

Mirjana ĐORĐEVIĆ¹
Bojan DUČIĆ
Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

AGRESIVNOST OSOBA SA TEŽIM OBLICIMA INTELEKTUALNE OMETENOSTI

Pored opravdanog straha da će agresivno ponašanje dovesti do fizičkih povreda same osobe koja ispoljava agresiju ili drugih osoba, veliki broj autora je saglasan da ovakvo ponašanje ometa lični razvoj i predstavlja prepreku za društvenu integraciju.

Prelazak iz institucionalnog načina stanovanja u različite oblike stanovanja u društvenoj zajednici, obično za osobe sa težim oblicima intelektualne ometenosti podrazumeva i priliku za poboljšavanje adaptivnih sposobnosti, participiranje u zajednici i ostvarivanje porodičnih i prijateljskih odnosa. Međutim, ostaje otvoreno pitanje, šta se dešava sa problematičnim ponašanjem?

Pregledom istraživanja dolazimo do zaključka da je potrebno sagledati čitav niz faktora koji utiču na pojavu agresivnog ponašanja kod određenog pojedinca, da bismo na osnovu tih podataka odredili koji tip smeštaja i koja vrsta i nivo podrške odgovaraju baš tom pojedincu.

Ključne reči: *problematično ponašanje, intelektualna ometenost*

¹ E-mail: mira.djordjevic81@gmail.com

UVOD

Jedno od važnih pitanja kada je reč o osobama sa IO i smetnjama u razvoju jeste predispozicija za ozbiljne poremećaje u ponašanju. Takvo ponašanje se naziva maladaptivnim, aberantnim, problematičnim (challenging) ili destruktivnim i obično uključuje agresivno, autoagresivno, destruktivno, hiperaktivno, bizarno, neadekvatno socijalno i seksualno ponašanje (Emerson, 2001). Kod osoba sa IO se najčešće manifestuju hiperaktivnost, destruktivnost i agresivnost.

Agresivnost je multifaktorski fenomen koji ima više determinanti i služi različitim ciljevima. Prema Instinktivističkoj teoriji agresivno ponašanje predstavlja urođenu determinantu ljudskog ponašanja, dok prema Frustracionoj teoriji frustracija dovodi do ispoljavanja agresivnog nagona koji se materijalizuje u vidu agresivnog ponašanja. Prema Teoriji socijalnog učenja, neprijatno iskustvo, kao i posredni motivatori, odnosno socijalno naučeni modeli ponašanja dovode do emocionalnog uzbuđenja koje može da se manifestuje u vidu povlačenja, agresivnog ponašanja ili konstruktivnog rešenja problema u zavisnosti od anticipiranih konsekvenci u odnosu na određeni tip odgovora (Bandura, 1983, prema Tomić, 2003). Najšira definicija agresivnosti podrazumeva da je to ponašanje usmereno na nanošenje štete drugoj osobi.

Autoagresivno ponašanje se definiše kao: „nasilni čin usmeren protiv spostvenog tela, bez namere da se izazove smrt“ (Yaryura-Tobats et al., 1995 prema Kress, 2008). Iako je odnos autoagresivnog ponašanja i suicidalnih namera kompleksan, u definisanju samopovređivanja pravi se jasna razlika između ova dva oblika ponašanja. Autoagresivno i drugi oblici agresivnog ponašanja (koje podrazumeva i uništavanje imovine) uobičajeni su problemi osoba sa razvojnim smetnjama.

METOD

Uvid u dostupnu literaturu izvršen je pregledom elektronskih baza podataka (ScienceDirect, ProQuest, SAGE Publishing i EBSCO), dostupnih preko Konzorcijuma biblioteka Srbije za objedinjenu nabavku (KOBSON). Upotrebljene su ključne reči: problematic behaviour, intellectual disability, challenging behaviour, aggressive

behaviour, selfinjury behaviour, deinstitutionalization. Korišćene su i reference iz radova koji su pronađeni na osnovu prethodne pretrage. Pregledom su obuhvaćeni radovi koji se odnose na agresivno i autoagresivno ponašanje osoba sa IO, deinstitutionalizaciju i neke od oblika tretmana problematičnog ponašanja.

Agresivnost kod osoba sa IO

Kod institucionalizovanih odraslih osoba sa IO nivo agresivnog ponašanja je visok (Linaker, 1998; Bruininks et al., 1994, prema Antonacci et al., 2008). Najučestaliji vid ispada u ponašanju u populaciji osoba sa IO se manifestuje u vidu negativizma, tantruma, uznemirenosti, vrištanja, bežanja, hiperaktivnog ponašanja, krađa, skidanja odeće, neadekvatnog seksualnog ponašanja, prljanja, agresivnog, destruktivnog ponašanja i samopovređivanja.

U populaciji osoba sa težim oblicima IO, najveću prevalencu u kategoriji problematičnog ponašanja ima fizička agresija (šamaranje, bacanje predmeta, udaranje, uništavanje okruženja, guranje, čupanje za kosu...) (Adams & Allen, 2001).

Kroker sa saradnicima tvrdi da verbalna agresija predstavlja najučestaliju formu problematičnog ponašanja u celokupnoj populaciji osoba sa IO, ali ovaj zaključak se ne može generalizovati na pojedinačne kategorije IO, pa je tako populacija osoba sa lakom i umerenom IO sklonija verbalnoj agresiji, za razliku od populacije osoba sa težom IO, kod koje su najzastupljenije forme fizičke agresije (Crocker et al., 2006).

Samopovređivanje se češće javlja kod osoba sa težim kognitivnim smetnjama, smanjenom pokretljivošću, nižim nivoom veština samoposluživanja, težim oštećenjima sluha, učestalim stereotipnim pokretima i slabije razvijenim komunikacionim veštinama (Emerson et al., 1999, prema Antonacci et al., 2008).

Pored straha da će poremećaj u ponašanju dovesti do fizičkih povreda same osobe koja ispoljava agresiju ili drugih osoba, ovakvo ponašanje ometa lični razvoj i predstavlja prepreku za društvenu integraciju.

Agresivno ponašanje opterećuje odnos između inividue kojoj se pruža podrška i osoblja koje je angažovano na pružanju podrške ili članova porodice (Jahoda et al., 2005; Hare et al., 2004 prema Antonacci et al., 2008). Kod osoba koje ispoljavaju agresivno

ponašanje postoji povećan rizik od fizičkog ograničavanja, prekomerne upotrebe medikamenata namenjenih kontroli ponašanja, ukidanja servisa i zlostavljanja (Antonacci et al., 2008).

U istraživanju Sturmija i sar. (Sturmey et al., 2005) formirane su dve grupe osoba sa IO koje borave u institucionalnom smeštaju. Eksperimentalnu grupu učinili korisnicima koji su prema dokumentaciji ustanove u poslednjih 12 meseci bili fiksirani usled neadekvatnog ponašanja - 52 osobe. Kontrolnu grupu su činila 52 korisnika koji su po polu, uzrastu, nivou IO odgovarali eksperimentalnoj grupi, s tom razlikom da u poslednjih 12 meseci nisu bili fiksirani. Većinu uzorka čine osobe sa težom IO (43 u eksperimentalnoj i 46 u kontrolnoj grupi). Utvrđeno je da eksperimentalna grupa ima viši skor na proceni psihopatološkog i maladaptivnog ponašanja, kao i na proceni nivoa anksioznosti, pervazivnih poremećaja, šizofrenije, stereotipija i kontrole impulsivnog ponašanja. Procenom je ustanovljeno da su korisnici koji su češće fiksirani imali više skorove u oblasti iritabilnosti, stereotipija i hiperaktivnog ponašanja.

Kao najbolji način identifikovanja osoba čije se ponašanje mora obuzdati fiksiranjem pokazale su se subskale kontrole impulsa i eliminacionog ponašanja u okviru Dijagnostičke procene za osobe sa težim oblicima hendikepa (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped, DASH-II) i skor Iritabilnosti u okviru Čekliste aberantnog ponašanja (Aberrant Behavior Checklist, ABC). Primena ove tri supskale u identifikovanju osoba sa IO koje zadovoljavaju selekzione kriterijume za eksperimentalnu grupu pokazala se uspešnom u 70% slučajeva (Sturmey et al., 2005).

Iako osobe sa težim poremećajem u ponašanju predstavljaju manjinu u okviru populacije osoba sa IO i razvojnim poremećajima, troškovi obezbeđivanja bihevioralne i druge specijalizovane podrške su disproporcionalno visoki (Rojahn et al., 2001).

Prema procenama u SAD najmanje 35 000 osoba pokazuje ozbiljne poremećaje u ponašanju (Schroeder et al., 1991, prema Rojahn et al., 2001), a više od 20 000 ovih osoba se nalazi u institucijama (Anderson et al., 1999, prema Rojahn et al., 2001).

Uzroci agresivnog ponašanja

Bilo da su osobe se težim oblicima IO korisnici institucionalnog smeštaja ili da stanuju uz podršku u društvenoj zajednici, neophodno je sagledati čitav niz faktora koji utiču na pojavu agresivnog ponašanja kod određenog pojedinca da bismo na osnovu tih podataka odredili koji tip smeštaja i uz koju vrstu i nivo podrške odgovara baš tom pojedincu.

Nema puno istraživačkih studija čiji je predmet proučavanja problematično ponašanje osoba sa težim oblicima IO, ali one malo-brojne ukazuju na to da postoje značajne različitosti u odnosu na opštu i populaciju osoba sa lakšim oblicima IO, u pogledu prevalencije i uticaja određenih faktora na pojavu i ispoljavanje agresivnog ponašanja (Chadwick et al., 2000). Emocionalni i bihejvioralni problemi nisu retka pojava kod dece i odraslih sa težim oblicima IO (Chadwick et al, 2008).

Često se dešava da stručnjaci imaju poteškoće pri diferencijalnoj dijagnozi, odnosno da ih forme maladaptivnog ponašanja kod osoba sa težim oblicima IO, navedu na razmišljanje o autističkom poremećaju. Simptomi kao što su napadi besa, agresivnost i samopovređivanje predstavljaju oblike problematičnog ponašanja koji se javljaju kao reakcije osoba sa težim oblicima IO na nepovoljne okolnosti (Došen, 2005). Ne sme se prevideti ni mogućnost ispoljavanja atipičnih simptoma depresije u populaciji osoba sa nižim nivoima funkcionisanja, koji se manifestuju u vidu iritabilnog, samopovređujućeg i agresivnog ponašanja (Ross & Oliver, 2002).

U istraživanju u kom je uzorak činilo 87 osoba sa IO koje žive u institucionalnom smeštaju, uzrasta od 13 do 76 godina, selekcija je vršena na osnovu tri kriterijuma: 1.) intelektualni nivo u opsegu od lake IO do graničnih stanja inteligencije; 2.) boravak u ustanovi u poslednja tri meseca; 3.) kontinuirano ispoljavanje težih oblika agresivnog ponašanja u poslednja tri meseca.

Agresivno ponašanje je definisano kao bilo koji oblik verbalnog ili fizičkog ponašanja usmeren protiv druge osobe koji ima za svrhu fizičku ili psihološku pretnju toj osobi i/ili oštećenje imovine. Agresivnim se smatra ponašanje koje ima takav intenzitet, učestalost ili trajanje da ozbiljno ugrožava fizičku bezbednost osobe ili osoba

i/ili se agresivnim ponašanjem smatra ponašanje koje ozbiljno ograničava socijalno funkcionisanje.

Informacije je pružalo osoblje koje je u direktnom kontaktu sa određenim štićenicima u poslednja tri meseca popunjavalo upitnike kojim se dobijaju demografski podaci i upitnika „*Pitanja o bihevioralnom funkcionisanju*“ (*Questions About Behavioral Function*, QABF, Matson et al., 1995).

Autori na osnovu dobijenih rezultata zaključuju da kod većine ispitanika (oko 78%) agresivno ponašanje ima primarno socijalnu funkciju (bežanje, izbegavanje, privlačenje pažnje, dodirivanje), dok kod manjeg broja ispitanika poreklo agresivnog ponašanja nema direktnu vezu sa socijalnim motivima (fizička neprijatnost, autostimulacija). Ovakav zaključak povezanosti agresivnog ponašanja sa socijalnim podsticajima, koji podrazumeva da se agresivnim ponašanjem dolazi do željenog objekta, aktivnosti ili pažnje ili se agresivno ponašanje koristi u svrhu izbegavanja dužnosti i određenih zadataka predstavlja važan podatak za osmišljavanje efikasnog bihevioralnog tretmana (Embregts et al., 2009).

Hemings je sa saradnicima ispitivao postojanje povezanosti između psihijatrijskih simptoma i poremećaja ponašanja kod osoba sa IO. Dobijenim rezultatima se ukazuje da su agresivno i autoagresivno ponašanje često povezani sa afektivnim poremećajima. Autori navode da određeni simptomi mogu biti prediktori nekih od oblika problematičnog ponašanja, npr. gubitak snage i energije može nagovestiti pojavu tantruma, destruktivnog ponašanja, agresije i samopovređivanja. Gubitak apetita je povezan sa autoagresivnim ispadima; poremećaj spavanja sa destruktivnim, agresivnim i autoagresivnim oblicima ponašanja, itd. (Hemmings et al., 2006).

Agresivno ponašanje i destruktivni ispadi su rezultat prethodnog niza događaja koji odslikavaju biomedicinske (medicinske, psihijatrijske, neuropsihijatrijske, genetičke) i psihološke odlike ličnosti u njihovoj interakciji sa socijalnom i fizičkom okolinom (Gardner, 2007).

Lauri i sar., kao i Sovner i sar. pružaju opise mogućeg uticaja anksioznosti, iritabilnosti, promenljivosti raspoloženja i načina na koji ovi fenomeni interaguju sa specifičnostima socijalnog okruženja i utiču na pojavu agresivnog ponašanja i samopovređivanja (Lowry et al., 1992, Sovner et al., 1993, sve prema Gardner, 2007). Primećeno

je da se poremećaj raspoloženja kod osoba sa IO manifestuje kroz problematično ponašanje u zavisnosti od različitih podsticaja od strane osoblja. Ako je osoba disforična, podsticaji koje pruža osoblje izazivaju problematično ponašanje, iako su ovi podsticaji usmereni na motivisanje osobe da se uključi u aktivnosti u kojima u uobičajenim okolnostima uživa. Tokom perioda hipomanije, podsticaji usmereni na smirivanje, usporavanje aktivnosti osobe, kao i na fokusiranje njene pažnje, izazivaju ispade u ponašanju (Gardner, 2007).

Siouris i sar. (Tsiouris et al., 2001 prema Gardner, 2007) u opisu niza događaja koji uzrokuju agresivno ponašanje i poremećaje raspoloženja, kod osoba sa težom IO ističe da je uobičajeno da je agresija usmerena ka bučnim korisnicima koji narušavaju izolovanost drugih. Takođe je usmerena ka osoblju koje tera korisnike da obavljaju različite poslove, npr. da se pripreme za rad ujutro ili da učestvuju u aktivnostima u kojima su u prethodnom periodu uživali. Tako distruptivno ponašanje predstavlja krajnji rezultat uticaja interakcije stanja u kom se trenutno nalazi osoba sa IO i specifičnih sredinskih uticaja.

Agresivnost i distruptivno ponašanje zavise od sekvencijalnog niza kontrolisanih uslova. Agresivni ispadi se događaju pod specifičnim okolnostima čija priroda varira u zavisnosti od individue. Iste okolnosti mogu u određenom slučaju da isprovociraju ispad u ponašanju ili da budu podsticaj za funkcionalno reagovanje.

Tretman agresivnog ponašanja

Ne postoji univerzalni tretman agresivnog ponašanja. Nijedan pristup posmatran izolovano ne pruža adekvatnu integraciju multiplih biomedicinskih, psiholoških i sredinskih uslova koji kod određene osobe mogu uticati na težinu, varijabilnost i na vreme trajanja agresivnog odgovora (Gardner, 2007). Bira se ona vrsta intervencije koja odgovara kontrolisanim uslovima čiji se uticaj odražava na ponašanje osobe, na nivo težine poremećaja, varijacije u manifestovanju, učestalosti i intenzitetu javljanja agresivnog ponašanja u određenom vremenskom periodu, kao i na postojanost i snagu agresivnog odgovora (Matson & Duncan, 1997, prema Gardner, 2007).

Primenjena bihejvioralna analiza može predstavljati efikasan pristup ako se aberantno socijalno ili fizičko okruženje koje utiče na ponašanje osobe, kao i stanje za koje se predpostavlja da utiče na kontrolu agresivnog odgovora te osobe, procenjuje primenom primenjene bihajvioralne analize i ako se u skladu s tom procenom realizuje odgovarajuća intervencija.

Informacija dobijena funkcionalnom analizom kontrolisanih uslova biće dopunjena dodatnim informacijama koje se odnose na alternativne veštine i motive koji mogu zameniti ili nadvladati reakcije i motive koji se nalaze u osnovi agresivnog ponašanja. Kad postoje brojni sredinski, biomedicinski i psihološki uslovi za koje je procenjeno da utiču na agresivno ponašanje, optimalni program intervencije mora obuhvatiti sve relevantne faktore (Gardner, 2007).

Potrebno je naglasiti da su istraživanja upotrebe sistema bihejvioralne terapije u radu sa osobama sa IO još uvek ograničenog obima (Cullen, 1996; O'Donohue & Krasner, 1995, prema Gardner, 2007).

Faktor multivarijantne analize koji predstavlja najbolji prediktor prisustva težih poremećaja u ponašanju jeste dijagnoza poremećaja ličnosti. Grupa autora je potvrdila da agresivno i buntovničko ponašanje procenjeno Skalom za skrining maladaptivnog ponašanja je učestalije kod osoba sa IO koje su imale i poremećaj ličnosti. Iako se dijagnoza poremećaja ličnosti kod osoba sa IO smatra kontroverznom, postoji pretpostavka da poremećaj ličnosti ostaje često neprepoznat kod osoba sa IO kod kojih postoji i poremećaj ponašanja (Hemmings et al., 2008).

Odnos tipa smeštaja i agresivnosti osoba sa težim oblicima IO

Dugo se briga za osobe sa IO izjednačavala sa omogućavanjem tim osobama da zadovolje svoje osnovne potrebe. Usled toga, terapeuti nisu mnogo obraćali pažnju na ispade u ponašanju osoba sa IO, smatrajući ih sastavnim delom njihove kliničke slike (Došen, 2005), što je za posledicu imalo nedovoljnu brigu o mentalnom zdravlju osoba sa IO.

Prelazak iz institucionalnog načina stanovanja u različite oblike stanovanja u društvenoj zajednici obično za osobe sa IO

podrazumeva i priliku za poboljšavanje adaptivnih sposobnosti, participiranje u zajednici i ostvarivanje boljih porodičnih i prijateljskih odnosa. Ostaje otvoreno pitanje: šta se dešava sa problematičnim ponašanjem? Da li se i na koji način to ponašanje menja u populaciji osoba sa težim oblicima ometenosti? Deinstitutionalizacija ne znači nužno i smanjenje nivoa agresivnosti i agresivno ponašanje može da se nastavi ili čak da se prvi put pojavi nakon što osoba promeni okruženje, odnosno pređe da živi u okviru društvene zajednice. Kontinuirana agresija u tom novom okruženju predstavlja faktor rizika za hospitalizaciju i-ili reinstitucionalizaciju (Antonacci et al., 2008).

Primećeno je da i u okviru društvene zajednice postoje razlike u odnosu na tip smeštaja i prevalentnost problematičnog ponašanja. Tako osobe koje žive u grupnom smeštaju u zajednici, češće će ispoljavati sve forme agresivnog ponašanja (samopovređujuće, uništavanje imovine, fizičko, verbalno i seksualno agresivno ponašanje) od osoba sa IO koje žive u porodici ili nezavisno (Crocker et al., 2006).

Grupa autora pratila je pedeset jednog korisnika tokom šest meseci u institucionalnom smeštaju, a zatim godinu nakon njihovog premeštanja u društvenu zajednicu. Uzorak su činile osobe pretežno muškog pola (73%), a kada je u pitanju nivo intelektualne ometenosti, 69% su bile osobe sa dubokom IO, 22% sa teškom IO, 6% sa umerenom IO i samo 2% uzorka činile su osobe sa lakom IO. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da deinstitutionalizacija deluje povoljno na poboljšavanje obrazaca ponašanja kod osoba sa IO, tj. da su svi oblici agresivnog ponašanja umanjeni kod 80% ispitanika, a da je do pogoršanja došlo kod svega 2% ispitanika. Ograničenje ove studije se ogleda u nedovoljno velikom uzorku i nepostojanju kontrolne grupe (Bhaumik et al., 2009).

Postavlja se pitanje faktora koji deluju u situacijama kada agresivno ponašanje nije postojalo tokom života u instituciji, a zatim se pri procesu deinstitutionalizacije pojavi i nastavlja. U longitudinalnoj studiji, Nottestad i Linaker (Nottestad & Linaker, 2002), prate sto devet ispitanika, od 1987. godine do 1995., odnosno obuhvataju period njihovog boravka u instituciji i van nje. Autori su konstatovali da postoji porast agresivnog ponašanja među ispitanicima. Njih 41% je ispoljavalo fizičku agresiju u instituciji, a 57% je bilo agresivno nakon deinstitutionalizacije. Tragajući za

uzrocima, napravili su poduzorak, sačinjen od dve grupe. Grupu A činili su oni ispitanici koji 1987. godine nisu ispoljavali nikakve znake fizičke agresije usmerene ka drugima, a tokom 1995. su takvi ispadi bili prisutni. U grupi B bili su ispitanici koji nisu pokazivali agresivno ponašanje ni tokom boravka u instituciji ni van nje. Grupu A je činilo 20% ispitanika, a grupu B 35%. Uzorak je sadržao 20% sa dubokom IO, 55% osoba sa teškom IO, 21% sa umerenom IO i 4% sa lakom IO. Izvesno je da je taj period od devet godina dugačak i da je u njemu, osim deinstitutionalizacije, verovatno došlo do uticaja i drugih faktora koji mogu doprineti razvoju agresije, kao što su lična iskustva i događaji, individualne osobine i karakteristike osobe, kao i kombinacija ovih elemenata. Kao osnovni prediktor pojave fizičke agresije, izdvojilo se samopovređujuće ponašanje. Ispostavilo se da su se grupa A i B u samom početku razlikovale po stepenu prisustva autoagresivnog ponašanja i da se ono dovodi u direktnu vezu sa razvijanjem fizičke agresije (Nottestad & Linaker, 2002).

Emerson i sar. (Emerson et al., 1999, prema Antonacci et al., 2008) i Kroker i saradnici, ističu da postoji povećana frekventnost ispoljavanja problematičnog ponašanja kod mlađih muškaraca koji žive u rezidencijalnom smeštaju pod visokim nivoom nadzora u odnosu na odrasle starije od pedeset godina koji žive u manje restriktivnom okruženju u zajednici. Bitno je pomenuti da je sama starosna dob u negativnoj korelaciji sa agresivnim ponašanjem usmerenim ka imovini, seksualnim agresivnim ponašanjem i fizičkom agresijom. Kada je u pitanju ženski pol, nije pronađena statistički značajna razlika između ispoljavanja agresivnog ponašanja i starosne dobi (Crocker et al., 2006). Često se ističe kako poremaćaji u ponašanju kod osoba sa IO svoj maksimum dosežu u kasnoj adolescenciji i da su manje prisutni kod odraslih osoba. Adams i Alen, u jednom istraživanju otkrivaju da je najveća učestalost problematičnog ponašanja kod osoba sa IO u periodu između desete i osamnaeste godine (Adams & Allen, 2001).

Grupisanje osoba sličnog nivoa funkcionisanja, sličnih karakteristika, u rezidencijalnom smeštaju može imati negativne posledice na nivo podrške koja im je pružena. Iako je u zaštićenom stanovanju način pružanja podrške osobama sa IO znatno poboljšan, još uvek je prisutan princip grupisanja osoba sličnih karakteristika da bi se lakše obezbedili određeni servisi podrške. Da li i u stanovanju u zajednici tzv. funkcionalno grupisanje

podrazumeva i niži nivo usluga odnosno podrške osobama sa IO, tema je istraživanja Mansel i sar. (Mansell et al., 2003) u kom se domovi u kojima više od tri četvrtine korisnika dele određene karakteristike smatraju domovima koji su koncipirani po principu funkcionalnog grupisanja, a domovi u kojima je niža proporcija zajedničkih karakteristika smatrani su domovima sa mešovitim tipom organizacije.

Uzorak su činili korisnici 68 domova koji su podeljeni u dve grupe na osnovu rezultata procena adaptivnog ponašanja Skalom adaptivnog ponašanja američke asocijacije za mentalnu retardaciju (American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scale Part 1 ABS, Nihira, Leland, & Lambert, 1993).

Ponašanje je procenjeno na osnovu teškoća koje ima osoblje u njegovom suzbijanju odnosno preusmeravanju. Tako se težim ispadima smatra ponašanje usled kog osoblje mora da interveniše, koje uznemiri i druge korisnike, koje se odražava na ukupnu atmosferu i međuljudske odnose i koje je neprihvatljivo za javnost. Lakšim ispadima se smatraju ona ponašanja koja se kontrolišu u poznatom okruženju, ali koja bi se javila kao teži ispadi u ponašanju ukoliko bi došlo do promene sredine. Procenjeno je da kod 31% korisnika postoje lakši problemi u regulisanju ponašanja, da kod 12% postoje potencijalno teži problemi, a 34% ispoljava teže probleme u ponašanju. Sve informacije dobijene su od osoblja koje pruža podršku korisnicima domova za stanovanje u zajednici, a dodatni podaci dobijeni su neposrednim posmatranjem 3 do 4 sata nakon obroka jer autori smatraju da u ovom periodu najbolje može da se posmatra način na koji osoblje pruža podršku.

Rezultati su pokazali da osoblje pruža manju podršku osobama koje žive u domovima u kojima dve trećine korisnika ima teže poremećaje u ponašanju. Posebno se izdvajaju četiri aspekta u kojima je nivo podrške niži u odnosu na podršku osobama u domovima sa mešovitom strukturom korisnika: ljudska toplina, pomoć osoblja, podsticanje govora i timski rad osoblja. Potrebno je naglasiti da nisu uočene bitne razlike vezane za okruženje i druge karakteristike korisnika koje bi eventualno uticale na nivo pružene podrške (Mansell et al., 2003). Prilikom deinstitucionalizacije neophodno je prednost dati formiranju heterogenih grupa korisnika, dok grupisanje korisnika sa poremećajima u ponašanju dovodi do nižeg nivoa podrške u odnosu na potreban.

U istraživanju agresivnosti korisnika institucionalnog smeštaja sa težim oblicima IO koje su realizovali Bim i sar. (Bim et al., 1998) učestvovalo je 170 osoba sa teškom i dubokom IO od 650 koliko ih je smešteno u instituciju u kojoj je vršeno istraživanje. Uzorkom su obuhvaćeni ispitanici starosti od 8 do 56 godina starosti.

U odnosu na kompletan uzorak utvrđeno je da je 11% uzorka uključeno u bihejvioralne programe za tretman agresivnog ponašanja i da je 12% uzorka imalo značajne agresivne ispade u toku proteklih mesec dana. Ovo agresivno ponašanje bilo je uglavnom usmereno ka drugim korisnicima.

Osobe kod kojih je registrovano agresivno ponašanje putem opisa određenih incidenata, nisu toliko sklone samopovređivanju. Ipak, pomoću pisanih izveštaja možemo zaključiti da postoji pozitivan odnos između agresivnog ponašanja i autoagresije, kao i agresivnog ponašanja i stereotipija (Davidson et al., 1996). Žene su jednako ispoljavale agresiju kao i muškarci. Najverovatnije da na ovom nivou funkcionisanja kulturološki i biološki činioci koji utiču na agresivno ponašanje ne dolaze do izražaja.

Autori navode da ovim istraživanjem nije potvrđena hipoteza da su niži nivoi funkcionisanja i slabije razvijene komunikacione sposobnosti u vezi sa višim nivoom agresivnog ponašanja.

Najpouzdaniju prediktivnu vrednost agresivnog ponašanja imala je Rajsova skala (RSDP), koja sadrži ajteme kojim se procenjuju anksioznost, zahtevanje pažnje, fizički stres, tužakanje i zavisnost.

Grupa autora je istraživala koliko je povređivanje prisutno u populaciji osoba sa IO i čime ono može biti izazvano. Uzorak je sastavljen od 331 osobe, koje su stanovale u dva tipa institucija, većim, sa prosečnim brojem korisnika 240 i onim manjim u kojima je živelo po 20 korisnika. Uzrast ispitanika se kretao od 31 do 88 godina, 68% su bile osobe sa teškom i dubokom IO. Autori ove studije su zaključili da su povrede koje su zahtevale medicinsku intervenciju, u proteklih godinu dana, prisutne kod 11% ispitanika. Polovina povređivanja bila je u vezi sa različitim vidovima padanja, gubitka oslonca i motorne nespretnosti. Kod 3% ispitanika, došlo je do povreda izazvanih agresivnim ponašanjem drugih korisnika. Istraživači su ovu vrstu povreda doveli u vezu sa adaptivnim sposobnostima, destruktivnim ponašanjem i fizičkim zdravljem osobe koja zadobija povrede. U ovom istraživanju nije pronađena korelacija između kapaciteta smeštaja u kom osoba stanuje i pojave povređivanja (Hsiesh et al.,

2001). Na osnovu ovih dokaza ne možemo pouzdano tvrditi koliko se često javljaju agresivna ponašanja usmerena ka drugima u populaciji osoba sa IO jer nas dobijeni podaci usmeravaju samo na najteže forme povređivanja, koje zahtevaju medicinsko saniranje i intervenciju. Ostaje otvoreno pitanje da li i koliko su prisutne lakše forme fizičke agresije u rezidencijalnim uslovima i da li su one povezane sa brojem korisnika ustanove?

Autoagresivnost

Mnogi autori koji se bave istraživanjem agresivnosti osoba sa IO, proučavaju autoagresivnost kao poseban oblik agresivnog ponašanja koji odlikuju određene specifičnosti u odnosu na heteroagresivno ponašanje.

Samopovređivanje je obično tretirano kao poseban oblik ponašanja nezavisan od drugih oblika ispada u ponašanju (Bodfish & Lewis, 2002 prema Matson et al., 2008). Nekoliko autora ističe povezanost samopovređivanja i drugih oblika maladaptivnog ponašanja (Bihm & Poindexter, 1991; Sigafos et al., 1994; Collacott et al., 1998 sve prema Matson et al., 2008). U istraživanju ponašanja osoba sa IO pre deinstitucionalizacije i nakon nje Notstad i Linker (Nottestad and Linaker, 2002 prema Matson et al., 2008) zaključuju da je samopovređivanje značajan prediktor agresivnog ponašanja u zajednici.

Samopovređivanje predstavlja izazov za roditelje, profesionalce i osoblje koje se neposredno stara o osobama sa IO. Kako u institucionalnom smeštaju tako i u društvenoj zajednici prevencija autoagresivnog ponašanja zahteva određena finansijska sredstva, protektivnu opremu i posebno angažovanje osoblja (jedan na jedan). Utvrđena je značajna povezanost samopovređivanja i maladaptivnog ponašanja, kao i povezanost samopovređivanja i fizičke agresije, uništavanja imovine, stereotipija i neadekvatnog seksualnog ponašanja.

Iritabilnost može biti prediktor samopovređivanja kod osoba sa teškom i dubokom IO, što upućuje na neophodnost skrininga maladaptivnog ponašanja kod ove populacije, koji se može realizovati upotrebom čeklista kao što je Čeklista aberantnog ponašanja. Kod osoba sa povišenom iritabilnošću, koja je utvrđena primenom odgovarajuće subskale mora biti dodatno izvršena i

procena sklonosti ka samopovređivanju. Ajtemi na subskali za procenu iritabilnosti povezani sa samopovređivanjem i obuhvataju namerno povređivanje sopstvenog tela, nameru samopovređivanja i fizičko nasilje usmereno ka sebi (Matson et al., 2008).

U istraživanju koje su sprovedeli Matson i sar. učestvovala su 202 korisnika smeštena u razvojni centar u Luizijani. Polna struktura uzorka je ujednačena (101 ženski pol, 101 muški pol), obuhvaćena je životna dob od 19 do 68 godina i nivo teške u duboke IO (14 ispitanika sa teškom i 188 sa dubokom IO).

Tim koji su činila dva psihologa i dva psihijatra oformio je eksperimentalnu grupu koju su činili korisnici kod kojih je identifikovana sklonost ka samopovređivanju. Kontrolnu grupu su činile osobe kod kojih nije uočeno autoagresivno ponašanje. Obe grupe su, koliko je bilo moguće, ujednačene prema nivou IO, polu i godinama starosti (sa odstupanjem od 10 godina).

Podaci su prikupljeni korišćenjem Čekliste aberantnog ponašanja. Informacije je putem intervjua davalo osoblje koje je ispunilo uslov da direktno radi sa određenom osobom sa IO minimum šest meseci pre davanja informacija o toj osobi.

Na osnovu rezultata ovog istraživanja autori zaključuju da bi se u kliničkom radu (pre svega proceni) moralo uzeti u obzir šire područje procene i tretmana koje neće biti usmereno samo na autoagresivno ponašanje već i na druge maladaptivne oblike ponašanja koji se javljaju zajedno sa samopovređivanjem. Autoagresivno ponašanje predstavlja kompleksan poremećaj koji uključuje i druge vrste ponašanja koje se javljaju uporedo sa samopovređivanjem: fizičku agresivnost, uništavanje imovine i seksualno neadekvatno ponašanje (Matson et al., 2008).

Samopovređivanje je težak i hroničan oblik aberantnog ponašanja koje predstavlja ozbiljan rizik za osobu sa IO (Iwata et al., 1982, prema Matson et al., 2008). Smatra se da je samopovređivanje učestalije na mlađem uzrastu mada ove pretpostavke nisu potvrđene u svim istraživanjima. Tejt i Barof (Tate and Baroff, 1966, prema Matson et al., 2008) definišu samopovređivanje kao ponašanje koje prouzrokuje povrede na telu osobe. Samopovređivanje za ishod ima fizičku povredu i medicinske komplikacije uključujući i trajno oštećenje tkiva, lom kostiju, kidanje tkiva i, u najtežim slučajevima, smrt (Yang, 2003, prema Matson et al., 2008). Samopovređivanje je često oblik ponašanja koji je prisutan tokom celog života osobe,

od detinjstva do odraslog doba (Schroeder, 1996, prema Matson et al., 2008). Najčešće forme samopovređivanja su udaranje glavom, ujedanje i grebanje (Rojahn et al., 1994, prema Matson et al., 2008). Samopovređivanje se često javlja kod osoba sa IO (Griffin et al., 1986, prema Matson et al., 2008).

U jednoj od studija MekKlintok, potvrđuje da su osobe sa teškom ili dubokom IO sklonije samopovređivanju (što ne uključuje i agresivno ponašanje) u odnosu na osobe sa lakom i umerenom IO (McClintock et al., 2003 prema Hemmings et al., 2008).

Bihevioralni tretman zasnovan na funkcionalnoj analizi doprinese smanjivanju učestalosti pojave samopovređivanja (Pelios et al., 1999, prema Matson et al., 2008). Različito podsticanje alternativnih oblika ponašanja, prekid agresivnog odgovora i prevencija takvog ponašanja, kao i trening u oblasti socijalnih veština i komunikacije autori smatraju efikasnim u smanjenju pojave samopovređivanja (Rush & Frances, 2000, prema Matson et al., 2008). Sredina obogaćena stimulusima koji su empirijskim putem identifikovani, a koje korisnik preferira smanjuje učestalost autoagresivnog ponašanja (Lindauer et al., 1999, prema Matson et al., 2008). Farmakološki tretman samopovređivanja podrazumeva primenu antipsihotika, olanzapina, ketiapina, i risperidona (Aman & Madrid, 1999, prema Matson et al., 2008).

Anderson i Ernst (Anderson and Ernst, 1994, prema Matson et al., 2008) ističu da se benzodijazepini, neuroleptici, anti-depresivi, hloralhidrati i antikonvulzivi često koriste za kontrolu samopovređivanja, kao i da je Klozepin efikasan u redukovanju samopovređivanja i agresivnog ponašanja kod osoba sa teškom IO kod kojih druge vrste medikamenata ne daju rezultate (Aman & Madrid, 1999, prema Matson et al., 2008).

Bitler (Buitelaar 1993, prema Matson et al., 2008) preporučuje oprez u korišćenju psihotropika u tretmanu autoagresivnog ponašanja jer njihovo sedativno dejstvo umanjuje kognitivne i fizičke sposobnosti i ima dugoročne nus pojave. Prolongirana, neadekvatna i isključiva upotreba neuroleptika i sedativa nije preporučljiva u populaciji osoba sa IO. Terapija bi morala da bude kompleksna i usmerena na procese koji su doveli do patološkog stanja. Preporuka može biti integrativna terapija, zasnovana na četiri dimenzije: medikamentnoj, socijalnoj (adaptaciji okoline), razvojnoj (pristup osobi prema njenim osnovnim emocionalnim potrebama i moti-

vaciji) i psihološkoj (podrška osobi u rešavanju problema) (Dosen & Day, 2001).

Pitanje objektivnosti osoblja pri izveštavanju o agresivnom ponašanju

U istraživanju Lambrehtsa i sar. (Lambrechts et al., 2009) učestvovalo je osoblje dvadeset ustanova za osobe sa IO (n =152). Upotrebom upitnika, informacije o istom korisniku su prikupljene u nekim slučajevima od dva, u nekim od tri pripadnika profesionalnog osoblja koje radi direktno sa osobama sa IO. Uslov za davanje informacija o klijentu bio je minimalno šestomesečno iskustvo u radu sa korisnikom o kom se daju informacije. Ovim istraživanjem ukupno je obuhvaćen 51 korisnik. Kod korisnika koji su činili uzorak registrovan je najmanje jedan oblik ispada u ponašanju: samopovređivanje, stereotipno ponašanje, i/ili agresivno destruktivno ponašanje i teška (47,83%) ili duboka (52,17%) IO. Autori su pokušali da odgovore na sledeća pitanja: 1. Da li se izveštaji osoblja o učestalosti ispoljavanja agresivnog ponašanja kod istog korisnika razlikuju? 2. Kojim se činiocima objašnjava varijabilnost izveštaja članova osoblja kada je u pitanju učestalost agresivnog ponašanja istog korisnika?

U ovom istraživanju stereotipna ponašanja su češće registrovana u poređenju sa samopovređivanjem i agresivno-destruktivnim ponašanjem.

Ispostavilo se da nekoliko faktora značajno utiče na varijabilnost u izveštajima osoblja: radno mesto – rukovodioci ređe prijavljuju ispade u ponašanju u odnosu na ostalo osoblje; broj radnih sati – osoblje koje radi puno radno vreme češće prijavljuje agresivno ponašanje korisnika u odnosu na osoblje koje radi skraćeno radno vreme i lično tumačenje uzroka pojave ispada u ponašanju – osoblje koje smatra da je osnovni uzrok u okruženju češće registruje problematično ponašanje korisnika od osoblja koje smatra da je uzrok ovakvog ponašanja vezan za inidividualne karakteristike korisnika.

Iako prema ranijim istraživanjima pol ispitanika nije uticao na učestalost prijavljivanja samopovređivanja korisnika (McGill et al., 2001, prema Lambrechts et al., 2009), u ovom istraživanju se navodi da muškarci sa manjom učestalošću detektuju autoagresivno ponašanje u odnosu na žene.

Kao posledica delovanja opisanih faktora utvrđeno je da se izveštaji osoblja razlikuju prema učestalosti detektovanja ispada u ponašanju, tako da je u realizaciji istraživanja, a i u praksi neophodno dobiti mišljenje nekoliko osoba koje rade sa istim korisnikom, da bi se dobili precizni podaci o problematičnom ponašanju tog korisnika.

Važno je da osoblje bude svesno subjektivnosti u proceni ponašanja i da uzme u obzir uticaj sopstvenih emocionalnih karakteristika i reakcija (Lambrechts et al., 2009).

Nasilje u interakciji osoba sa IO i osoblja

U istraživanju Štranda i sar. (Strand et al., 2003) dobijene su informacije o nasilju osoblja usmerenom ka osobama sa IO, nasilju osoba sa IO usmerenom ka osoblju i o osećanjima osoblja vezanim za situacije nasilja. Uzorak su činila 122 profesionalca koja rade u direktnom kontaktu sa osobama sa IO u ustanovi srednje veličine u kojoj postoji celodnevni smeštaj, kao i dnevni boravak za osobe sa IO. Podaci su dobijeni popunjavanjem upitnika od strane osoblja.

U ovom istraživanju nasilje (zlostavljanje i napad) se definiše kao aktivnost fizičke, psihološke, seksualne ili finansijske prirode koja se opaža i/ili se može opaziti kao povređivanje ili nanošenje štete žrtvi (Saveman et al., 1999, prema Strand et al., 2003). Nasilje takođe uključuje različite tipove zanemarivanja i maltretmana i gradira se prema težini od lakih oblika do teških.

Nešto više od trećine (35%) od 122 ispitanika priznaje da je u toku protekle godine bilo uključeno ili bilo svedok nasilnih incidenata u kojima su odrasle osobe sa IO bile žrtve, dok 14% priznaje da su i sami bili nasilni prema odraslim osobama sa IO tokom protekle godine. Čak 9,76% profesionalaca smatra da se nasilje javlja svakodnevno, a 15,86% prijavljuje fizičko zlostavljanje koje se dešava nekoliko puta mesečno.

Žrtve sa IO su uglavnom muškog pola (80%), uzrasta između dvadeset i trideset godina.

Više od polovine (61%) ispitanog osoblja prijavljuje da je bilo žrtva nasilja odraslih osoba sa IO tokom prošle godine. Petnaest profesionalaca smatra da je svakodnevno izloženo nasilju, a 23 nekoliko puta nedeljno.

Najčešće je prijavljivano fizičko nasilje (80%), a jedna trećina osoblja prijavljuje psihološko nasilje. Do nasilja u najvećem broju slučajeva dolazi kada osoblje pruža pomoć osobama sa IO u svakodnevnim aktivnostima.

Bez obzira na to da li je osoblje nasilno prema korisnicima ili obratno, sam čin nasilja kod osoblja izaziva osećanje bespomoćnosti (33%) ili neadekvatnosti (n= 21%). Mnogi koji su bili svedoci ili i sami učestvovali u situacijama u kojima je prisutno nasilje osećaju sramotu, krivicu, usamljenost ili šok. Oni smatraju da im nedostaje znanje da bi se na odgovarajući način snašli u takvim situacijama (Strand et al., 2003).

UMESTO ZAKLJUČKA

Agresivno ponašanje kao i drugi oblici problematičnih ispada su često rezultat prethodnog niza događaja koji odslikavaju interakciju biomedicinskih i psiholoških odlika ličnosti sa socijalnom i fizičkom okolinom. Stoga se veliki broj autora slaže da zajedno funkcionalna analiza i bihejvioralni tretman predstavljaju efikasan pristup u tretiranju agresivnog ponašanja.

Maladaptivni oblici ponašanja mogu podrazumevati više različitih pojava, kao na primer: fizičku agresivnost, uništavanje imovine, seksualno neadekvatno ponašanje i autoagresivnost (Matson et al., 2008).

Mehanizam ispoljavanja agresivnog i autoagresivnog ponašanja predstavlja kompleksan fenomen i istraživačke studije pokazuju da je moguće povezati tip, odnosno promenu smeštaja sa pojavom i ispoljavanjem neprikladnih obrazaca ponašanja. Istraživači ukazuju na poboljšanje obrazaca ponašanja nakon procesa deinstitucionalizacije (Bhaumik et al., 2009), ali i na mogućnost da se agresivnost prvi put pojavi ili intenzivira po prelasku iz institucije u zajednicu (Nottstedt & Linaher, 2002). Problematično ponašanje se dovodi u vezu sa polom ispitanika, ali i starosnom dobi. Primetno je da su mlađi muškarci smešteni u rezidencijalnim uslovima skloniji agresivnim ispadima u odnosu na starije muškarce i osobe ženskog pola (Crocker et al., 2006).

U istraživanjima, podaci o ispoljavanju agresivnosti kod osoba sa IO najčešće su dobijeni od strane terapeuta koji imaju iskustvo u neposrednom radu sa korisnicima. Da bi informacije bile precizne,

neophodno je intervjuisati više osoba. Važno je da osoblje bude svesno sopstvene subjektivnosti u proceni i da uzme u obzir uticaj svojih emocionalnih karakteristika i reakcija (Lambrechts et al., 2009).

Prema podacima iz SAD-a, od ukupnog broja osoba sa aberantnim oblicima ponašanja, dve trećine njih se nalazi u institucionalnom smeštaju (Anderson et al., 1999, prema Rojahn et al., 2001). U vremenu kada je deinstitutionalizacija svetski trend i kada se od tog procesa očekuje rešenje većine problema osoba sa IO, podaci nalik ovom iz SAD-a mogu biti shvaćeni kao podsticaj za proces deinstitutionalizacije. Međutim, agresivno ponašanje osoba sa težim oblicima IO predstavlja složenu pojavu koja zavisi od velikog broja različitih faktora, od kojih promena smeštaja može biti samo jedan u nizu mnogobrojnih činilaca. Smatramo da je preambiciozno očekivati da će proces prelaska korisnika iz veće u manju grupu nužno rezultirati izostankom ili smanjenjem agresivnog ponašanja. Naprotiv, postoje i sasvim suprotni nalazi, koji ukazuju da se nakon promene tipa smeštaja mogu pojačati ili prvi put pojaviti ispadi u ponašanju. Timovi stručnjaka koji su uključeni u procese deinstitutionalizacije moraju obazrivo pristupiti ovoj problematici, imajući u vidu različitost kliničkih slika svojih korisnika i kompleksnost činilaca koji utiču na pojavu agresivnosti.

LITERATURA

1. Adams, D. & Allen, D. (2001). Assessing the need for reactive behaviour management strategies in children with intellectual disability and severe challenging behaviour, *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 4, pp. 335-343.
2. Antonacci, J. D., Manuel, C., Davis, E. (2008). Diagnosis and Treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities, *Psychiatric Quarterly*, 79, pp. 225-247.
3. Bihm, E., Poindexter, A., Warren, E. (1998). Aggression and Psychopathology in Persons with Severe or Profound Mental Retardation, *Research in Developmental Disabilities*, 19, pp. 423-438.
4. Bhaumik, S., Watson, J.M., Devapriam, J., Raju, L. B., Tin, N. N., Kiani, R., Talbott, L., Parker, R., Moore, L., Majumdar, S.

- K., Ganghadaran, S. K., Dixon, K., Das Gupta, A., Barrett, M. & Tyrer, F. (2009). Aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability following community resettlement, *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 3, pp. 298-302.
5. Chadwick, O., Kusel, Y. & Cuddy, M. (2008). Factors associated with the risk of behaviour problems in adolescents with severe intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 10, pp. 864-876.
 6. Chadwick, O., Piroth, N., Walker, J., Bernard, S. & Taylor, E. (2000). Factors affecting the risk of behaviour problems in children with severe intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 2, pp. 108-123.
 7. Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 9, pp. 652-651.
 8. Dosen, A. & Day, K. (2001). Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation, American Psychiatric Press, Washington.
 9. Došen, A. (2005). Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom, *Medicina*, 42, 101-106.
 10. Embregts, P., Didden, R., Schreuder, N., Huitink, C., Van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Aggressive behavior in individuals with moderate to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility: An evaluation of functional variables, *Research in Developmental Disabilities*, 30, 4, pp. 682-688.
 11. Emerson, E. (2001). Challenging behaviour: analysis and intervention in people with severe learning disabilities - 2nd ed., Chambridge University Press, Chambridge, United Kingdom.
 12. Gardner, I. W. (2007). Aggression in Persons With Intellectual Disabilities and Mental Disorders. in book Jacobson W.J., Mulick A. J., Rojahn J.: Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities, Springer US.
 13. Hemmings, P. C., Tsakanikos E., Underwood L., Holt G., Bouras N. (2008). Clinical predictors of severe behavioural problems in people with intellectual disabilities referred to a specialist mental health service, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43, 10, pp. 824-830.

14. Hemmings, C. P., Gravestock S., Pickard M. & Bouras N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 4, pp. 269-276.
15. Hsieh, K., Heller, T. & Miller, A. B. (2001). Short report. Risk factors for injuries and falls among adults with developmental disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 1, pp.76-82.
16. Kress, E. V. (2008). Non-Suicidal Self-Injury and Motivational Interviewing: Enhancing Readiness for Change, *Journal of Mental Health Counseling*, Vol 30, 4, pp. 311-329.
17. Lambrechts, G., Maes, B. (2009). Analysis of staff reports on the frequency of challenging behaviour in people with severe or profound intellectual disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 30, 5, pp. 863-872.
18. Mansell J., Beadle-Brown J., Macdonald, S., Ashman, B. (2003). Functional grouping in residential homes for people with intellectual disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 24, 3, pp. 170 - 182.
19. Matson, J., Cooper, C., Malone, C., Moskow, S. (2008). The relationship of self-injurious behavior and other maladaptive behaviors among individuals with severe and profound intellectual disability, *Research in Developmental Disabilities*, 29, 2, pp. 141-148.
20. Nøttestad, J.A. & Linaker, O. M. (2002). Predictors for attacks on people after Deinstitutionalization, *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 6, pp. 493-502.
21. Rojahe, J., Matson, L. J., Lott, D., Esbensen, J. A., Smalls, Y. (2001). The Behavior Problems Inventory: An Instrument for the Assessment of Self-Injury, Stereotyped Behavior, and Aggression /Destruction in Individuals With Developmental Disabilities, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 6, pp. 577-588.
22. Ross, E. & Oliver, C. (2002). The relationship between levels of mood, interest and pleasure and 'challenging behaviour' in adults with severe and profound intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 3, pp. 191-197.
23. Strand, M., Benzein, E., Saveman, B. (2004). Violence in the care of adult persons with intellectual disabilities, *Journal of Clinical Nursing*, 13, 4, pp. 506-514.

24. Sturmey, P., Lott J., Laud, R., Matson, J. (2005). Correlates of restraint use in an institutional population: a replication, *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 7, pp. 501 – 506.
25. Tomić, M. (2003). Psihologija agresivnosti, Engram, Beograd.

AGGRESSIVITY IN PERSONS WITH SEVERE INTELLECTUAL DISABILITY

Mirjana Đorđević, Bojan Dučić

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation

Summary

In addition to the justified fear that aggressive behaviour will lead to physical injuries of an aggressive person or other people, many authors agree that such behaviour disturbs personal development and obstructs social integration.

Transfer from institutional to various forms of living in a community, usually for persons with severe intellectual disability, is also a chance to improve adaptive abilities, participate in community life and have family and friendly relations. However, the question remains: what happens with problematic behaviour?

From reviewing research data, one could draw the conclusion that a whole set of factors influencing the occurrence of aggressive behaviour in a certain number of individuals should be taken into account, in order to determine which type of accommodation and which kind and level of support respond to the individual.

Key words: problematic behaviour, intellectual disability

Primljeno: 25. 7. 2010.