

Branislav BROJČIN<sup>1</sup>

Nenad GLUMBIĆ

Univerzitet u Beogradu

Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

## **INTERNALIZOVANI OBLICI PROBLEMATIČNOG PONAŠANJA KOD DECE SA LAKOM INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU ŠKOLSKOG UZRASTA<sup>2</sup>**

*Poremećaji raspoloženja su veoma česti afektivni simptomi među decom sa ometenošću, a čak se i neklinička depresija karakteriše socijalnim povlačenjem i opadanjem samopouzdanja, besom ili autodestruktivnim ponašanjem, kao i opadanjem školskog postignuća.*

*Cilj ovog istraživanja je da utvrdi prevalenciju povišenog ispoljavanja internalizovanih obilka ponašanja kod dece s lakom intelektualnom ometenošću, kao i da sagleda povezanost povišenog ispoljavanja ovog oblika problematičnog ponašanja sa hronološkim uzrastom, polom, koeficijentom inteligencije, razumevanjem govora i govornom produkcijom ispitanika.*

*Supskala za procenu nivoa internalizovanih oblika problematičnog ponašanja, koja je deo nastavničke Skale za ispitivanje problematičnog ponašanja, Sistema za procenu socijalnih veština, primenjena je na 120 ispitanika s lakom intelektualnom ometenošću, uzrasta od 8 do 16 godina.*

*Povišen nivo internalizovanih problematičnih ponašanja pronađen je kod četvrtine ispitanika, dok je statistički značajna povezanost zabeležena samo sa koeficijentom inteligencije.*

*Dobijeni rezultati ukazuju na potrebu identifikacije dece i mladih sa intelektualnom ometenošću koji imaju povišen nivo internalizovanih*

---

1 E-mail: branislav06@gmail.com

2 Članak predstavlja rezultat rada na projektu „Socijalna participacija osoba sa intelektualnom ometenošću”, broj 179017 (2011-2014), čiju realizaciju finansira Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije.

*problema, radi preduzimanja mera u cilju njihovog eliminisanja ili ublažavanja. Takođe se preporučuje razvoj preventivnih programa za jačanje veština potrebnih za rešavanje emocionalnih i socijalnih problema.*

**Ključne reči:** intelektualna ometenost, internalizovani problemi u ponašanju

## UVOD

Poremećaji raspoloženja i anksioznost često se pominju kao internalizovani poremećaji, jer za posledicu imaju emocionalnu zebnju i utučenost (Beirne-Smith et al., 2002). Neklinička depresija ili depresivno raspoloženje 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).

Poremećaji raspoloženja su veoma česti afektivni simptomi među decom sa ometenošću. Istraživanjima je ustanovljeno da se učestalost poremećaja raspoloženja među osobama sa intelektualnom ometenošću (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 et al., 2002). 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 (Heiman, 2001). S druge strane, postoji bojazan nekih autora da se ova stanja često previđaju ili zanemaruju. Najpre, postoji tendencija da se osobama sa IO pripisuju abnormalna ponašanja, što dovodi do „dijagnostičkih potiskivanja”. Osim toga, malo je verovatno da će okruženje osoba sa IO moći da prepozna simptome koji nisu disruptivne prirode. Konačno, internalizovane poremećaje teško je dijagnostikovati kod osoba sa teškim poremećajima komunikacije ili sa moždanim disfunkcijama koje generišu poremećaj raspoloženja (Marston et al., 1997). Ipak, smatra se da su socijalni i kognitivni pro-

cesi koji posreduju u pojavi depresije kod osoba sa IO slični onima kod osoba tipičnog razvoja (Dagnan, Sandhu, 1999).

Poreklo negativnih osećanja može biti u vezi sa samom konstitucijom ličnosti osobe sa IO: sa patologijom koja je u osnovi IO (npr. Prader-Vilijev sindrom i sindrom Fragilnog X hromozoma), kao i sa kognitivnim i komunikacionim teškoćama koje ograničavaju izražavanje osećanja i razumevanje stimulusa koji izazivaju strah. S druge strane su sredinski činioci, poput naučene bespomoćnosti i izbegavanja određenih stimulusa zbog prezaštićenosti, kao i povećana verovatnoća delovanja nepovoljnih faktora u okruženju (npr. trauma, zloupotreba, ograničena socijalna podrška i stimulacija, kontrolisano okruženje) (Ranzon 2001; Stavrakaki, Lunsky 2007, sve prema Ramirez, Luke-nbill, 2008). Činilac koji se u ovom kontekstu razmatra je i odbacivanje od strane drugih, što je praćeno osećanjem socijalne neadekvatnosti i niskim samopouzdanjem, a koji opet vode ka daljem odbacivanju (Baroff, 1991, prema Beirne-Smith et al., 2002). Klarkov i Velsov (Clark, Wells, 1995, prema Dagnan, Jahoda, 2006) model socijalne fobije i anksioznosti pokazuje da mnoge socijalno anksiozne osobe imaju visoke standarde socijalnog postignuća i verovanja o tome kako drugi procenjuju njihov „neuspeh” u postizanju tih standarda. Socijalno anksiozne osobe pretpostavljaju da će drugi videti, interpretirati i negativno oceniti bilo koji znak anksioznosti, zbog čega ulažu veliki napor da prilagode način na koji se predstavljaju u socijalnim situacijama. Ovaj model dobija dodatnu dimenziju kada se primeni na osobe sa IO. Pošto prepoznaju negativnu kulturalnu ocenu njihove ometenosti, javljaju se negativne posledice po njihovo psihološko blagostanje. Stepenn uticaja određen je učestalošću i intenzitetom stigmatizujućih interakcija i individualnom interpretacijom tih događaja. Iako se ovi procesi javljaju i kod drugih osoba, posebno su problematični kod osoba sa IO, jer su negativnoj opštoj oceni izloženi tokom čitavog života i često u ekstremnoj formi, dok je njihova sposobnost da izgrade sopstvenu uspešnu alternativnu prezentaciju umanjena zbog manjka socijalnog uticaja i ograničene intelektualne sposobnosti (Dagnan, Jahoda, 2006).

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 redovna ili specijalna odeljenja, došlo se do sledećeg zaključka: učenici u specijalnim odeljenjima pokazuju viši nivo depresivnosti i usamlje-

niji su od dece u redovnim odeljenjima. Kod obe grupe, depresivnost je bila povezana sa distraktivnošću i usamljenošću. Kod dece u specijalnim odeljenjima ona je bila povezana i sa polom (devojčice su bile depresivnije, što je dobijeno i u jednom ranijem istraživanju (Heiman, Margalit, 1998)) i nižim akademskim postignućem, a u redovnim odeljenjima sa teškoćama u socijalnom prilagođavanju (Heiman, 2001).

Dakle, depresija je češća kod devojčica sa IO, nego kod dečaka sa IO (Heiman, Margalit 1998; Reynolds, Miller 1985, prema Lunskey, 2003) i devojčica tipičnog razvoja (Heiman, Margalit 1985, prema Lunskey, 2003). Kod žena sa IO, depresija je povezana sa izloženošću zlostavljanju, slabom podrškom porodice i nezaposlenošću. Međutim, kod muškaraca sa IO nije potvrđen uticaj ovih faktora na nivo depresivnosti (Lunskey, 2003). Smatra se i da su devojčice depresivnije od dečaka jer su vulnerabilnije i imaju tendenciju da osećanja pokazuju lakše od dečaka (Heiman, 2001).

Inteligencija se takođe razmatra kao faktor koji može imati uticaja na izraženost internalizovanih problematičnih ponašanja kod dece sa IO. Na primer, pronađeno je da depresija, anksioznost i antisocijalna ponašanja imaju veću učestalost kod osoba sa IO višeg nivoa kognitivnog funkcionisanja, dok su psihotična ponašanja usmerena ka sebi i autistička ponašanja prisutnija kod osoba sa nižim koeficijentom inteligencije (Dekker et al., 2002, Einfeld, Tonge, 1996).

### **Cilj istraživanja**

Cilj ovog istraživanja je da utvrdi prevalenciju povišenog ispoljavanja internalizovanih obilka ponašanja kod dece s lakom IO, kao i vezu ispoljavanja ovih obilka problematičnog ponašanja sa hronološkim uzrastom, polom, koeficijentom inteligencije, razumevanjem govora i govornom produkcijom ispitanika.

## METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

### **Uzorak**

Uzorak čini 120 ispitanika s lakom IO (IQ od 50 do 69), hronološkog uzrasta od 8 do 16 godina (po 30 ispitanika u uzrasnim grupama od 8 godina do 9 godina i 11 meseci, od 10 godina do 11 godina i 11 meseci, od 12 godina do 13 godina i 11 meseci i od 14 godina do 15 godina i 11 meseci). Ispitanici su ujednačeni prema polu (28 devojčica i 32 dečaka), a u uzorak nisu uključivana deca s očiglednim neurološkim, senzornim ili višestrukim smetnjama. Svi ispitanici su učenici škola za decu sa lakom IO, koje su smeštene na teritoriji centralnih beogradskih opština.

### **Tehnika i procedura istraživanja**

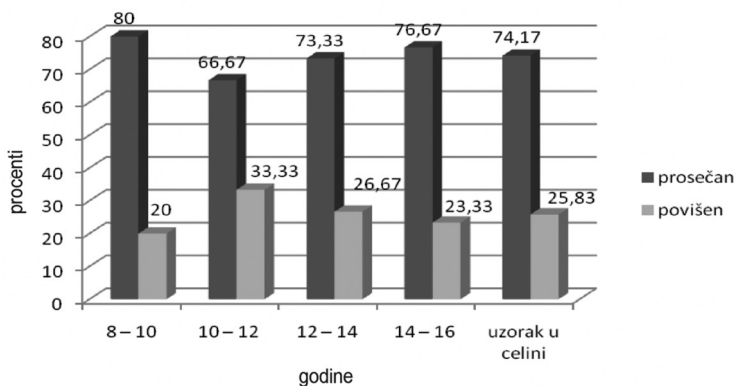
U istraživanju je korišćena *Supskala za procenu nivoa internalizovanih oblika problematičnog ponašanja*, koja je deo nastavničke *Skale za ispitivanje problematičnog ponašanja*, *Sistema za procenu socijalnih veština* (Social Skills Rating System – SSRS, Gresham, Elliot, 1990). Ovaj sistem namenjen je deci i mladima od 3 do 18 godina i oslanja se na trostepenu procenu objektivno definisanih ponašanja koja omogućava da osoba koja daje podatke sumira sopstvenu percepciju učestalosti ponašanja. Iako ovaj metod ne omogućava direktno brojanje stvarne učestalosti ponašanja, on daje relativnu meru koja se, prema navodima autora, može pouzdano koristiti pri skriningu, klasifikaciji i donošenju odluka koje se tiču intervencije. Primenjena supskala sadrži šest ajtema koji se odnose na anksioznost, tugu, usamljenost i nisko samopoštovanje. Nastavnici daju procenu učestalosti određenog ponašanja na trostepenoj skali Likertovog tipa (nikada – 0, ponekad – 1, vrlo često – 2), što u slučaju ove supskale znači da viši skor ukazuje na veću učestalost nepoželjnih internalizovanih ponašanja. Podaci su prikazani u odnosu na ponuđene bihevioralne nivoe (prosečan ili povišen). Podaci dobijeni na ovoj supskali ne upućuju na prisustvo ili odsustvo kliničke dijagnoze, već pokazuju da li se internalizovani oblici ponašanja ispoljavaju u meri koja je iznad uobičajene.

Razumevanje govora i govorna produkcija ispitani su *Kliničkim skalama receptivnog (C5) i ekspresivnog (C6) govora Lurija-Nebraska neuropsihološke baterije za decu* (Luria-Nebraska Neuropsychological Battery – LNB-C, Golden, 1987). *Kliničku skalu receptivnog govora* čini 18 ajtema kojima se procenjuje razumevanje govora od jednostavnog ponavljanja glasova ili pisanja slova i fonemskog sluha, preko razumevanja reči (definicije, efekat ponavljanja, identifikacija) i razumevanja jednostavnih rečenica, fraza i konfliktnih instrukcija, do složenih logičko-gramatičkih struktura (atributivne, komparativne i invertovane konstrukcije). *Klinička skala ekspresivnog govora* sastoji se iz 21 ajtema i obuhvata zadatke koji procenjuju: ponavljanje glasova i reči, čitanje slova, slogova i reči, ponavljanje rečenica, imenovanje objekata, automatski i neautomatski govor i narativni govor. U istraživanju je primenjeno kvantitativno ocenjivanje. Svaki ajtem ocenjivan je sa 0, 1 ili 2 poena (0 – normalno izvođenje, 1 – slab znak moždanog oštećenja, 2 – jak znak moždanog oštećenja). Sabiranjem postignuća na pojedinim ajtemima dobija se sirovi skor, a njegovim konvertovanjem u standardizovani T-skor dobijamo postignuće ispitanika u odnosu na kritični nivo određen za svaku uzrasnu grupu. S obzirom na to da je na obe skale postignuće većine ispitanika iznad kritičnog nivoa (ispod očekivanja), podaci su prikazani kroz udaljenost postignuća od kritičnog nivoa izraženu brojem standardnih devijacija.

Podaci o hronološkom uzrastu i koeficijentu inteligencije ispitanika dobijeni su analizom psihološke i pedagoške dokumentacije učenika.

Pri statističkoj analizi korišćene su metode deskriptivne statistike, a rezultati su dovedeni u međusobne odnose primenom point bise-rijske korelacije, izuzimajući odnos internalizovanih problematičnih ponašanja i pola koji je ispitan  $\phi$  korelacijom. S obzirom na to da su kliničke skale receptivnog i ekspresivnog govora negativne (viši skor – slabije postignuće), skorovi na ovim skalama su pre dovođenja u odnos sa nivoom internalizovanih problematičnih ponašanja u cilju lakšeg, intuitivnog tumačenja invertovane i rekodovane na opseg od nula do deset, tako da viši skor predstavlja bolje postignuće.

### REZULTATI ISTRAŽIVANJA



*Grafikon 1 – Rezultati procene nivoa internalizovanih problema u odnosu na hronološki uzrast ispitanika izraženi kroz bihejvioralne nivoe*

Ukupno 25,83% ispitanika ispoljava povišen nivo internalizovanih problema. Ovom obliku problematičnih ponašanja najskloniji su ispitanici uzrasta od 10 godina do 11 godina i 11 meseci (33,33%), dok su rezultati tri preostale grupe ispitanika prilično ujednačeni (20% na uzrastu od 8 do 9 godina i 11 meseci, 26,67% na uzrastu od 12 godina do 13 godina i 11 meseci i 23,33% na najstarijem uzrastu).

*Tabela 1 – Rezultati procene razumevanja govora distribuirani u odnosu na odstupanje od kritičnog nivoa*

		klinička skala receptivnog govora – C5 odstupanje u odnosu na kritični nivo (KN)				
		ispod KN (do 1 SD)	iznad KN			ukupno
			do 1 SD	od 1 do 2 SD	više od 2 SD	
ispitanici	broj	3	18	20	79	120
	%	2,50	15,00	16,67	65,83	100,00

Samo 2,50% ispitanika nalazi se ispod kritičnog nivoa (KN) Kliničke skale receptivnog govora (C5) Lurija-Nebraska baterije za decu, što znači da su njihova postignuća u okviru očekivanih za hronološki uzrast. U okviru jedne standardne devijacije (SD) iznad kritičnog nivoa su postignuća 15% ispitanika, dok se postignuća još 16,67% ispitanika nalaze između jedne i dve standardne devijacije. Postignuća

najvećeg dela uzorka nalaze se više od dve standardne devijacije iznad odgovarajućeg kritičnog nivoa (65,83%).

*Tabela 2 – Rezultati procene govorne produkcije distribuirani u odnosu na odstupanje od kritičnog nivoa*

		klinička skala ekspresivnog govora – C6 odstupanje u odnosu na kritični nivo (KN)				
		ispod KN (do 1 SD)	iznad KN			ukupno
			do 1 SD	od 1 do 2 SD	više od 2 SD	
ispitanici	broj	13	19	28	60	120
	%	10,83	15,83	23,34	50,00	100,00

U okviru očekivanja u vezi sa hronološkim uzrastom nalazi se 10,83% uzorka, čija su postignuća smeštena unutar jedne standardne devijacije ispod kritičnog nivoa Kliničke skale ekspresivnog govora (C6) Lurija-Nebraska baterije za decu. Ispod uzrasnih normi je 15,83% ispitanika, čije je postignuće u okviru jedne standardne devijacije iznad kritičnog nivoa, kao i ispitanici čije postignuće odstupa od očekivane norme jednu do dve standardne devijacije (23,33%). Grupa najnižeg postignuća (preko dve standardne devijacije iznad kritičnog nivoa) je najbrojnija i čini polovinu uzorka (50%).



*Tabela 3 – Odnos nivoa ispoljavanja internalizovanih oblika problematičnog ponašanja sa hronološkim uzrastom, koeficijentom inteligencije i razumevanjem i produkcijom govora*

		nivo internalizovanih problematičnih ponašanja		rpb	p
		povišen	prosečan		
hronološki uzrast	AS	12,16	11,95	0,042	0,647
	SD	2,10	2,28		
	Min.	9,25	8,00		
	Maks.	15,75	16,00		
IQ	AS	56,58	59,53	-0,185	0,041
	SD	6,52	7,05		
	Min.	50	50		
	Maks.	69	69		
razumevanje govora*	AS	5,76	6,26	-0,138	0,132
	SD	1,39	1,63		
	Min.	2,78	1,67		
	Maks.	8,33	8,89		
govorna produkcija*	AS	5,57	5,81	-0,053	0,564
	SD	1,92	2,07		
	Min.	2,38	0,71		
	Maks.	9,05	9,52		

\* pozitivna (invertovana) skala

Iako su ispitanici koji ispoljavaju povišen nivo interalizovanih oblika problematičnog ponašanja u proseku stariji (AS =12,16 godina, nasuprot AS = 11,95 godina kod ispitanika koji imaju prosečan nivo ispoljavanja) i imaju nešto lošija postignuća pri ispitivanju govora – posebno njegovog razumevanja (AS = 5,76, nasuprot AS = 6,62), dobijeni odnosi nisu statistički značajni. Izuzetak je korelacija ispoljavanja internalizovanih problema i koeficijenta inteligencije ispitanika, koja je negativna i statistički značajna ( $p < 0,05$ ), ali je njena visina zanemarljiva ( $r = -0,185$ ).

*Tabela 4 – Odnos nivoa ispoljavanja internalizovanih oblika problematičnog ponašanja i pola*

Pol	Nivo internalizovanih problematičnih ponašanja			
		prosečan	povišen	ukupno
Muški	broj	45	15	60
	%	75,00%	25,00%	100%
Ženski	broj	44	16	60
	%	73,30%	26,70%	100%
Ukupno	broj	89	31	120
	%	74,20%	25,80%	100%

$\varphi = 0,019$ ,  $p = 0,836$

Odnos nivoa interalizovanih oblika problematičnog ponašanja i pola ispitanika takođe nije statistički značajan ( $\varphi = 0,019$ ,  $p = 0,836$ ), što je očigledno i na osnovu gotovo identičnog procenta dečaka (25%) i devojčica (26,70%) koji pripadaju grupi sa povišenim nivoom ispoljavanja ispitivanih ponašanja.

## DISKUSIJA

Kod četvrtine ispitanika zabeležen je povišen nivo *internalizovanih oblika problematičnog ponašanja* (anksioznost, tuga, usamljenost, nisko samopoštovanje). Kada su u pitanju rezultati drugih istraživanja, teško je naći saglasnost, jer različiti istraživači daju različite podatke – od onih koji pronalaze nižu učestalost ovih ponašanja, preko onih čiji su rezultati korespondirajući sa rezultatima dobijenim u ovom istraživanju, do onih koji saopštavaju da je procenat internalizovanih problema kod osoba sa IO znatno viši. Na primer, kada je u pitanju depresivnost, koja je povezana s nivoom internalizovanih problema, škotska populaciona studija u kojoj je učestvovalo 1023 ispitanika sa IO starijih od šesnaest godina, saopštava prevalenciju depresije od 3,8 % kod lake IO (Cooper et al. 2007). Drugo, finsko istraživanje, pronalazi da depresivne poremećaje ispoljava 11% osmogodišnjaka sa IO, dok iste poremećaje ispoljava 6% njihovih vršnjaka tipičnog razvoja (Linna et al., 1999). Navodi se i da depresiju, u nekom stepenu, može

iskusiti 1 od 10 osoba sa IO (Lowry, 1998, prema McGillivray, McCabe, 2007), kao i da prisustvo lake IO u 15. godini, četiri puta uvećava rizik od depresivnih poremećaja u kasnijem životu (Richards et al., 2001). Procenat depresivnih adolescenata s lakom IO (uzrasta od 14 do 19 godina) jednak procentu naših ispitanika koji ispoljavaju povišen nivo interanalizovanih problema (25%), pronađen je u jednom italijanskom istraživanju. Međutim, u ovom slučaju se ne radi o reprezentativnom uzorku opšte populacije adolescenata sa IO, s obzirom na to da su ispitanici birani među ambulantsnim pacijentima jedne dnevne bolnice (*the Institute of Developmental Neurology and Psychiatry and Educational Psychology of the University of Pisa*), u koju su ispitanici dolazili zbog emocionalnih i/ili bihejvioralnih problema, a ne zbog problema vezanih za IO (Masi et al., 1998). U istraživanju u kome je učestvovala 151 odrasla osoba sa lakom ili umerenom IO metodom polustrukturiranog intervjuja, pronađeno je da 28,5% ispitanika pokazuje simptome blage depresije, 9,3% umerene depresije i 1,3% teške depresije. Najčešći simptomi depresije bili su tuga, umor, agitacija, samokritika, plakanje, gubitak energije, promene u obrascu spavanja, iritabilnost i gubitak interesovanja za aktivnosti koje su nekada donosile zadovoljstvo, a najređe saopšteni simptomi uključivali su pesimizam, krivicu, nedopadanje samom sebi, promene u apetitu i suicidalne misli (McGillivray, McCabe, 2007). Slično je i kada je anksioznost u pitanju – procene učestalosti kod odraslih sa IO kreću se od manje od 2% do 17,4% (Reid et al., 2011). Međutim, ima istraživanja koja beleže i veću učestalost. Tako je u jednom holandskom istraživanju pronađeno da, od 474 učenika sa IO, uzrasta od 7 do 20 godina, 22% ispunjava kriterijume za neku formu anksioznog poremećaja (Dekker, Koot, 2003).

Moguće je da je relativno visoka učestalost ispoljavanja internalizovanih problematičnih ponašanja dobijena i zbog obrazovnog okruženja ispitanika (specijalne škole). Naime, navodi se da učenici koji su pohađali specijalna odeljenja redovnih škola imaju niži nivo depresivnosti, od učenika u specijalnim školama (Heiman, 2001). Slični rezultati dobijeni su i u jednom australijskom istraživanju, u koje su bila uključena deca sa IO, uzrasta od 4 do 19 godina, a koja su pohađala specijalne, odnosno redovne škole. Ispitanici su bili ujednačeni po hronološkom uzrastu, polu i nivou intelektualnog funkcionisanja. Deca iz

specijalnih škola imala su značajno viši nivo anksioznosti i autističkih crta u ponašanju (Parmenter et al., 1998).

Ipak, ne treba zaboraviti da *Skala za procenu problematičnog ponašanja*, primenjena u našem istraživanju, samo detektuje izraženost pojedinih oblika ponašanja, što ne znači da deca kod kojih su ona povišena ispoljavaju simptome koji ispunjavaju kriterijume kliničkog određenja pojedinih stanja (npr. depresije). S druge strane, to ne utiče na ozbiljnost problema jer je uočeno da je i neklinička depresija povezana s opadanjem akademske kompetencije, distraktibilnošću i usamljenošću (Heiman, 2001). Dobijeni podaci su posebno značajni jer su dobijeni od nastavnika, tradicionalno senzitivnijih prema eksternalizovanim oblicima problematičnih ponašanja, koji deluju disruptivno na rad u razredu. Pored toga, kao individualne karakteristike osoba sa ometenošću koje mogu biti povezane sa socijalnom izolacijom, pored ostalih, navode se stidljivost i povučенost (Abery, Simunds, 1997). Pronađeno je da su deca sa lakom IO češće odbacivana, posebno u igri, ukoliko su stidljiva i sklona povlačenju, dok su deca tipičnog razvoja prvenstveno odbacivana zbog disruptivnog ponašanja i agresije (Frederickson, Furnham, 2004).

Takođe se navodi da je povlačenje najčešće u grupi adolescenata sa IO (Dunlap, Robbins, Darrow, 1994, prema Gavidia-Payne, Hudson, 2002). S druge strane, postoje nalazi da je povlačenje češće među decom sa IO od 6 do 9 godina, nego među decom od 11 do 14 godina (Ando, Zoshimura, 1978, prema Einfeld, Tonge, 1996). U našem istraživanju takve razlike nisu pronađene – povišeno internalizovanje problema u svim uzrasnim grupama kreće se u uskom opsegu od 20% do 26,67%, uz izuzetak grupe od 10 godina do 11 godina i 11 meseci u kojoj je ovaj procenat blago povišen (33,33%). Rezultati statističke analize pokazuju da između ove dve varijable ne postoji statistički značajan odnos ( $r = 0,042$ ;  $p = 0,647$ ). Ipak, ovi nalazi su u skladu sa studijama koje su pokazale da hronološki uzrast ima malo uticaja na sadržaj i intenzitet strahova kod mladih sa IO (Gullone et al., 1996; Vandenberg, 1993, sve prema Gullone 1996). Isto tako, pronalazi se da su raznovrsnost i intenzitet straha veći kod odraslih osoba sa ometenošću, nego kod odraslih tipičnog razvoja, ali i da su po svojoj prirodi ovi strahovi razvojno manje zreli (Gullone, 1996). Dobijeni podaci mogu se povezati i sa rezultatima jednog istraživanja koji mogu objasniti povećan

rizik razvoja anksioznosti kod osoba sa IO. Naime, pronađeno je da mala deca tipičnog razvoja, koja su anksiozna i ona koja to nisu, obrađuju preteće informacije na sličan način, dok starija deca anksioznost kontrolišu kroz inhibiciju anksioznog stila procesiranja (Kindt et al., 1997). Dakle, kognitivni deficit u regulaciji emocija mogao bi biti faktor vulnerabilnosti u razvoju anksioznih poremećaja kod osoba sa IO.

Rezultati pokazuju da ispitanici sa višim koeficijentom inteligencije imaju značajno manje internalizovanih problematičnih ponašanja, ali je visina korelacije zanemarljiva ( $r = -0,185$ ;  $p < 0,05$ ). S obzirom na to da svi ispitanici funkcionišu na nivou lake IO, moguće je da je intelektualni opseg suviše uzak da bi se dobile više vrednosti korelacije. Poređenje dece različitih nivoa intelektualne ometenosti bi verovatno dalo drugačije rezultate. Ipak, pošto se navodi da je učestalost depresivnih i anksioznih simptoma veća kod osoba sa IO na višem nivou saznanog funkcionisanja (Dekker et al., 2002; Einfeld, Tonge, 1996), ostaje nepoznanica da li bi predznak korelacije ostao negativan.

Iako neki istraživači pronalaze da su devojčice i adolescentkinje sa lakom IO depresivnije od dečaka (Heiman, Margalit, 1998; Heiman, 2001), očekivano značajna veza sa polom takođe je izostala ( $r = 0,019$ ;  $p = 0,836$ ).

Slično je i sa vezom internalizovanih problematičnih ponašanja i govora. Komunikacione teškoće mogle bi biti jedan od faktora koji doprinose vulnerabilnosti osoba sa IO u pogledu poremećaja raspoloženja (npr. anksioznosti), jer ograničavaju izražavanje osećanja i razumevanje stimulusa koji izazivaju strah (Ranzon 2001; Stavrakaki, Lunsy 2007, sve prema Ramirez, Lukenbill, 2008). Međutim, u ovom istraživanju vrednosti obe korelacije su statistički beznačajne (sa razumevanjem govora:  $p = 0,132$ , a sa govornom produkcijom:  $p = 0,564$ ). Baš kao i kod veze učestalosti internalizovanih problematičnih ponašanja i koeficijenta inteligencije, moguće je da bi se povezanost pojavila da svi ispitanici ne funkcionišu na istom nivou IO. Naime, teškoće u komunikaciji ovih osoba obično rastu sa dubinom IO, mada ima i izuzetaka (videti Rondal, 1995), tako da bi se očekivana veza verovatno pojavila tek uključivanjem osoba sa umerenom, teškom ili dubokom IO u istraživanje. Postoji i mogućnost da su drugi jezički nivoi (fonološki, pragmatiski) čvršće povezani sa internalizovanim problematičnim ponašanjima. Na primer, rezultati jednog domaćeg

istraživanja sugerišu da su razvijenije pragmatske veštine (posebno bolje razumevanje pragmatskih signala), povezane sa nižim nivoom internalizovanih problema dece sa lakom IO školskog uzrasta (Brojčin i sar., 2009).

## ZAKLJUČAK

Povišeno ispoljavanje internalizovanih oblika ponašanja, na osnovu podataka dobijenih od nastavnika, pronađeno je kod četvrtine ispitanika. Iako se zbog ograničenja primenjenog instrumenta ne može govoriti o ispoljavanju poremećaja u kliničkom smislu, što verovatno i nije slučaj kod mnoge ispitane dece, ipak su dobijeni podaci zabrinjavajući zbog nalaza drugih istraživača da i neklinička depresija kod dece ima uticaj na akademska i socijalna postignuća.

Dovođenjem u odnos ovih problema sa hronološkim uzrastom, polom, razumevanjem govora i govornom produkcijom ispitanika nisu dobijene statistički značajne vrednosti. Izuzetak je veza internalizovanih problema u ponašanju sa inteligencijom ispitanika, koja je značajna i sugeriše da ispitanici višeg koeficijenta inteligencije imaju manje problematičnih ponašanja ove vrste. Ipak, sama visina korelacije je veoma niska, što otežava interpretaciju ovog nalaza.

Dobijeni podaci ukazuju na potrebu sistematskog prepoznavanja i praćenja dece i mladih sa IO koji imaju ovu vrstu simptoma i preduzimanja aktivnih mera i tretmana kako bi se ovi problemi otklonili ili ublažili. Sa druge strane, odsustvo značajnih korelacija sa ispitivanim varijablama (ili njihove zanemarljive visine) ostavlja otvorenim pitanja vezana za determinante javljanja povišenog nivoa internalizovanih problematičnih ponašanja kod ove populacije. Jedno od tih pitanja, na koje u ovom istraživanju nije ponuđen odgovor, tiče se uticaja sredinskih i sociodemografskih faktora na ispoljavanje ovih ponašanja. Dalja potraga za ovim determinantama je od suštinskog značaja za unapređivanje postojećih i razvoj novih programa rane intervencije kako bi se razvoj problematičnih ponašanja predupredio jačanjem veština koje su potrebne za svakodnevno nošenje sa emocionalnim i socijalnim izazovima.

## LITERATURA

1. Abery, B., & Simunds, E. (1997). *The Yes I Can Social Inclusion Program: A Preventive Approach to Challenging Behavior. Intervention in School and Clinic*, 32 (4), 223–234.
2. Beirne-Smith, M., Ittenbach, R. F., & Patton, J. R. (2002). *Mental Retardation (6th ed.)*. New Jersey: Merrill Prentice Hall.
3. Brojčin, B., Glumbić, N., Banković, S. (2009). Pragmatska kompetencija i problemi u ponašanju dece sa lakom intelektualnom ometenošću. *Beogradska defektološka škola*, 15 (2), 77–93.
4. Cooper, S., Smiley, E. Morrison, J., Williamson, A., & Allan. L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, 37 (6), 873–882.
5. Dagnan, D., & Jahoda, A. (2006). Cognitive–Behavioural Intervention for People with Intellectual Disability and Anxiety Disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (1), 91–97.
6. Dagnan, D., & Sandhu, S. (1999). Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (5), 372–379.
7. Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability I: prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (8), 915–922.
8. Dekker, M. C., Koot, H. M., Van der Ende, J., & Verhulst F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (8), 1087–1098.
9. Einfeld, S. L., & 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 (2), 91–98.

10. Frederickson, N. L., & Furnham, A. F. (2004). Peer-assessed behavioural characteristics and sociometric rejection: Differences between pupils who have moderate learning difficulties and their mainstream peers. *British Journal of Educational Psychology*, 74 (3), 391–411.
11. Gavidia-Payne, S, & 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.
12. Golden, C. J. (1987). *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery – Children' Revision: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
13. Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines: American Guidance Service.
14. Gullone, E. (1996). Normal fear in people with physical or intellectual disability. *Clinical Psychology Review*, 16 (8), 689–706.
15. 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.
16. Heiman, T., & 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.
17. Kindt M., Bierman D., & Brosschot F. (1997). Cognitive bias in spider fear and control children: assessment of emotional interference by a card format and single trial format of the Stroop task. *Journal of Experimental Child Psychology*, 66 (2), 163–179.
18. Linna, S. L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., & Tamminen, T., (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (4), 77–82.



19. Lunskey, Y. (2003). Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role?. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (6), 417–427.
20. Marston, G. M., Perry, D. W., & Roy A. (1997). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (6), 476–480.
21. Masi, G., Pfanner, P., & Marcheschi, M. (1998). Depression in adolescents with mental retardation: a clinical study. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 44 (87), 112–118.
22. McGillivray, J. A., & McCabe, M. P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28 (1), 59–70.
23. Parmenter, T. R., Einfeld, S. L., Tonge, B. J., & 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.
24. Ramirez, S. Z., & Lukenbill, J. (2008). Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Anxiety Scale for Adults with Intellectual Disabilities (SAS-ID). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20 (6), 573–580.
25. Reid, K. A., Smiley, E., & Cooper, S. A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (2), 172–181.
- Richards, M., Maughan, B., Hardy, R., Hall, I., Strydom, S., & Wadsworth, M. (2001). Long-term affective disorder in people with mild learning disability. *The British Journal of Psychiatry*, 197 (6), 523–527.
26. Rondal, J. A. (1995). *Exceptional language development in Down syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.

## **INTERNALIZING FORMS OF PROBLEM BEHAVIOR IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITY**

Branislav Brojčin, Nenad Glumbić  
*University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation*

### Summary

Mood disorders are very frequent affective symptoms often found in children with disabilities. Even the nonclinical depression or depressive mood in children are characterized by social withdrawal and decline in self-confidence, anger or auto-destructive behavior, as well as decrease in academic achievement.

The objective of this research is to determine the prevalence of elevated expression of internalizing behavior in children with mild intellectual disability and to perceive elevated expression association of this form of problem behavior with chronological age, gender, IQ, speech comprehension and speech production of the participants.

Subscale used to assess level of internalizing types of problem behavior, which is part of the teacher's Problem Behavior Rating Scale, of the Social Skills Rating System was applied on 120 participants with mild intellectual disability, aged from 8 to 16.

Increased level of internalizing problem behavior is found in 25% of the participants, whereas statistically significant correlation is detected only between this variable and IQ.

The results obtained in this study indicate the necessity for children and youth with intellectual disability who have elevated level of problem internalization to be identified, for the purpose of undertaking proper measures to eliminate or alleviate those problems. Development of preventive programs directed to reinforce the skills, necessary for resolving emotional and social problems is advised as well.

**Key words:** intellectual disability, internalizing problem behavior

*Primljeno, 17. 11. 2011.*

*Prihvaćeno, 5. 1. 2012.*