman", deo II.*

ISBN 978-86-80113-99-9

**EDITION:  
PAPERS AND MONOGRAPHS**

Publisher:  
University of Belgrade,  
Faculty of Special Education and Rehabilitation  
***Disabilities and Disorders:  
Phenomenology, Prevention and Treatment Part II***

**For the Publisher:**

Prof. Jasmina Kovačević, PhD, Dean

**Editors:**

Prof. Jasmina Kovačević, PhD

Asst Prof. Vesna Vučinić, PhD

**Editorial Board:**

- Prof. Mile Vuković, PhD
- Prof. Snežana Nikolić, PhD
- Prof. Sanja Ostojić, PhD
- Prof. Nenad Glumbić, PhD
- Prof. Aleksandar Jugović, PhD
- Prof. Branka Eškirović, PhD
- Asst Prof. Nada Dragojević, PhD

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation

- Prof. Pejo Đurašinović, PhD, Faculty of Political Sciences, University of Banja Luka
- Asst Prof. Mira Cvetkova-Arsova, PhD, Sofia University "St. Kliment Ohridski", Faculty of Primary and Pre-School Education, Bulgaria
- Zora Jačova, PhD, University "St. Cyril and Methodius", Faculty of Philosophy, Institute of Special Education and Rehabilitation, Republic of Macedonia
- Viviana Langher, University "La Sapienza", Rome, Italy
- Martina Ozbič, University of Ljubljana, Pedagogical Faculty, Slovenia
- Isabel Maria Martin Monzon, PhD, University of Sevilla, Spain
- Isabel Trujillo Pozo, PhD, University of Huelva, Spain
- Philip Garner, PhD, The University of Northampton
- Maria Elisabetta Ricci, PhD, University "La Sapienza", Rome, Italy
- Vlasta Zupanc Isoski, PhD, University Medical Centre, Ljubljana

**Reviewers:**

Printed by:

"Akademija", Belgrade

Number of copies: 350

*Scientific Council of the University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, decided to release the edition Papers and Monographs (Decision no 3/9 from 8th March 2008).*

*Scientific Council of the Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade, approved the printing of Thematic Collection of Papers: Disabilities and Disorders: Phenomenology, Prevention and Treatment, Part II at its regular session on 29th June 2010 (Decision no 3/59 from 2nd July 2010).*

ISBN 978-86-80113-99-9

## BIHEJVIORALNI I EMOCIONALNI PROBLEMI OSOBA SA INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU

*Branislav Brojčin, Nenad Glumbić, Ivona Milačić-Vidojević*  
Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

*Problemi u ponašanju uobičajeni su među osobama sa intelektualnom ometenošću (IO). Teško ih je definisati jer zavise od percepcije ljudi iz okoline ovih osoba. Osobe sa IO koje ispoljavaju problematično ponašanje, pod povećanim su rizikom od smeštanja u psihijatrijske ustanove. Navodi se da je učestalost psihopatoloških poremećaja od tri do četiri puta veća nego u opštoj populaciji, dok se procene učestalosti poremećaja ponašanja kod dece i adolescenata sa IO kreću od 30% do 60%.*

*U radu se razmatra povezanost bihevioranih i emocionalnih problema sa nivoom intelektualnog funkcionisanja, uzrastom, obrazovnim okruženjem i epileptičkim statusom osoba sa IO. Takođe se razmatra ispoljavanje nekih od ovih problema kod osoba sa IO, poput agresivnosti, samopovređivanja i stereotipnih ponašanja, poremećaja raspoloženja i poremećaja mišljenja.*

*Ključne reči: bihevioralni i emocionalni problemi, intelektualna ometenost, faktori*

### UVOD

Problematično ponašanje je kulturno abnormalno ponašanje takvog intenziteta, frekvencije i trajanja, da ozbiljno ugrožava fizičku bezbednost same osobe ili drugih osoba u njenom okruženju, ili ponašanje s vrlo ograničenom upotrebljivošću, ili pak ponašanje koje za posledicu ima nemogućnost pristupa uobičajenim resursima zajednice osobi koja to ponašanje ispoljava (Emerson et al., 1987, prema Brylewski, Wiggs, 1999). Problematično ponašanje karakteriše se određenim osobenostima ispoljavanja, poput učestalosti, trajanja ili intenziteta. Pored toga, to ponašanje osobu koja ga ispoljava i one koji je okružuju dovodi u ozbiljan rizik od fizičkog ili psihološkog povređivanja. Na kraju, ispoljavanje problematičnog ponašanja onemogućava osobi koja ga ispoljava, kao i onima koji o njoj brinu, sticanje iskustava koje ostale osobe u zajednici obično stižu (Gavidia-Payne, Hudson, 2002).

Problemi u ponašanju uobičajeni su među osobama sa intelektualnom ometenošću (IO). Ipak, teško ih je definisati jer zavise od percepcije ljudi iz okoline

ovih osoba. Uopšteno, oni obuhvataju agresivnost, destruktivnost, samopovređivanje, temper tantrum, prekomernu aktivnost, vrištanje/vikanje, razbacivanje predmeta, lutanje, noćnu uznemirenost, nepoželjne navike, antisocijalno ponašanje, seksualnu delinkvenciju i ponašanje usmereno na privlačenje pažnje (Deb, Thomas, Bright, 2001). Pored ovih eksternalizovanih problema u ponašanju, opisuju se i internalizovani eHAVIO, poput poremećaja raspoloženja i anksioznosti (Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002). Osobe sa IO, koje ispoljavaju problematično ponašanje, pod povećanim su rizikom od smeštanja u psihijatrijske ustanove (Khan et al, 1993; Morgan, Lowin, 1989, sve prema Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002) i institucionalne uslove življenja (Hill, Bruininks, 1984; Parsons, May, Menolascino, 1984; Szymanski, 1994, sve prema Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002).

## CILJ

Cilj rada je da razmotri naučna saznanja koja se tiču učestalosti i nekih karakteristika bihevioralnih i emocionalnih problema kod osoba sa IO. Nadalje, cilj je da se prikaže veza ovih problema sa nivoom intelektualnog funkcionisanja, uzrastom, obrazovnim okruženjem i epileptičkim statusom osoba sa IO. Pored toga, u fokusu rada su i načini ispoljavanja ovih problema, poput agresivnosti, samopovređivanja i stereotipnih ponašanja, poremećaja raspoloženja i poremećaja mišljenja.

## UČESTALOST

Problematično ponašanje je učestalije kod dece i adolescenata sa IO, nego kod njihovih vršnjaka tipičnog razvoja (Gavidia-Payne, Hudson, 2002). Problemi u ponašanju često su razmatrani kao mogući “bihevioralni ekvivalenti” psihijatrijskih simptoma kod osoba sa IO (Clarke, Gomez 1999, prema Hemmings, Gravestock, Pickard, Bouras, 2006). Navodi se da je učestalost psihopatoloških poremećaja od tri do četiri puta veća nego u opštoj populaciji (Rutter et al., 1970; Koller et al., 1982, sve prema Dekker et al., 2002; Linna et al., 1999). Tako je u studiji koja je obuhvatila 6000 finskih osmogodišnjaka pronađeno da je učestalost dece sa IO “koja verovatno pate od psihijatrijskih poremećaja” oko 3 puta veća nego kod dece tipičnog razvoja (Linna et al., 1999).

Procene učestalosti poremećaja ponašanja kod dece i adolescenata sa IO kreću se od 30% do 60% (Chess, 1977; Chess, Hassibi, 1970; Gillberg et al., 1986; Jacobson, 1982; Koller et al., 1982; Rojahn, Borthwick-Duffy, Jacobson, 1993; Rutter, Tizard, Whitmore, 1970, sve prema Dekker et al., 2002; Einfeld, Tonge, 1996, 1996a; Linna et al., 1999; Janssen, Schuengel, Stolk, 2002). Pronađeno je da deca sa IO pokazuju više tvrdoglavog ponašanja, nego kontrolna grupa tipičnog razvoja (Floyd Phillippe, 1993, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002). Proučavanjem problema u ponašanju kod 200 dece sa IO, pronađeno je da je prevalencija lakih i teških problema u ponašanju 45% (Quine, 1986, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002). U jednom australijskom istraživanju sugerise se da se kod 40,7% dece sa IO (uzrasta od 4 do 18 godina) mogu registrovati teški emocionalni i eHAVIO u ponašanju (Einfeld, Tonge, 1996). Rezultati tri novije studije ukazuju da se

učestalost ovih problema kod dece i adolescenata sa IO kreće između 30% i 37% (Linna et al., 1999; Strømme, Diseth, 2000; Molteno et al., 2001). U studiji u kojoj je učestvovalo 1041 dete ispodprosečne inteligencije i 1855 dece prosečne inteligencije utvrđeno je da oko 50% dece ispodprosečne inteligencije ima povišen skor pri proceni problematičnog ponašanja, nasuprot 18% dece prosečne inteligencije. Deca ispodprosečne inteligencije podeljena su u dve grupe: edukabilnu (IQ od 60 do 80) i trenabilnu (IQ od 30 do 60). U poređenju s decom prosečne inteligencije, najizraženiji ehavio u obe grupe dece ispodprosečne inteligencije bili su vezani za socijalne ehavio i ehavio vezane za pažnju. Međutim, dok se kod edukabilne dece ovim problemima pridružuje i ispoljavanje agresivnosti, kod trenabilne dece registruje se izraženo socijalno povlačenje i veća učestalost problema u mišljenju, što je u drugim istraživanjima uočeno i kod dece s pervazivnim poremećajima razvoja. Između dve grupe dece ispodprosečne inteligencije nisu pronađene razlike u ukupnom skor, kao ni u internalizovanju i eksternalizovanju problema (Dekker et al., 2002). Takođe, navodi se ehav socijalna deprivacija, muški pol, manja težina IO i manje fizičkih ili senzornih nedostataka povezani s antisocijalnim i disruptivnim ponašanjem, dok su teža IO i dodatna ograničenja (fizička i senzorna) povezani s anksioznošću, poremećajima u komunikaciji, poremećajima socijalnih odnosa i ponašanjima usmerenim ka sebi (Emerson, Robertson, Wood, 2005).

U istraživanju problema u ponašanju kod odraslih osoba sa IO (uzrasta od 16 do 64 godine) utvrđeno je da 60,4% pokazuje bar jedan poremećaj ponašanja, bilo koje učestalosti ili težine. Kod 23% zabeležena je povišena agresivnost, 24% je sklonu samopovređivanju, kod 36% je utvrđena pojava temper ehavio, 26% ispitanika pokazuje preteranu aktivnost, 29% vrištanje, 38% ponašanje usmereno na privlačenje pažnje. Nepoželjne navike registrovane su kod 20% ispitanika, noćna uznemirenost kod 18%, a kod 12% destruktivnost (Deb, Thomas, Bright, 2001). Visok procenat učestalosti problema u ponašanju zabeležen je i u drugim istraživanjima kod odraslih osoba sa IO. Na primer, u jednom britanskom istraživanju je na uzorku od 2202 odrasle osobe sa IO pronađeno da 64% ima poremećaje u ponašanju (Smith et al., 1996, prema Deb, Thomas, Bright, 2001). U starije američko istraživanje uključeno je 22256 osoba sa IO koje su registrovane u državi Njujork. Poremećaji ponašanja zabeleženi su kod oko 60% ispitanika (Jacobsen, Janicki, 1985, prema Deb, Thomas, Bright, 2001). U indijskom istraživanju utvrđeno je da su bihevioralni i emocionalni problemi u populaciji osoba sa IO (uzrasta od 12 do 55 godina) kojima je pružana institucionalna pomoć najčešće vezani za agresivnost (50%), probleme sa spavanjem (42%), konfuzno mišljenje (31%), halucinacije (30%), poremećaje hranjenja (28%), nepažljivost (26%), traženje pažnje (23%) i regresivno ponašanje (20%) (Kishore, Nizamie, Nizamie, 2005).

Razlika u učestalosti problema u ponašanju između dece sa IO i dece tipičnog razvoja javlja se rano. Problematično ponašanje ispitivano je kod trogodišnjaka s kašnjenjem u razvoju i kod trogodišnjaka tipičnog razvoja. Deca s kašnjenjem u razvoju već su pokazivala značajno više problematičnog ponašanja (26% dece s kašnjenjem u razvoju, nasuprot 8,3% dece tipičnog razvoja, njihov odnos bio je 3,1:1) (Baker et al., 2002, prema Baker et al., 2003). I u kasnijem istraživanju utvrđeno je da trogodišnjaci s kašnjenjem u razvoju imaju značajno više proble-

ma u ponašanju od dece tipičnog razvoja. Deca s kašnjenjem u razvoju pokazuju više internalizovanog i eksternalizovanog problematičnog ponašanja, potom više problema vezanih za pažnju, agresivnost, fizičko i socijalno povlačenje. Značajne razlike nisu pronađene u emocionalnoj reaktivnosti, anksioznosti/depresiji i u problemima sa spavanjem (Baker et al., 2003).

## ODNOS PROBLEMA U PONAŠANJU I NIVOVA INTELEKTUALNOG FUNKCIONISANJA

Smatra se da odnos između intelektualnog funkcionisanja i ispoljavanja problema u ponašanju u nekoj meri zavisi od vrste ponašanja, jer manifestacije nekih ponašanja i emocija mogu zahtevati određeni nivo inteligencije (Borthwick-Duffy, 1994, Dekker et al., 2002). Utvrđeno je ehav depresija, anksioznost i antisocijalna ponašanja češći među osobama sa IO višeg nivoa kognitivnog funkcionisanja, dok su psihotična ponašanja usmerena ka sebi i autistična ponašanja češće vezana za niži IQ (Gillberg et al., 1986; Koller et al., 1982, Dekker et al., 2002, Einfeld, Tonge, 1996). Navodi se eha osobe s težim oblicima IO imaju više problema u ponašanju, a da se najčešće uočavaju samostimulacija, samopovređivanje i agresivnost (Singh, 1997; Tonge, 1999, sve prema Baker et al., 2003; Janssen, Schuengel, Stolk, 2002). Ovo potvrđuje i meta-analiza 22 studije, čiji rezultati ukazuju ehav osobe s teškom/dubokom IO značajno sklonije samopovređivanju i stereotipijama od osoba s lakom/umerenom IO (McClintock, Hall, Oliver, 2003). Dodatne podatke dobijamo iz južnoafričke studije dece sa IO od 6 do 18 godina, u kojoj je utvrđeno ehav kod dece s dubokom IO posebno prisutna ponašanja usmena ka sopstvenom telu i autistična ponašanja; kod dece s teškom IO posebno se zapažaju ehavio u komunikaciji i anksioznost, dok su za decu s lakom IO specifična antisocijalna ponašanja (Molteno et al., 2001). Sugerise se da teške poremećaje u ponašanju ispoljavaju osobe s teškom ometenošću, od kojih značajan broj (44%) pokazuje više od jedne forme problema u ponašanju (Emerson, Bromley, 1995, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002).

Navodi se eha na uzrastu od 6 do 18 godina dečaci sa IO ispoljavaju više problema u ponašanju od devojčica, posebno kada su u pitanju disruptivna ponašanja, ponašanja usmerena ka sopstvenom telu i antisocijalna ponašanja (Molteno et al., 2001).

## ODNOS PROBLEMATIČNIH PONAŠANJA I UZRASTA

Forme problema u ponašanju mogu se menjati i u zavisnosti od uzrasta ispitanika. Tako podaci dobijeni od roditelja dece sa IO govore o visokoj učestalosti problema u ponašanju, uključujući samostimulaciju, destruktivno ponašanje (npr. samopovređivanje, agresivnost, uništavanje imovine i pike), povlačenje i ehavio. Ova ponašanja pojavljuju se češće od jednom dnevno. Kada se posmatraju različite uzrasne grupe, uočavaju se interesantni obrasci učestalosti ovih ponašanja. Primećeno je da se destruktivna ponašanja češće javljaju na uzrastu od 12 do 17 godina, a ređe na uzrastu od 5 do 11 godina. S druge strane samostimulacija se javlja češće u ehavi od rođenja do 4. godine. Povlačenje je najčešće u grupi adolescenata, a ehavio u grupi predškolskog uzrasta (Dunlap, Robbins,

Darrow, 1994, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002). U drugim studijama uočeni su klasteri ponašanja, poput samopovređivanja i agresivnog ponašanja (Emerson, Bromley, 1995, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002) ili hiperaktivnosti i razdražljivosti (Chung, Bickerton, Cumella, Winchester, 1996, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002).

## ODNOS PROBLEMATIČNIH PONAŠANJA I OBRAZOVNOG OKRUŽENJA

Kao jedan od mogućih faktora učestalosti problema u ponašanju, razmatrani eha uslovi školovanja dece sa IO (inkluzivni nasuprot ekskluzivnim). Tako su u australskom istraživanju obuhvaćena deca sa IO uzrasta od 4 do 19 godina, koja pohađaju specijalne, odnosno redovne škole. Deca su bila ujednačena po kalendarskom uzrastu, polu i nivou intelektualnog funkcionisanja. Deca koja pohađaju specijalne škole imala su značajno više problema u ponašanju, bila su disruptivnija, imala više poremećaja u komunikaciji, kao i viši nivo anksioznosti i ponašanja povezanih s autizmom. Izuzetak ehavi generalne tendencije su ponašanja usmerena ka sopstvenom telu, koja su bila izraženija kod dece u inkluzivnim uslovima školovanja (Parmenter et al., 1998).

## ODNOS PROBLEMATIČNIH PONAŠANJA I EPILEPTIČKOG STATUSA

Ispitivan je i uticaj epilepsije kod osoba sa IO na učestalost problema u ponašanju, ali rezultati nisu sasvim jasni. Tako je među 300 ispitanika sa IO, od kojih je polovina imala epilepsiju, pronađeno 55% njih s poremećajima ponašanja. Međutim, nije pronađena značajna razlika između ispitanika koji su imali epilepsiju i onih bez nje (Deb, Hunter, 1991a, prema Deb, Thomas, Bright, 2001). U drugom istraživanju nisu zabeležene razlike u obrascu maladaptivnog ponašanja osoba s teškom IO i epilepsijom i osoba istog nivoa intelektualnog funkcionisanja koje nemaju epilepsiju (Matson et al., 1999). U trećem istraživanju takođe nije pronađena veza između problema u ponašanju i aktuelnog epileptičkog statusa, ali jeste s prisustvom epilepsije u prošlosti (Deb, Thomas, Bright, 2001), dok je u južnoafričkom istraživanju sprovedenom na 355 dece sa IO (uzrasta od 6 do 18 godina) ustanovljeno da je epilepsija povezana s višim nivoom problema u ponašanju (Molteno et al., 2001).

## AGRESIVNOST

Agresivnost se, uz disruptivnost i impulsivnost, pominje u okviru eksternalizovanih oblika problema u ponašanju (Gresham, Sugai, Horner, 2001). Navodi se da je agresivnost primarni razlog smeštanja osoba sa IO u institucije (Gardener, Moffat, 1990, prema Allen, 2000; Lakin et al., 1983, prema Taylor, 2002). Agresivnost je takođe glavni razlog zbog koga se osobama sa IO prepisuju antipsihotici i lekovi za kontrolu ponašanja (Aman et al. 1987, prema Taylor, 2002) Učestalost agresivnog ponašanja varira od 2% do 20% (u zavisnosti od definisanja agresivnog ponašanja, karakteristika populacije sa IO koja se ispituje) (BorthwickDuffy, 1994; Harris, Russell, 1989; Quine, 1986; Sigafos et al., 1994, sve prema Allen, 2000). Tako je u jednoj studiji povišena agresivnost pronađena kod 17,6% ispi-

tanika sa IO (Harris, 1993, prema Deb, Thomas, Bright, 2001). U drugoj studiji, u kojoj je učestvovalo 2412 osoba sa IO, pronađeno je da 11% pokazuje povišenu agresivnost, od kojih je 34% bilo sklono samopovređivanju (Sigafos, 1994, prema Deb, Thomas, Bright, 2001). Veća učestalost se registruje kod muškaraca, nego kod žena (Borthwick-Duffy, 1994; Davidson et al., 1994; Harris, Russell, 1989; Quine, 1986, prema Allen, 2000), što potvrđuju i rezultati meta-analize 22 studije (McClintock, Hall, Oliver, 2003). U istraživanju koje je obuhvatilo 108 osoba s lakom IO (uzrasta od 12 do 61 godine) muškarci su bili fizički agresivniji od žena, ali nisu utvrđene značajne razlike u nivou besa, neprijateljstva i verbalne agresivnosti. Autori pretpostavljaju da agresivni muškarci možda nisu naučili da na odgovarajući način ispolje osećanja besa i neprijateljstva što za rezultat ima viši nivo fizičke agresivnosti (Baker, Bramston, 1997).

Učestalost agresivnosti je veća i kod osoba sa IO koje žive u institucionalnim uslovima, nego kod onih koje žive u zajednici (Borthwick-Duffy, 1994; Eyman, Call, 1977; Harris, Russell, 1989, prema Allen, 2000). Tako je u jednom istraživanju pronađeno da je učestalost agresivnosti u institucijama 38,2%, dok je u zajednici bila gotovo četiri puta niža (9,7%) (Harris, 1993, prema Taylor, 2002). U drugom, australijskom istraživanju, ustanovljeno je da je učestalost agresivnog ponašanja u institucijama 33%, u grupnim domaćinstvima unutar zajednice 17%, a samo 3% u ostalim tipovima smeštaja (Sigafos et al., 1994, prema Taylor, 2002). U američkom istraživanju koje je obuhvatilo 2491 osobu sa IO ustanovilo je da ukupna prevalencija ponašanja, koje za posledicu ima povređivanje drugih, iznosi 26%. Učestalost kod osoba smeštenih u institucije bila je 36,9%, a kod onih osoba sa IO koje su živele u zajednici 16,3% (Hill, Bruininks, 1984, prema Taylor, 2002). Navodi se da uzroke ovakvih nalaza treba tražiti u samoj prirodi institucionalnog okruženja. Život u instituciji izaziva osećanje frustracije, bespomoćnosti, nepravde i gneva. Osobe sa IO, koje žive u instituciji, susreću se s okruženjem koje je ograničeno, depersonalizovano, veštačko, otuđeno i stresno (Levey, Howells 1991; Black et al. 1997, sve prema Taylor, 2002).

Posmatrajući populaciju osoba sa IO u celini, učestalost agresivnog ponašanja raste s dubinom retardacije (Borthwick-Duffy, 1994; Davidson et al., 1994, prema Allen, 2000). Međutim, unutar podgrupe osoba koje ispoljavaju poremećaje ponašanja, više ga ispoljavaju sposobnije osobe (dok je samopovređivanje učestalije među osobama s nižim nivoom sposobnosti) (Emerson et al., 1997, prema Allen, 2000). Isto tako, pronađeno je ehav osobe, koje su destruktivne prema imovini (ali ne i prema ljudima), češće na višem kognitivnom nivou funkcionisanja, verovatno zato što koriste jezičke i sazajne sposobnosti, kako bi ograničile agresivnost (Davidson et al., 1994, prema Allen, 2000). Britanski istraživači koji su ispitivali učestalost antisocijalnog ponašanja kod ehaviort sa IO (uzrasta od 11 do 15 godina), u odnosu na njihove vršnjake tipičnog razvoja, utvrdili su značajno veću učestalost ovih ponašanja kod ispitanika sa IO. Međutim, autori su skloniji da ovu razliku pripišu većoj izloženosti faktorima rizika (socijalna deprivacija, ehavio s mentalnim zdravljem) adolescenata sa IO, nego da je tumače kao posledicu IO po sebi. Ovi autori naglašavaju da je antisocijalno ponašanje češće kod dece s lakom IO, nego kod dece s težim formama IO eha je kršenje zakona retko među osobama čiji je IQ ispod 50. Nadalje sugeriše se ehav psihosocijalni faktori (npr. Nestabilno porodično zaleđe, socijalna klasa kojoj pripadaju roditelji) glavni fak-

tori koji doprinose ilegalnom ili antisocijalnom ponašanju kod osoba s lakom, ali ne i teškom IO (Dickson, Emerson, Hatton, 2005).

Agresivnost se može ispoljiti rano, ali se najviša učestalost beleži u kasnoj adolescenciji (verovatno kada se dostigne veličina i snaga odraslih) (Davidson et al., 1994; Harris, Russell, 1993; Koller et al., 1983, sve prema Allen, 2000). Agresivnost kod osoba sa IO ima tendenciju da koegzistira s drugim formama poremećaja ponašanja (Borthwick-Duffy, 1994; Emerson et al., 1988; Harris, Russell, 1989; Sigafos et al., 1994, sve prema Allen, 2000), a povezana je i s prisustvom mentalnih poremećaja (Borthwick-Duffy, 1994, prema Allen, 2000). Obično je stabilna tokom vremena (Kiernan, Alborz, 1996; Lowe, Felce, 1995; Raynes, Sumpton, 1985, sve prema Allen, 2000), može biti epizodična (npr. S neobično niskom učestalošću), ali potencijalno visokog intenziteta (Harris, Russell, 1989; Sigafos et al., 1994, sve prema Allen, 2000).

Izgleda da većina agresivnih incidenata uključuje samo udarce ili šutiranje. Oružje se koristi između 17% i 29% slučajeva, ali se ne navodi tip korišćenog oružja (npr. Da li se radi o malom kućnom predmetu, koji je samo bačen u pravcu druge osobe ili o napadu nožem) (Emerson et al., 1988; Harris, Russell, 1989; Sigafos et al., 1994, sve prema Allen, 2000).

## POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA (DEPRESIJA, ANKSIOZNOST)

Poremećaji raspoloženja i anksioznost često se pominju kao poremećaji internalizacije, jer za posledicu imaju emocionalnu zebnju i utučenost, koja egzistira unutar osobe (Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002). Neklinička depresija ili depresivno raspoloženje kod dece karakterišu se socijalnim povlačenjem i opadanjem samopouzdanja, besom ili autodestruktivnim ponašanjem, kao i opadanjem školskog postignuća. Tokom adolescencije, kada samosvesnost raste i socijalni pritisak dobija na značaju, nedostatak socijalnih podsticaja odgovoran je za pojačavanje osećanja socijalne izolacije, bespomoćnosti i depresije (Heiman, 2001).

Istraživanjima je ustanovljeno da se učestalost poremećaja raspoloženja među osobama sa IO kreće između 3% i 15%, za razliku od učestalosti u opštoj populaciji gde je opseg između 2% i 5% (Lovell, Reiss, 1993; Reber, Borcharding, 1997; Reiss, 1994, sve prema Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002). Poremećaji raspoloženja su veoma česti afektivni simptomi među decom sa ometenošću. Stoga je dijagnostikovanje i tretman učenika sa IO i depresivnim raspoloženjem od presudnog značaja u prevenciji zaostajanja u akademskom, socijalnom, emocionalnom i bihevioralnom funkcionisanju, posebno zato što depresija, koja se javlja u ranom detinjstvu, opstaje i u odraslom dobu. Dosadašnji rezultati govore da je neklinička depresija povezana s opadanjem akademske kompetencije, distraktivnošću i usamljenošću (Heiman, 2001).

Poremećaji internalizacije, kao što su velika depresija i opšta anksioznost, mogu uvećati efekat negativnih osećanja s kojima se sreću osobe sa IO. Kod ovih osoba mogu se sresti tuga, razdražljivost, letargija ili prekomerna aktivnost. Poreklo negativnih osećanja može biti vezano za samu konstituciju ličnosti osobe sa IO, ali može biti i posledica odbacivanja od strane drugih, što je praćeno osećanjem

socijalne neadekvatnosti i niskim samopouzdanjem, a koji opet vode ka daljem odbacivanju (Baroff, 1991, prema Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002).

U istraživanju koje je ispitivalo depresiju kod 310 učenika s lakom IO (uzrasta od 11 do 16 godina), u odnosu na to da li pohađaju redovne ili specijalne škole, došlo se do sledećeg zaključka: učenici u specijalnim školama pokazuju viši nivo depresivnosti i usamljeniji su od dece u redovnim školama. Kod obe grupe, depresivnost je bila povezana sa distraktivnošću i usamljenošću. Kod dece u specijalnim školama ona je bila povezana i s polom (devojčice su bile depresivnije, što je dobijeno i u jednom ranijem istraživanju (Heiman, Margalit, 1998)) i nižim akademskim postignućem, a u redovnim školama s teškoćama u socijalnom prilagođavanju (Heiman, 2001).

Depresija je češća kod devojčica sa IO, nego kod dečaka sa IO (Heiman, Margalit 1998; Reynolds, Miller 1985, prema Lunsky, 2003) i devojčica tipičnog razvoja (Heiman, Margalit 1985, prema Lunsky, 2003). Kod žena sa IO, depresija je povezana s izloženošću zlostavljanju, slabom podrškom porodice i nezaposlenošću. Međutim, kod muškaraca sa IO nije potvrđen uticaj ovih faktora na nivo depresivnosti (Lunsky, 2003).

## SAMOPOVREĐIVANJE I STEREOTIPNA PONAŠNJA

Samopovređivanje je jedan od najozbiljnijih problema, koji pogađa osobe sa IO i njihove porodice. U nekim slučajevima lekovi (npr. Antagonisti opijata, antipsihotici, antidepresivi (Branford, Bhaumik, Naik, 1998)) su efikasni u eliminisanju ili smanjivanju samopovređivanja, ali u drugima imaju samo minimalan ili privremeni efekat (Thompson et al., 1994; Thompson, Gray, 1994, sve prema Berkson, Tupa, Sherman, 2001). Upotreba funkcionalne analize daje pozitivne efekte kod nekih osoba, ali sprovođenje ovih programa može biti teško, a sama procedura zahteva puno vremena (Carr, 1994, prema Berkson, Tupa, Sherman, 2001). Podaci govore da samopovređivanje počinje na dečjem uzrastu eha se nastavlja tokom adolescencije s odgovarajućim porastom učestalosti (Kebbon, Windahl, 1986; Oliver et al., 1987, prema Hall, Oliver, Murphy, 2001). Najveći rizik za ispoljavanje ovih ponašanja postoji kod teške i duboke IO (Oliver, 1995; Schroeder et al., 1978, prema Hall, Oliver, Murphy, 2001), ali se i loše komunikacione sposobnosti, pominju kao jedan od faktora rizika (Deb, Thomas, Bright, 2001). Neki istraživači pronašli su značajnu vezu između samopovređivanja i pripadnosti ženskom polu (Deb, Thomas, Bright, 2001), mada se navode i istraživanja u kojima ova veza nije potvrđena (Collacott et al., 1998, prema Deb, Thomas, Bright, 2001).

Za sada, etiologija ponašanja koje za posledicu ima samopovređivanje nije poznata (Symons, Sutton, Bodfish, 2001), ali postoji nekoliko teorija koje pokušavaju da objasne ranu pojavu samopovređivanja. Navodi se da se samopovređivanje može razviti iz stereotipnih ponašanja koja se često opažaju u detinjstvu, iz slučajnih motornih odgovora, kao rezultat druge bolesti, kao reaktivno ponašanje, ili zbog poremećaja neurotransmiterskih sistema (Hall, Oliver, Murphy, 2001). Takođe se veruje da je povezano s abnormalnim senzornim input-om i perifernim i centralnim mehanizmima transmisije i regulacije bola (Symons, Sutton, Bodfish, 2001).

Jedna od teorija predlaže trostepeni model, koji objašnjava pojavu i održavanje ovih oblika ponašanja. Na prvom nivou, unutrašnje regulisani ritmički obrasci pojavljuju se u repertoaru deteta, u cilju regulisanja sazrevanja i razvoja. To ponašanje nije pod uticajem faktora iz okruženja. Na drugom nivou, ponašanje počinje da moduliše nivo pobuđenosti u odgovor na stimulaciju iz okruženja. Nizak nivo pobuđenosti ima za posledicu porast ritmičnih ponašanja, dok ih visok nivo pobuđenosti smanjuje. Na trećem nivou, ponašanje se razvija u stereotipije i samopovređivanje, koji utiču na ponašanje drugih ljudi. Na taj način, samopovređivanje je vođeno događajima u okruženju, kroz ehavio pozitivnih ili negativnih podsticaja (Guess, Carr, 1991, prema Hall, Oliver, Murphy, 2001).

Stereotipna ponašanja, koja nisu praćena povređivanjem, manje su ozbiljna, ehav dalje značajna, pre svega zbog socijalne stigmatizacije. Smatra se da se ponašanja koja nisu praćena povredama, poput udaranja glavom, samoujedanja i njihanja telom, javljaju i kod mnoge dece tipičnog razvoja. Rezultati nekih studija pokazuju da se kod oko 10% dvogodišnjaka opšte populacije udaranje glavom javlja kao deo ehavio (e.g., Kravitz et al., 1960; Sallustro, Atwell, 1978, prema Berkson, Tupa, Sherman, 2001), dok se njihanje telom javlja kod oko 90% dece tipičnog razvoja, kao deo uobičajenog motornog razvoja (e.g., Thelen, 1979, prema Berkson, Tupa, Sherman, 2001). S porastom uzrasta ova ponašanja se obično povlače, ustupajući mesto zrelijim oblicima ponašanja, poput jezičke komunikacije. I kod dece sa IO uočava se sličan obrazac, ali je razvoj sporiji (Berkson, Tupa, 2000; MacLean, Stone, Brown, 1994; Wortis, Braine, Cutler, Freedman, 1964, prema Berkson, Tupa, Sherman, 2001).

## ADHD

Poremećaj vezan za deficit pažnje/hiperaktivnost (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD*) karakterišu teški i istrajni simptomi nepažljivosti, prekomerne aktivnosti i impulsivnosti, koji se javljaju rano u razvoju (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*, American Psychiatric Association, 1994, prema Swanson et al., 1998). Poremećaj pogađa između 3 i 5 % dece školskog uzrasta, s odnosom dečaka i devojčica od 4:1 (American Psychiatric Association, 1994, prema Fox, Wade, 1998). Navode se 3 suptipa ADHD bazirana na 2 bihejvioralne dimenzije: ADHD pretežno nepažljivog suptipa, dominantno hiperaktivno/impulsivni suptip i kombinovani suptip (Taylor et al. 1998). Deca sa ADHD nepažljivog suptipa često nisu hiperaktivna, već se pre opisuju kao dremljiva i inertna deca. Njihovi problemi s pažnjom su nespecifični i povezani su sa različitim senzornim procesima, lošim fokusiranjem pažnje i manje preciznim procesiranjem informacija. Kod dece sa ADHD prevashodno hiperaktivno/impulsivnog suptipa problemi s pažnjom su specifičnije povezani sa distraktivnošću i redukovanom istrajnošću (Taylor et al. 1991, prema Sagvolden et al., 2005). Nadalje, ovaj suptip je povezan da problemima u prizivanju informacija, disruptivnim ponašanjem i odbacivanjem od strane vršnjaka (Sagvolden et al., 2005). ADHD je usko povezan sa hiperkinetskim poremećajem, za koji se navodi da je teža forma ADHD. On je zasnovan na drugačijim kriterijumima (*International Classification of Diseases – ICD-10*, World Health Organization, 1990) i označavaju tešku, sveobuhvatnu hiperaktivnost (Hastings et al., 2005). Nasuprot ovom

gledištu, postoje autori koji ističu da je hiperaktivnost samo jedna od odlika ovog poremećaja i smatraju da DSM-IV kriterijumi predstavljaju širi i realistični koncept, koji uključuje sve moguće manifestacije ovog poremećaja (Kewley, 1998).

Sugerise se da učestalost hiperaktivnosti može biti značajno veća u populaciji osoba sa IO, posebno među onima koje imaju teže obilike IO. Na primer, u jednom američkom istraživanju povišen nivo hiperaktivnosti pronađen je kod 21,4% dečaka i 17,8% devojčica sa lakom IO (uzrasta od 6 do 11 godina), dok je kod dece tipičnog razvoja povišeni skor imalo 4,4% dečaka i 3,5% devojčica (Epstein et al. 1986). Holandsko istraživanje koje je obuhvatilo učenike specijalnih škola za decu s IO (uzrasta od 7 do 20 godina), a na osnovu kriterijuma DSM-IV, pronašlo je učestalost ADHD od 14,8%, kao i visok stepen komorbiditeta sa ponašanjem u vidu protivljenja i prkosa (44%) (Dekker, Koot, 2003, prema Hastings et al., 2005). Emerson (Emerson, 2003) je pronašao, prema kriterijumima ICD-10, hiperkinetski poremećaj kod 8,7% dece s IO u poređenju s 0,9% kod ostatka uzorka. Na osnovu procene nastavnika, povišen nivo hiperaktivnih oblika ponašanja pronađen je kod 30% učenika beogradskih osnovnih škola za decu sa lakom IO (uzrasta od 8 do 12 godina). Povišen nivo ispoljavanja ovih oblika ponašanja bio je povezan sa polom (nastavnici su češće prepoznavali ova ponašanja kod devojčica), ali ne i sa hronološkim uzrastom, koeficijentom inteligencije, razumevanjem govora i govornom produkcijom ispitanika. Ipak, treba imati u vidu da se u ovom slučaju radilo o povišenom nivou ispoljavanja ove vrste ponašanja, a ne o kliničkoj dijagnozi hiperaktivnog sindroma. (Brojčin, Glumbić, Banković, 2009).

Prema dosadašnjim nalazima, izgleda da je ponašanje dece s IO i komorbidnim ADHD-om slično kao i kod dece s ADHD-om očuvane inteligencije. U jednoj studiji nastavnici su poredili 100 dečaka (uzrasta od 6 do 8 godina). Deca su raspoređena u 4 grupe: deca s ADHD-om, deca s IO, deca s IO i ADHD-om, i kontrolna grupa dece tipičnog razvoja. Rezultati nisu ukazali na značajnu razliku u ponašanju između dece s ADHD-om očuvane inteligencije i dece s IO i ADHD-om, izuzev što su deca s IO i ADHD-om ispoljavala viši nivo anksioznosti (Fee, Matson, Benavidez, 1994). U drugoj studiji sličnog dizajna, tokom grupnih instrukcija deca sa IO i ADHD pokazivala su značajno viši nivo vrpoljenja, nemirnosti i značajno niži nivo interesovanja za zadatak u poređenju s decom sa IO, ali bez ADHD. Isto tako, tokom samostalnog rada na zadatku deca sa IO i ADHD bila su znatno nemirnija i češće su ispoljavala ponašanja koja nisu vezana za zadatak. Razlika među grupama bila je veća tokom samostalnog rada, što ukazuje da deca sa IO i ADHD imaju više teškoća u razredu kada je rad manje strukturisan i kada izostaje neposredna podrška nastavnika (Handen et al., 1994, prema Miller, Fee, Netterville, 2004). Pored toga, kada je uz IO prisutan i ADHD javlja se više problema sa socijalnom dezinhibicijom, destruktivnošću, enurezom i labilnošću raspoloženja, u poređenju s decom kod koje je prisutna samo IO (Coe, Matson, 1993, prema Miller, Fee, Netterville, 2004).

Kod odraslih s teškom/dubokom IO pronađeno je da 55% njih ima ADHD tipa nepažljivosti, a da ih 15% ima hiperaktivno/impulsivni ADHD. Niži IQ, muški pol i niži adaptivni uzrast bili su povezani s većom nepažljivošću (Fox, Wade 1998). U drugoj studiji posmatrane su odrasle s IO (uzrasta od 18 do 22 godine), čija je IO detektovana u detinjstvu. Učestalost hiperaktivnosti rasla je s težinom

IO (laka IO – 12%, umerena IO – 25%, teška IO – 33%) (O'Brien, 2000, prema Seager, O'Brien, 2003).

Postoje pokušaji sindrom specifične analize hiperaktivnosti. Na primer, pronađeno da se kod dečaka s a fragilnim X hromozomom različiti stepeni hiperaktivnosti javljaju u rasponu od 73% do 93% (Bergman et al., 1988; Hagerman, 1987, prema Dykens, 1998), slično kao i kod osoba sa sindromom „mačijeg maukanja” (od 74% do 85%) (Dykens, Clarke, 1997, prema Sarimski, 2003), dok se kod dece s Vilijamsovim sindromom beleži učestalost od 67% (Dilts et al., 1990, prema Dykens, 1998). Ipak se veruje da je podloga hiperaktivnosti poligenetska, a njena pojava vezuje se i za druge faktore poput: perinatalnih i ranih povreda mozga, hipoksiju i anoksiju, epilepsiju, socioekonomske faktore (nizak socioekonomski status, neslaganje roditelja i razvod, zanemarivanje i zlostavljanje u detinjstvu, rane gubitke ili separaciju) i sniženu inteligenciju (Seager, O'Brien, 2003).

Postoje i gledišta koja dovode u pitanje koncept i sumnjaju u adekvatnost dijagnoze ADHD kod dece sa IO. Naime, dijagnoza ADHD podrazumeva da bilo koji simptom nepažljivosti, prekomerne aktivnosti i impulsivnosti treba da bude iznad onih koji se očekuju za određeni uzrast i nivo ometenosti. Oni koji problem sagledavaju iz razvojne perspektive, primećuju da, kada se postignuće dece sa IO posmatra u odnosu na mentalni uzrast, nema snažnih dokaza koji ukazuju na deficit pažnje (Burack et al., 2001, prema Hastings et al., 2005), iako neka deca sa specifičnim sindromima mogu imati deficite pažnje (npr. Sindrom fragilnog X hromozoma) (Munir, Cornish, Wilding, 2000; Turk, 1998, sve prema Hastings et al., 2005). Ipak, definicija ADHD ne uključuje samo simptome nepažljivosti, simptomi ADHD nisu uvek u korelaciji sa težinom IO (teži s poreptom dubine IO), (Dekker, Koot, 2003, prema Hastings et al., 2005; Pearson, Aman, 1994).

## POREMEĆAJI MIŠLJENJA

Među poremećaje mišljenja svrstane su psihoze i demencija. Psihoteične poremećaje karakterišu halucinacije i iluzije, dok simptomi demencije uključuju konfuziju i oštećenje memorije. Psihoze se javljaju kod oko 3% osoba sa IO, nasuprot 1% u opštoj populaciji (Reid, 1993, prema Beirne-Smith, Ittenbach, Patton, 2002). Kada je demencija u pitanju, vrlo je problematično oslanjati se na opšti nivo učestalosti, jer varijacije među pojedinim grupama osoba sa IO mogu biti veoma izražene. Na primer, navodi se da gotovo sve osobe s Daunovim sindromom između 35. i 40. godine života pokazuju neuropatološke znake Alchajmerove bolesti (Zigman, Schupf, Zigman, Silverman, 1993, prema Dykens, 1998). Ipak ne razvijaju svi odrasli s Daunovim sindromom bihejvioralne korelate Alchajmerovog tipa demencije, ali se rizik s porastom broja godina dramatično povećava. Neki istraživači navode učestalost od 55% na uzrastu između 40 i 50 godina i 75% na uzrastu od preko 60 godina (Lai, Williams, 1989, prema Dykens, 1998). Ipak, u većini studija saopštava se da se na uzrastu od 50 i više godina beleži manje od 50% demencija (Zigman et al, 1993, prema Dykens, 1998).

## ZAKLJUČAK

Poremećaji u ponašanju kod osoba sa IO javljaju se znatno češće, nego u populaciji tipičnog razvoja, a razlike u učestalosti se beleže već na uzrastu od 3 godine. Procene učestalosti ovih problema kreću se u opsegu od 30% do 60%.

Depresija, anksioznost i antisocijalna ponašanja su češći među osobama sa IO višeg nivoa kognitivnog funkcionisanja, dok su psihotična ponašanja usmerena ka sebi i autistična ponašanja češće vezana za niži IQ. Forme ispoljenih problema u ponašanju mogu se menjati i u zavisnosti od uzrasta. Isto tako, izgleda da su život u zajednici i obrazovanje u inkluzivnom okruženju povezani sa manje problematičnih ponašanja, dok istraživanja uticaja epileptičkog statusa ne daju jasne rezultate. U zavisnosti od definisanja agresivnog ponašanja, karakteristika populacije sa IO koja se ispituje učestalost agresivnog ponašanja varira od 2% do 20%, dok se učestalost poremećaja raspoloženja kreće između 3% i 15%. Kada su u pitanju stereotipije, kod dece sa IO uočava se sličan obrazac kao i kod dece tipičnog razvoja, ali je razvoj sporiji. Iako postoje sumnje da se ADHD kod dece sa IO može dijagnostikovati na odgovarajući način kod dece sa IO, uočava se da je ponašanje dece s IO i komorbidnim ADHD-om slično kao i kod dece s ADHD-om očuvane inteligencije. Psihoze se javljaju kod oko 3% osoba sa IO je oko 3%, dok je demencija najviše izučavana u ehavio Daunovim sindromom.

Iako se u naučnoj zajednici bihejvioralnim i emocionalnim problemima osoba sa IO već posvećuje značajna pažnja, ostaju brojne nedoumice i nepoznanice, pre svega vezane za efikasnost, a često i etičnost, tretmana. Sindromske specifičnosti i bihejvioralni fenotipi takođe ostaje oblast koja u budućnosti može doprineti boljem razumevanju ovih problema kod osoba sa IO. Život u zajednici i podrška osobama sa IO i komorbidnim problemima u ponašanju je još jedna oblast u kojoj se očekuju dalja istraživanja.

## LITERATURA

1. Baker, W., and Bramston, P. (1997): *Attributional and Emotional Determinants of Aggression in People with Mild Intellectual Disabilities*, Journal of Intellectual and Developmental Disability 22 (3), 169–185.
2. Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., and Low, C. (2003): *Pre-school children with and without developmental delay: behavioural problems and parenting stress over time*, Journal of Intellectual Disability Research 47(4-5), 217–230.
3. Beirne-Smith, M., Ittenbach, R. F., and Patton, J. R. (2002): *Mental Retardation (6th ed)*, Merrill Prentice Hall, New Jersey, USA.
4. Berkson, G., Tupa, M., and Sherman L. (2001): *Early Development of Stereotyped and Self-Injurious Behaviors: I. Incidence*, American Journal on Mental Retardation 106(6), 539–547.
5. Branford, D., Bhaumik, S., and Naik, B. (1998): *Selective serotonin re-uptake inhibitors for treatment of perseverative and maladaptive behaviours of people with intellectual disability*, Journal of Intellectual Disability Research 42(4), 301–306.

6. Brojčin B., Glumbić N., Banković S. (2009): Hiperaktivni oblici ponašanja kod dece sa lakom mentalnom ometenošću školskog uzrasta, *Pedagogija*, Forum pedagoga Srbije i Crne Gore, vol. 64, br. 2, str. 225-235.
7. Brylewski, J., and Wiggs, L. (1999): *Sleep problems and daytime challenging ehavior in a community-based sample of adults with intellectual disability*, *Journal of Intellectual Disability Research* 43(6), 504–512.
8. Deb, S., Thomas, M., and Bright, C. (2001): *Mental disorder in adults with intellectual disability: The rate of ehavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years*, *Journal of Intellectual Disability Research* 45(6), 506–514.
9. Dekker, M. C., Koot, H. M., Van der Ende, J., and Verhulst F. C. (2002): *Emotional and beha ioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43(8), 1087–1098.
10. Dickson, K., Emerson, and E., Hatton, C. (2005): *Self-reported anti-social ehavior: prevalence and risk factors amongst adolescents with and without intellectual disability*, *Journal of Intellectual Disability Research* 49(11), 820–826.
11. Dykens, E. M. (1998): *Maladaptive behavior and dual diagnosis in persons with genetic syndromes*, in Burack, J.A., Hodapp, R.M., and Zigler, E. (Eds), *Handbook of mental retardation and development*, pp. 542–562, Cambridge University Press, UK.
12. Einfeld, S. L., and Tonge, B. J. (1996): *Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: I rationale and methods*. *Journal of Intellectual Disability Research* 40, 91–98.
13. Einfeld, S. L., and Tonge, B. J. (1996a): *Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II Epidemiological findings*. *Journal of Intellectual Disability Research* 40, 99–109.
14. Emerson, E. (2003): Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research* 47(1), 51–58.
15. Emerson, E., Robertson, J., and Wood, J. (2005): *Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation*, *Journal of Intellectual Disability Research* 49(I), 16–24.
16. Epstein, M. H., Cullinan, D., and Gadow, K. D. (1986): Teacher ratings of hyperactivity in learning disabled, emotionally disturbed and mentally retarded children. *Journal of Special Education* 20(2), 219–229.
17. Fee, V. E., Matson, J. L., and Benavidez, D. A. (1994): Attention deficit-hyperactivity disorder among mentally retarded children, *Research in Developmental Disabilities* 15(1), 67–79.
18. Fox, R. A., and Wade, E. J. (1998): Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Adults with Severe and Profound Mental Retardation, *Research in Developmental Disabilities* 19(3), 275–280.
19. Gavidia-Payne, S, and Hudson, A. (2002): *Behavioural supports for parents of*

- children with an intellectual disability and problem behaviours: an overview of the literature, *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 27(1), 31–55.
20. Gresham, F. M., Sugai, G., and Horner, R. H. (2001): *Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities*, *Exceptional Children* 67(3), 331–344.
  21. Hall, S., Oliver, C., and Murphy, G. (2001): *Early Development of Self-Injurious Behavior: An Empirical Study*, *American Journal on Mental Retardation* 106(2), 189–199.
  22. Hastings, R. P., Beck, A., Daley, D., and Hill, C. (2005): Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities, *Research in Developmental Disabilities* 26(5), 456–468.
  23. Heiman, T. (2001): *Depressive mood in students with mild intellectual disability: students' reports and teachers' evaluations*, *Journal of Intellectual Disability Research* 45(6), 526–534.
  24. Heiman, T., and Margalit, M. (1998): *Loneliness, Depression, and Social Skills Among Students with Mild Mental Retardation in Different Educational Settings*, *The Journal of Special Education* 32(3), 154–163.
  25. Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M., and Bouras, N. (2006): *Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities*, *Journal of Intellectual Disability Research* 50(4), 269–276.
  26. Janssen, C. G. C., Schuengel, C., and Stolk, J. (2002): *Understanding challenging behavior in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model*, *Journal of Intellectual Disability Research* 46(6), 445–453.
  27. Kewley, G. D. (1998): Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain, *British Medical Journal* 316(7144), 1594–1596.
  28. Kishore, M. T., Nizamie, S. H., and Nizamie, A. (2005): *The behavioural profile of psychiatric disorders in persons with intellectual disability*, *Journal of Intellectual Disability Research* 49(11), 852–857.
  29. Linna, S. L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., and Almqvist, F. (1999): *Psychiatric symptoms in children with intellectual disability*, *European Child and Adolescent Psychiatry* 8(Suppl. 4), 77–82.
  30. Lunskey, Y. (2003): *Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role?*, *Journal of Intellectual Disability Research* 47(6), 417–427.
  31. Matson, J. L., Bamburg, J. W., Mayville, E. A., and Khan I. (1999): *Seizure disorders in people with intellectual disability: an analysis of differences in social functioning, adaptive functioning and maladaptive behaviours*, *Journal of Intellectual Disability Research* 43(6), 531–539.
  32. McClintock, K., Hall, S., and Oliver, C. (2003): *Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study*, *Journal of Intellectual Disability Research* 47(6), 405–416.
  33. Miller, M. L., Fee, V. E., and Netterville, A. K. (2004): *Psychometric properties of ADHD rating scales among children with mental retardation I: Reliability*, *Research in Developmental Disabilities* 25, 459–476.

34. Molteno, G., Molteno, C. D., Finchilescu, G., and Dawes, A. R. L. (2001): *Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa*, *Journal of Intellectual Disability Research* 45(6), 515–520.
35. Parmenter, T. R., Einfeld, S. L., Tonge, B. J., and Dempster, J. A. (1998): *Behavioural and emotional problems in the classroom of children and adolescents with intellectual disability*, *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 23(1), 71–78.
36. Pearson, D. A., and Aman, M. G. (1994): Ratings of hyperactivity and developmental indices: Should clinicians correct for developmental level?, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24(4), 395–411.
37. Sagvolden, T., Aase, H., Johansen, E. B., and Russell, V. A. (2005): A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes, *Behavioral and Brain Sciences* 28(3), 397–468.
38. Seager, M.C., and O'Brien, G. (2003): *Attention deficit hyperactivity disorder: review of ADHD in learning disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation [DC-LD] criteria for diagnosis*, *Journal of Intellectual Disability Research* 47(Suppl. 1), 26–31.
39. Strømme, P., and Diseth, T.H. (2000): *Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study*, *Developmental Medicine & Child Neurology* 42, 266–270.
40. Symons, F. J., Sutton, K. A., and Bodfish, J. W. (2001): *Preliminary Study of Altered Skin Temperature at Body Sites Associated With Self-Injurious Behavior in Adults Who Have Developmental Disabilities*, *American Journal on Mental Retardation* 106(4), 336–34.
41. Taylor, J. L. (2002): *A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability*, *Journal of Intellectual Disability Research* 46(Suppl. 1), 55–73.

# BEHAVIORAL AND EMOTIONAL PROBLEMS OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

*Branislav Brojčin, Nenad Glumbić, Ivona Milačić-Vidojević*  
University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation

## *Summary*

Behavioral problems are quite common among persons with intellectual disability (ID). However, these problems are not easily defined because they depend on perception of the surrounding. Persons with ID who manifest behavioral problems are more likely to be institutionalized in psychiatric institutions. It is estimated that persons with ID are three to four times more likely than typical population to have psychopathological disorders. In addition, it is believed that 30% to 60% of children and adolescents with ID also have behavioral disorders.

This article deals with relationship between behavioral-emotional problems and the level of intellectual functioning, age, educational setting and epilepsy of the persons with ID. Certain manifestation of these problems such as aggression, self-mutilation, stereotyped behavior, mood disorders and thinking disorders are also discussed.

Key words: behavioral and emotional problems, intellectual disability, factors