

**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

КАТАРИНА Н. ТОМИЋ

**ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА И
ДЕПРЕСИВНОСТ КОД ДЕЦЕ СА ЛАКОМ
ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2012.

Захваљујем се професору Горану Михајловићу на несебичној помоћи, корисним саветима и подстреку током менторисања овог рада. Такође, дугујем захвалност за сарадњу деци, учесницима истраживања, и њиховим родитељима, као и особљу школа у којима је истраживање спроведено.

Хвала мојој породици на стрпљењу, разумевању и подршци у најтежим тренуцима.

Горану, Јовани, Милице и Искри

САДРЖАЈ

| | |
|--|----|
| ТАБЕЛЕ | 6 |
| СЛИКЕ | 8 |
| 1. УВОД | 10 |
| 2. ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА | 12 |
| 2.1. Интелектуална ометеност | 12 |
| 2.1.1. Дефиниција..... | 12 |
| 2.1.2. Класификација и дијагностика | 15 |
| 2.1.3. Етиологија | 19 |
| 2.1.4. Епидемиологија..... | 23 |
| 2.1.5. Развојне карактеристике деце са лакоим интелектуалном ометеношћу..... | 23 |
| 2.1.6. Васпитање и образовање деце са лакоим интелектуалном ометеношћу | 26 |
| 2.2. Психијатријски проблеми особа са сметњама у интелектуалном развоју ... 29 | |
| 2.2.1. Уводне напомене | 29 |
| 2.2.2. Симптоматологија и проблеми дијагностиковања | 30 |
| 2.2.3. Проблеми менталног здравља деце и младих са интелектуалном ометеношћу..... | 32 |
| 2.3. Поремећаји понашања код деце и адолесцената | 42 |
| 2.3.1. Дефиниција и класификација..... | 42 |
| 2.3.2. Преваленца | 44 |
| 2.3.3. Агресивност и поремећаји понашања код деце и адолесцената са лакоим интелектуалном ометеношћу | 45 |
| 2.3.4. Прекурсори поремећаја понашања | 47 |
| 2.3.5. Време јављања и развојни курс поремећаја | 51 |
| 2.4. Депресија код деце и адолесцената | 53 |
| 2.4.1. Дефиниција..... | 53 |
| 2.4.2. Симптоматологија и тешкоће дијагностиковања | 53 |
| 2.4.3. Класификација | 55 |
| 2.4.4. Епидемиологија | 57 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4.5. Етиологија и фактори ризика | 57 |
| 2.4.6. Депресија код деце и адолесцената са интелектуалном ометеношћу | 61 |
| 2.5. Веза емоционалних и бихејвиоралних сметњи | 66 |
| 2.6. Процена психопатологије код деце и адолесцената са лако интелектуалном ометеношћу | 69 |
| 3. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ | 73 |
| 3.1. Значај проблема истраживања | 73 |
| 3.2. Циљеви истраживања | 77 |
| 3.3. Хипотезе истраживања | 78 |
| 3.4. Процедура истраживања | 80 |
| 3.5. Опис узорка испитаника | 81 |
| 3.6. Технике и инструменти испитивања | 83 |
| 3.6.1. Чек-листа понашања деце – форма за наставнике | 83 |
| 3.6.2. Упитник о персоналним карактеристикама деце - испитаника и социо-економском статусу њихових породица | 88 |
| 3.7. Варијабле истраживања | 88 |
| 3.7.1. Клиничке варијабле | 88 |
| 3.7.2. Социо-демографске и персоналне варијабле | 89 |
| 3.8. Статистичка обрада података | 90 |
| 4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА | 92 |
| 4.1. Дескриптивна анализа | 92 |
| 4.2. Тотални проблеми | 100 |
| 4.3. Интернализација | 102 |
| 4.3.1. Заступљеност клинички значајних скорова | 103 |
| 4.3.2. Интернализација – корелациона анализа | 105 |
| 4.3.3. Интернализација и социо – демографске и персоналне варијабле | 108 |
| 4.3.4. Ризико фактори клиничке интернализације | 119 |
| 4.4. Екстернализација | 123 |
| 4.4.1. Заступљеност клинички значајних скорова | 123 |
| 4.4.2. Екстернализација – корелациона анализа | 125 |
| 4.4.3. Екстернализација и социо – демографске и персоналне варијабле | 127 |

| | |
|--|------------|
| 4.4.4. Ризико фактори клиничке екстернализације | 137 |
| 4.5. Социјални проблеми, проблеми мишљења и пажње | 139 |
| 4.5.1. Корелације скорова неутралних скала..... | 140 |
| 4.5.2. Социо – демографске варијабле и неутралне скале | 143 |
| 4.6. ДСМ – IV оријентисане скале | 146 |
| 4.6.1. Социо – демографске варијабле и ДСМ – IV оријентисане скале | 147 |
| 4.6.2. Фактори ризика за клиничке поремећаје | 151 |
| 4.7. Коморбидитет | 154 |
| 5. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА | 156 |
| 5.1 Интернализација | 157 |
| 5.1.1. Интернализација и социо-демографске и персоналне варијабле..... | 160 |
| 5.2. Екстернализација | 163 |
| 5.2.1. Екстернализација и социо-демографске и персоналне варијабле | 165 |
| 5.3. Социјални проблеми, проблеми мишљења и пажње | 168 |
| 5.4. ДСМ-IV синдроми | 172 |
| 5.5. Коморбидитет | 173 |
| 6. ЗАКЉУЧЦИ И ПРАКТИЧНЕ ИМПЛИКАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА | 175 |
| 7. МЕТОДОЛОШКА РАЗМАТРАЊА | 178 |
| ЛИТЕРАТУРА | 180 |
| ПРИЛОЗИ | 194 |

ТАБЕЛЕ

- Табела 1: Категорије узрочника интелектуалне ометености по врсти и времену дејства (стр. 20)
- Табела 2: Узрасна структура узорка (стр. 93)
- Табела 3: Дистрибуција коефицијента интелигенције деце у узорку (стр. 96)
- Табела 4. Старатељство – тип смештаја деце у узорку (стр. 97)
- Табела 5. Дистрибуција узорка по редоследу рођења (стр. 98)
- Табела 6: Ризико фактори клинички значајних скорова Тоталних проблема (стр. 101)
- Табела 7: Заступљеност клиничких скорова интернализације (стр. 103)
- Табела 8: Статистички значајне корелације скупног скорa интернализације и појединачних синдромских скорова димензије интернализације са осталим сегментима ТРФ скале (стр. 106)
- Табела 9: Полна структура подузорка са клинички сигнификантном интернализацијом (стр. 109)
- Табела 10: Корелације узраста са скоровима интернализације и појединачних скала ове димензије (стр. 109)
- Табела 11: Разлике средњих скорова интернализације код деце српске и ромске националности (стр. 114)
- Табела 12. Разлике средњих вредности скорова интернализације код деце са села и из града (стр. 117)
- Табела 13: Корелације димензије интернализације са бројем чланова домаћинства и бројем деце у породици (стр. 117)
- Табела 14: Појединачни утицаји независних варијабли на клинички скор интернализације (стр. 120)
- Табела 15: Прилагођени утицаји независних варијабли као ризико фактора за клиничку интернализацију (стр. 121)
- Табела 16: Заступљеност клиничких скорова екстернализације (стр. 123)

- Табела 17: Статистички значајне корелације скупног скорa екстернализације и појединачних синдромских скорова са осталим сегментима ТРФ скале (стр. 125)
- Табела 18: Полна структура подузорка са клинички сигнификантном екстернализацијом (стр. 128)
- Табела 19: Разлике средњих скорова димензије екстернализације код деце различитог школског успеха (стр. 131)
- Табела 20: Разлике средњих скорова скале кршења социјаних норми код деце чији су родитељи различитог нивоа образовања (стр. 134)
- Табела 21: Разлике средњих вредности скорова димензије екстернализације код деце смештене у различитим условима (стр. 135)
- Табела 22: Корелације димензије екстернализације са бројем деце у породици (стр. 136)
- Табела 23: Сирови и прилагођени односи шанси (Odds Ratios) ризико фактора за клинички значајну екстернализацију (стр. 137)
- Табела 24: Разлике средњих скорова скупне интернализације и екстернализације код деце са клиничким и неклиничким скоровима синдромских скала социјалних проблема и проблема пажње (стр. 141)
- Табела 25: Сирови и прилагођен однос шанси за испољавање клиничке интернализације и екстернализације у односу на клиничке социјалне проблеме и проблеме пажње (стр. 142)
- Табела 26: Корелације КИ са скоровима неутралних скала (стр. 143)
- Табела 27: Ризико фактори за клиничке ДСМ-IV поремећаје (стр. 152)
- Табела 28: Ризико фактори испољавања клинички значајних коморбидних сметњи (стр. 155)

СЛИКЕ

- Слика 1: Дистрибуција узорка по узрасту (стр. 93)
- Слика 2: Полна структура узорка (стр. 94)
- Слика 3: Школски успех ученика у узорку (стр. 94)
- Слика 4: Приказ дистрибуције узорка по националној припадности (стр. 95)
- Слика 5: Ниво образовања очева и мајки деце у узорку (стр. 99)
- Слика 6: Запосленост очева и мајки деце у узорку (стр. 100)
- Слика 7: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала интернализације у укупном узорку (стр. 104)
 - Слика 8: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала интернализације у подузорку деце са клиничким скоровима интернализације (стр. 105)
 - Слика 9: Процентуална заступљеност клинички значајних скорова интернализације у различитим узрастним групама (стр. 111)
 - Слика 10: Приказ средњих скорова скупне интернализације и појединачних скала ове димензије код деце са различитим школским успехом (стр. 111)
 - Слика 11: Ред рођења деце клинички и неклинички интернализоване групе (стр. 114)
 - Слика 12: Средњи скорови димензије интернализације у зависности од нивоа образовања очева (стр. 116)
 - Слика 13: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала екстернализације у укупном узорку (стр. 124)
 - Слика 14: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала екстернализације у узорку деце са клиничким скоровима екстернализације (стр. 124)
 - Слика 15: Процентуална заступљеност клинички значајних скорова екстернализације код деце различитог узраста (стр. 129)
 - Слика 16: Процентуална заступљеност деце различитог узраста у стратуму са клинички значајном екстернализацијом (стр. 130)
 - Слика 17: Национална припадност деце са клинички значајним скоровима на субскали кршења социјалних норми (стр. 133)

- *Слика 18: Процентуална заступљеност клинички значајних скорова неутралних субскала на целом узорку (стр. 139)*
- *Слика 19: Фреквенције клинички значајних скорова на ДСМ-4 оријентисаним скалама (стр. 146)*

1. УВОД

Интелектуална ометеност (ИО) подразумева стање заустављеног или некомплетног менталног развоја удружено са озбиљним заостајањем у развоју адаптивних понашања и вештина (АРА, 2000). Степен ометености одређен је нивоом интелектуалног заостајања, одређено резултатима мерења интелигенције, као и проценом одступања адаптивних способности од стандарда очекиваних за узраст особе и дату културу. Према тим критеријумима, ИО се најчешће класификује као: лака, умерена, тежа и тешка (дубока).

Многа истраживања показују да су деца са ИО под појачаним ризиком од испољавања различитих бихејвиоралних и емоционалних проблема у поређењу са децом просечне популације. Врста, тежина, ток и прогноза психопатологије условљени су етиологијом саме интелектуалне ометености, развојним специфичностима, као и утицајима социо-демографских и других спољашњих фактора. Код деце са лаком ИО најфреквентнији су поремећаји понашања, пажње, анксиозност и депресивност, а ток и клиничка слика одговарају симптоматологији виђеној и код деце без интелектуалних сметњи. Са продубљивањем нивоа ИО, симптоматологија менталних поремећаја мења се у правцу веће фреквенције первазивних развојних сметњи, агресивног и самоповређујућег понашања, психотичних манифестација, соматских и вегетативних проблема и екстремне депривације социјалних контаката. Дијагностиковање психопатологије код деце са лаком ИО може се ослонити на *категоријални* приступ стандардних класификационих система, што је омогућено предвидивошћу клиничких манифестација и поклапањем симптома са оним што се виђа код деце без ИО, али и на *димензионални* приступ заснован на коришћењу посебно дизајнираних емпиријских скала и чек-листи, са могућношћу ослањања на метод мултиплих информаната, који подразумева и могућност самопроцена, при чему се и добијају навалиднији и најсвеобухватнији подаци о понашању детета у различитим социјалним контекстима.

Последњих деценија све је више истраживања која се баве питањем менталног здравља деце са ИО. Разлог за то јесте потреба да се боље расветле проблеми ове популације у циљу хабилитације и нормализације услова живота и функционисања деце

у ужој и широј социјалној средини. Посебан акценат у процесу нормализације стављен је на питање едукације ове деце и могућности и евентуалне предности њиховог укључивања у редован систем образовања и васпитања, заједно са децом без ометености. У том смислу, потребно је проучити етиолошке, развојне, едукативне, породичне и шире социјалне факторе који повећавају ризик од психопатологије, да би се проблеми менталног здравља ове деце успешно превенирали предузимањем раних рехабилитационих мера и отклањањем или ублажавањем фактора који до њих доводе. С обзиром на чињеницу да деца са лаком ИО чине скоро 85% деце са сметњама у интелектуалном развоју, овај задатак се не чини ни мало лаким. Оно што додатно компликује ситуацију јесу и етиолошке контроверзе, с обзиром на то да се за већину случајева лаке ИО не могу наћи јасни органски, спољашњи или комбиновани етиолошки фактори. С тим у вези, већина чинилаца појачане вулнерабилности за психопатологију код ометене деце, који се односе на генетске синдроме, неуролошке поремећаје и оштећења, као и тешке дефиците когниције, социјализације и комуникације типичне за децу са дубљом ометеношћу, не може се узети у обзир код деце са лаком ИО. Оно што остаје као потенцијални предиктор вулнерабилности вредан пажње јесу фактори суптилних когнитивних проблема који условљавају социјалну патологију, тешкоће интеграције у социјалну средину и емоционалне симптомске кластере, као и широк спектар спољашњих, посебно породичних, вршњачких и едукативних фактора који могу да делују неповољно на емоционалну стабилност и понашање ове деце.

Ова студија покушаће да одговори на нека од тих питања, ослањајући се на димензионални приступ психопатологији, као и на уважавање лепезе социо-демографских и персоналних варијабли за које се претпоставља да могу утицати на појачан ризик од менталних проблема и поремећаја у понашању код деце са лаком ИО, имајући у виду, пре свега, потребу за развијањем нових, прилагођених модела превенције поремећаја, како у клиничкој пракси, тако и у свакодневном функционисању детета у породичној и едукативној средини.

2. ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА

2.1. ИНТЕЛЕКТУАЛНА ОМЕТЕНОСТ

2.1.1. ДЕФИНИЦИЈА

Интелектуална ометеност подразумева развојну ометеност, стање, а не појединачну болест или симптом (Clark & Berg, 1985, и Harris, 2005: 12). Као облик развојне ометености, ИО се односи на значајна когнитивна, адаптивна и бихејвиорална развојна кашњења, која су последица многобројних етиолошких фактора. Термин интелектуална ометеност, који је у употреби последњих неколико година, заменио је до тада широко распрострањен термин "ментална ретардација", који је у ширу употребу уведен 1961. године (AAMD, 1961, по Luckasson et al, 2002) и заменио до тада коришћене, стигматизирајуће термине: *идиотија*, *ментална субнормалност*, *слабоумност* и сл. Референтна организација за изучавање ИО, *Америчка асоцијација за интелектуалне и развојне ометености (AAIDD)*, предлаже да термин интелектуална ометеност буде у најширој употреби, јер подразумева динамично, а не статично поимање развојног кашњења и имплицира сложену интеракцију између ограничених когнитивних и адаптивних способности индивидуе са специфичним срединским факторима, јер се развој управо и одвија ангажовањем личних снага индивидуе у одговорима на изазове средине, путем чега она организује искуства и обезбеђује развојни напредак (Harris, 2005: 5).

Било је много покушаја што свеобухватнијег и јаснијег дефинисања ИО. Неке од дефиниција ослањале су се на тзв. *патолошки модел*, узимајући у обзир органску основу заостајања у менталном развоју (повреде, оштећења можданог ткива, генетски фактори), док су друге, пак, биле везане искључиво за процену и мерење коефицијента интелигенције (КИ) и социјалне компетентности и адаптивног понашања, што је познато као *статистички модел*. Проблем тих приступа огледао се у њиховој

једностраности и чињеници да се органска етиологија интелектуалне ометености може са сигурношћу утврдити код само 25-30 % случајева, али и у непоузданости психометријских процена интелигенције и социјалне компетентности, које не могу увек пружити праву и потпуну слику особе. Као резултат напретка у изучавању феномена ИО, али и покушаја да се превазиђе једностраност поменутих приступа, последњих неколико деценија новије класификације ослањају се и на тзв. *развојни модел* дефинисања ИО, који подразумева обавезно уважавање динамичности развојних процеса код особа са ИО и ослањање дефиниција и класификација на димензију будућности и то функционалном анализом динамике развоја когнитивних способности (флуидна интелигенција као елемент општег интелектуалног функционисања, резонување, способност процесирања, радна меморија...) уз посебан осврт на динамику развојно-когнитивног заостајања као специфичне немогућности или неефикасности напредовања когнитивних функција (Пијаже и Инхелдер, 1988: 38, Ainsworth & Baker, 2004: 57-58). Исто тако, концепт нормализације, као начин укључивања особа са ИО у редовне друштвене токове, усмерио је и уважавање социјалних фактора и карактеристика шире и уже социјалне средине у дефинисању ометености, тако да се за актуелне дефиниције може рећи да су засноване на *социјалном и развојном моделу*.

Данас је опште прихваћена дефиниција интелектуалне ометености она коју даје **Америчка асоцијација за интелектуалну и развојну ометеност (AAIDD)** из 2002. године, у којој се каже да

"Интелектуална ометеност подразумева суштинска ограничења тренутног функционисања, а карактерише се значајним исподпросечним интелектуалним функционисањем, које постоји истовремено или је у вези са ограничењима у области адаптивног понашања, што се испољава у концептуалним, социјалним и практичним адаптивним вештинама. Ова ометеност настаје пре осамнаесте године живота" (AAIDD, 2010: 3).

Дакле, за дијагностиковање ИО потребно је проценити и **интелектуалне способности** особе, али и **адаптивно понашање** – практичне вештине које омогућавају уклапање у захтеве социјалне средине на начин који одговара узрасту особе. Ниво развијености интелектуалних способности, које обухватају општу способност резонувања, планирања, решавања проблема, апстрактног мишљења, разумевања

сложених идеја, брзог учења и учења из искуства (Luckasson et al, 2002), изражава се коефицијентом интелигенције (КИ), који се процењује стандардизованим тестовима. Адаптивно понашање, које се односи на три групе вештина: *концептуалне* (самоусмеравање, разумевање и коришћење симбола – говор и језик, време, новац), *социјалне* (интерперсонални односи, социјална одговорност, самопоуздање...) и *практичне* (дневне животне вештине, самопомоћ, окупационе вештине...), мери се стандардизованим скалама адаптивних способности, као што су: *Вајнеланд скале адаптивног понашања* (Sparrow et al, 2005), *Скала за процену адаптивног понашања-АБАС II* (*Adaptive Behavior Assessment Scale - ABAS, II*, Harrison & Oakland, 2003), *Скале независног понашања* (*Scales of Independent Behavior revised – SIB-R*, Bruininks et al., 1996), као и нормираном опсервацијом понашања особе у различитим контекстима. Интелектуална ометеност се дијагностикује уколико је коефицијент интелигенције, мерен стандардизованим тестовима, испод постављене границе која износи 70, а сигнификантно заостајање адаптивних способности (одређено нормама узраста и друштвене групе) присутно у најмање две сфере адаптивних вештина. Ометеност настаје у развојном периоду, чија је граница постављена на узрасту од 18 година. Дакле, норма је заостајање скорова репрезентативних интелектуалних тестова и скала адаптивног функционисања за две стандардне девијације у односу на просек, узимајући у обзир стандардне грешке мерења специфичног инструмента и његове предности и ограничења (AAIDD, 2010). Треба напоменути да је, за дијагностиковање ИО потребно узети у обзир све релевантне факторе, који осим процене описаних способности подразумевају и разноврсне утицаје микро и макро социјалне средине на развој и понашање, као и културолошки диверзитет, језичке, обичајне, традицијске и друге карактеристике одређеног поднебља у ком се особа развија. То заправо значи да је за практичну примену поменуте референтне дефиниције ИО потребно размотрити и уникатне карактеристике социјалног контекста, као и сензорне, моторне, комуникационе и бихејвиоралне факторе повезане са сваком индивидуом чије се функционисање процењује. Сам процес дијагностиковања има за циљ да се на основу процењеног развојног нивоа креира профил *потребне подршке*, која ће бити базирана пре свега на преосталим способностима и снагама, а не дефицитима, и која ће са

великом вероватноћом, уколико је правилно планирана, резултирати побољшањем нивоа функционисања особе са ИО (Luckasson et al, 2002).

2.1.2. КЛАСИФИКАЦИЈА И ДИЈАГНОСТИКА

Класификовање интелектуалне ометености превалило је дуг и динамичан историјски пут, почев од друге половине 19. века и открића најпопуларнијег генетског синдрома који обавезно подразумева интелектуално заостајање – Дауновог синдрома. Родоначелник првог класификационог система био је сам Џон Лангдон Даун, чија је највећа заслуга у томе што је класификацију и дијагностику ослонио на етиологију, дајући широку лепезу *конгениталних* (микроцефалија, макроцефалија, хидроцефалија, парализа...), *развојних* (стрес током развојних криза) и тзв. *акцидентних* (болести, повреде) фактора који могу довести до поремећаја. *Медицинско-патолошки* концепт дијагностиковања и класификације, произашао из ових иницијалних истраживања, наставља да, сталним напретком и усавршавањем дијагностичких метода, проналази нове етиолошке факторе и патолошке узрочнике, који доводе до заостајања у интелектуалном развоју. Нова револуција у дијагностиковању и класификацији ИО наступа почетком 20. века, открићем првих психометријских тестова (Бине-Симонова скала интелигенције) и дефинисањем појма *менталног узраста* као односа развијености когнитивних капацитета и календарског доба. Тада наступа период психолошке *тестоманије* и искључивог уважавања критеријума нивоа интелигенције, без укључивања адаптивних и срединских фактора у сам класификациони систем (Harris, 2005; 43, Ainsworth, 2004: 58-59). Овакав, једнодимензионалан приступ, основ је *психолошких* критеријума класификације, који уважавају ниво интелектуалног развоја, без обзира на остале развојне, биолошке или социјалне факторе. Временом, проширивањем медицинско-психолошког концепта елементима социјалних фактора, који подразумевају уважавање специфичности социјалне средине и окружења, настаје *био-психо-социјални* концепт интелектуалне ометености, који укључује узимање у обзир, поред стања физичких и психолошких функција, и срединских фактора и нивоа партиципације појединца у оквиру очекиваних социјалних улога (ICF, WHO, 2001).

Основ класификовања интелектуалне ометености данас налазимо у три водећа класификациона система:

1. Међународна класификација болести, 10. ревизија, МКБ-10 (ICD-10, SZO, 1992);
2. Дијагностичко-статистички мануал менталних обољења, 4. текст – ревизија, ДСМ-4-ТР (АРА, 2000);
3. Систем дефиниције, класификације и подршке Америчке асоцијације за интелектуалну и развојну ометеност (AAIDD, 2010).

МКБ-10 КЛАСИФИКАЦИЈА

Заједничка основа свих поменутих система класификације јесте њихова мултидимензионалност и мултиаксијално одређивање поремећаја. Мултидимензионално одређење интелектуалне ометености у систему **МКБ-10** полази од дефиниције ИО као *"заустављеног или некомплетног умног развоја, које се посебно испољава оштећењем способности које настају током развојног периода и значајно доприносе општем ступњу развоја интелигенције (мишљење, говор, моторика, социјалне способности)"* (ICD-10, SZO, 1992). У том смислу, приступ овог класификационог система је пре свега развојни, јер подразумева процену степена развоја сваке од појединачних способности које чине интелектуални развој, а које се значајно могу разликовати код сваке индивидуе понаособ. ИО је хетерогено стање, са специфичним профилем нивоа развоја сваке од поменутих функција (Harris, 2005: 47). Класификациона схема подразумева следеће нивое ометености: *лака ИО* (КИ од 50-69), *умерена ИО* (КИ од 35-49), *тежа ИО* (КИ од 20-34) и *тешка (дубока) ИО* (КИ <20), при чему свака категорија има специфичан профил когнитивног, емоционалног и социјалног развоја. Дата је и категорија *неспецификоване ИО*, са немогућношћу прецизне дијагнозе нивоа ометености, пре свега због неапликбилности доступних тестова и скала процене. Вишедимензионалност ове класификације огледа се у постојању могућности дијагностиковања придружњих медицинских, бихејвиоралних и емоционалних проблема и стања код особа са ИО применом вишеаксијалног модела

класификације, при чему Оса 1 означава саму тежину ИО и присуство бихејвиоралних проблема, док остале осе подразумевају присуство придружених медицинских стања, психијатријских поремећаја, глобалну клиничку процену психосоцијалне ометености и постојање придружених абнормалних психо-социјалних стања (ICD-10, SZO, 1992).

ДСМ-IV-ТР КЛАСИФИКАЦИЈА

Мултиаксијална класификација степена ИО у систему **ДСМ-IV-ТР** заснива се на вредности измереног коефицијента интелигенције и подразумева следеће категорије: *лака ментална ретардација* (КИ 50-55 до 70); *умерена ментална ретардација* (КИ 35-40 до 50-55); *тешка ментална ретардација* (КИ 20-25 до 35-40) и *дубока ментална ретардација* (КИ < 20-25), као и категорију *неспецификоване менталне ретардације* (интелигенција се не може проценити доступним тестовима, али функционисање особе указује на интелектуалну ометеност). Заостајање у интелектуалном развоју мора бити праћено озбиљним кашњењем развоја адаптивних вештина, које се описују као успешност у задовољењу стандарда које пред особу поставља средина, на основу њеног узраста. Класификација нивоа интелектуалне ометености налази се на Оси 2, док је оса 1 предвиђена за одређени психијатријски поремећај, а Оса 3 односи се на евентуални генетски синдром или медицинску дијагнозу, уколико се она може установити. Осе 4 и 5 обухватају утицаје психосоцијалних и срединских чинилаца на дијагностику поремећаја, третман и прогнозу (економски, окупациони, средински и слични проблеми), као и глобалну клиничку процену функционисања особе у социјалној средини, што обезбеђује могућност уважавања великих индивидуалних разлика појединаца са истим нивоом интелектуалног функционисања (APA, 2000).

КЛАСИФИКАЦИЈА АМЕРИЧКЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ ЗА ИНТЕЛЕКТУАЛНУ И РАЗВОЈНУ ОМЕТЕНОСТ (AAIDD)

Класификација ИО Америчке асоцијације за интелектуалну и развојну ометеност заснива се на чињеници да је за дијагностиковање ове развојне ометености неопходно да постоје значајна ограничења како интелектуалног развоја, тако и адаптивних вештина, о чему је већ било речи у поглављу о дефинисању ИО. Важне претпоставке ове класификације односе се на уважавање индивидуалних снага и слабости особе, као и узимање у обзир карактеристика социјалне средине, лингвистичког и културалног диверзитета у доношењу коначне дијагностичке одлуке. За разлику од претходна два система класификације, ова асоцијација као основни критеријум не узима измерен ниво интелектуалног функционисања, већ ниво и степен потребне подршке у свакој од следећих пет димензија функционисања:

- *интелектуалном функционисању,
- *адаптивном понашању,
- *здрављу (физичком и менталном),
- *партиципацији, интеракцији и социјалним улогама и
- *контексту (околина и култура)

Ниво потребне подршке може бити *интермитентан* (повремен), *ограничен* (везан за специфичне области или ситуације), *екстензиван* (продужена подршка, већи део активности) и *первазиван* (стална, интензивна подршка), што би одговарало степену развијености сваке од наведених индивидуалних и социјалних развојних димензија особе (AAIDD, 2010). Свеобухватност овог приступа огледа се у процени различитих аспеката функционисања особе са ИО, не занемарујући ни еколошку перспективу уважавања свих психо-социјалних фактора који могу утицати на симптоматологију ометености, као и на њено свеукупно испољавање, које је контекстуално одређено.

Из свих класификационих система, проучавањем дефиниција јасно је да појам заостајања у менталном развоју подразумева не само интелектуално-когнитивно већ и адаптивно заостајање. Недостатак адаптивних вештина, тешкоће социјализације и задовољавања захтева реалитета који су очекивани с обзиром на пол, узраст и квалитет социјалних улога чине, поред мерљивог когнитивног заостајања, суштину синдрома

интелектуалне ометености. Нови, модификовани класификациони системи пребацују фокус са статичних класификационих схема и дефиниција ка динамичком моделима функционисања особа са ИО, све више уважавајући индивидуалне карактеристике и развојне промене као резултат садејства вишеструких фактора развоја који се морају узети у обзир.

2.1.3. ЕТИОЛОГИЈА

Интелектуална ометеност је неуроразвојни поремећај, који је везан за разноврсне етиолошке факторе. Они се начелно могу поделити на биолошке, психосоцијалне и комбиноване, а по времену испољавања дејства на **пренаталне, перинаталне и постнаталне**. Интелектуална ометеност најчешће је резултат садејства више фактора, а само у ограниченом броју случајева могуће је са сигурношћу утврдити патолошки супстрат, дакле јасан органски узрок и пратећи неуропатолошки образац. Вишеструки узрочни фактори интелектуалне ометености, који испољавају сложене облике међуинтеракција, укључују генетске предиспозиције, срединске патогене утицаје, развојну вулнерабилност, наслеђе и шире утицаје средине (Harris, 2005: 100). У изучавању етиологије ИО дуго је доминирала биомедицинска перспектива, која обухвата детектовање органских узрока ИО, укључујући и широк спектар генетских синдрома који узрокују интелектуално заостајање. Ипак, постало је јасно да се на тај начин може објаснити тек око 20% регистрованих случајева (Harris, 2005: 81), па је тек последњих пар деценија остварен напредак у смислу испитивања осталих потенцијалних етиолошких фактора, као што су средински фактори (социо-економски, едукативни, екстремна социјална или емоционална депривација) или њихове комбинације са неуропатологијом или генетским диспозицијама. Ипак, треба напоменути да се код око 30-50% случајева ИО ни после детаљне дијагностичке евалуације не може са сигурношћу установити узрок интелектуалног заостајања (Curry et al, 1997). У Табели 1 дат је преглед могућих етиолошких фактора ИО, са назначеним временом потенцијалног дејства (Durkin et al, 2001).

Табела 1: Категорије узрочника интелектуалне ометености, по врсти и времену дејства (Durkin et al, 2001)

| Време деловања | Категорија | Пример |
|--|--|--|
| Периконцепцијски фактори | Генетски-хромозомски Аберације полних хромоз. Аутозомно-доминантни Метаболички Сегментни аутозомални синдроми Генетски и нутрициони | Даунов синдром Фрагилни "X" синдром Фенилкетонурија, Неурофиброматоза Хипотиреоидизам Прадер-Вили синдром Дефекти неуралне тубе |
| Интраутерини фактори | Инфекције Лекови Тешки метали и хемијске супстанце Нутрициони | Токсоплазмоза, Рубеола, Цитомегаловирус, Херпес, ХИВ Сулфонамиди, антиконвулзанти Олово, жива Јод |
| Перинатални и постнатални фактори | Компликације приликом рођења Инфекције Изложеност токсичним материјама Повреде Депривација | Прематуритет, асфиксија, ниска порођајна тежина Енцефалитис, менингитис, варичела Олово, жива Повреде мозга, злостављање Занемаривање, недостатак стимулације |

У групи органских фактора ИО доминирају генетски синдроми и нумеричке и структуралне хромозомске аномалије, који чине око 35% познатих узрочника тежих облика ИО. Познато је преко 750 генетских синдрома који се могу повезати са интелектуалном ометеношћу (Harris, 2005. 103). Најчешће су аберације телесних хромозома, са највећом фреквенцијом Лангдон – Даунове тризомије 21 пара, која резултира специфичним конгениталним аномалијама, телесним и органским дефицитима, карактеристичним монголоидним изгледом лица и обавезном интелектуалном ометеношћу, најчешће умереног или тежег степена.

Као један од честих узрочника ИО помиње се и синдром фрагилног "X" хромозома, који узрокује и до 30% интелектуалне ометености код особа мушког пола. Синдром фрагилног "X" спада у најфреквентнију форму наследне ИО, везан за мутације ФМР1 гена на икс хромозому, који је детектован 1991. године. Мутација подразумева патолошку амплификацију поновака секвенце гена, CGG триплета, која броји и од 200-1000 поновака у односу на нормалних 6-50, која резултира ремећењем функције гена и недостатком ФМР1 протеина, значајног за когнитивни развој (Bell et al, 1991). У изучавању генетских ефеката ове мутације, као и грађаних облика и степена фенотипског испољавања, које може бити изразито варијабилно, морају се узети у обзир тзв. епигенетски фактори, односно начини на које средински и развојни фактори утичу и мењају генску експресију.

Поред хромозомских, као узрочници ИО помињу се и генске, тачкасте мутације, које најчешће резултирају урођеним грешкама метаболизма и метаболичким обољењима са последичним интелектуалним оштећењима (фенилкетонурија, галактоземија, фруктоземија, Теј-Саксова амауротична идиотија и сл.). Значајна пропорција случајева везана је за нутриционе факторе и недостатак есенцијалних хранљивих материја, који се може детектовати током трудноће, али и након рођења. У ову групу узрочника спадају дефекти неуралне тубе (микроцефалија, спина бифида) настали због недостатка фолне киселине (Czeizel, 1995), као и неурална оштећења која су последица хипотиреозе и недостатка јода (O'Donnell et al, 2002). Поред поменутих фактора, не треба занемарити ни изложеност ендогеним и егзогеним токсинима, радијацији, инфективним агенсима, лековима и психоактивним супстанцама, као и пре-пери- и постнаталним траумама, који појединачно или у комбинацији могу довести до

застоја интраутериног раста, проблема неуралног развоја и последичног интелектуалног заостајања. Ови фактори најчешће су повезани са озбиљнијим застојем у когнитивном развоју, али се и код 35-40% особа са лаким ИО може установити присуство неког од поменутих узрочника (Hagberg et al, 1981, по Harris, 2005: 102). У постнаталном периоду значајно је и дејство дегенеративних обољења, енцефалопатија праћених демјелинизацијом, повреда, тумора, као и срединских чинилаца везаних за недостатак стимулације, хроничну сензорну или социјалну депривацију, злостављање детета и емоционално и едукативно занемаривање.

Одређивање етиолошког фактора интелектуалне ометености есенцијално је, пре свега због бољег разумевања облика и степена оштећења, прогнозе, као и због адекватног планирања третмана и моделовања сервиса подршке. Раније присутна оштра дистинкција етиолошких фактора на неуробиолошке и социокултурне сада треба да се посматра у новом светлу интеракције кроз епигенетске принципе садејства фактора развоја и срединских утицаја, који долазе до изражаја на свим нивоима интелектуалне ометености. Некада је лака ИО, због немогућности поуздане детекције органског етиолошког фактора, сматрана тзв. социокултурном-фамилијарном ометеношћу, чиме се сугерисала доминација спољних, васпитно-едукативних и социјалних фактора у настанку ометености. Данас, међутим, у светлу нових дијагностичких процедура и могућности, све се више откривају суптилне органске основе успореног когнитивног развоја и на овим нивоима оштећења, тако да треба очекивати откривање нових органских узрочника, који би објаснили категорију лаког интелектуалног заостајања ближе него искључивим повезивањем са социјалном депривацијом и неповољним едукативним и васпитним утицајима. Напредак молекуларне биологије и истраживања на нивоу неурона отворили су ново поглавље у изучавању лаке ИО у смислу што се све већи нагласак ставља на патологију процеса *неурогенезе и неуродиференцијације* ин утеро, подразумевајући пре свега процесе миграције неурона и њихову цитоархитектонску изградњу, чиме се потенцијално може објаснити одређени проценат случајева лакше ометености, код којих не постоје макроанатомске промене, видљива неуропатологија, нити се може утврдити неки други егзактан органски или средински етиолошки фактор.

2.1.4. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Преваленца овог развојног поремећаја у општој популацији од 1-3% (WHO, 2001). Чак 85% интелектуално ометених спада у категорију лаке интелектуалне ометености (КИ од 50-69), док осталих 15% одлази на теже облике (умерена, тешка, дубока ИО). Око 0,3% светске популације функционише на нивоу тешке (дубоке) ИО и она је у 50% случајева генетски детерминисана (Smith, 2005: 17). Подаци о преваленци у литератури веома су хетерогени и зависе од критеријума класификовања, присуства вишеструке ометености, као и коришћених дијагностичких инструмената. Анализа преваленце указује да се ИО, посебно лака, најфреквентније дијагностикује на школском узрасту, што је и очекивано, с обзиром на одсуство типичних органских и телесних стигмата и манифестовање заостајања у развоју тек приликом сусрета са сложеним академским и адаптивним захтевима школске средине. Теже облике ометености могуће је детектовати већ приликом рођења детета, најчешће зато што подразумевају вишеструке телесно-менталне сметње са јасно видљивим симптомима и често представљају део одређеног генетског синдрома.

Интелектуална ометеност чешћа је код дечака, са односом 1,3-1,5:1 (APA, 2000), а као разлози за то наводе се већа вулнерабилност мозга дечака на различите пренаталне и постнаталне инсулте (McLaren & Bryson, 1987, по Hodar & Dykens, 2005: 239), као и велика распрострањеност "X"-везане интелектуалне ометености, посебно синдрома фрагилног "X" хромозома (Hodar & Dykens, 2005: 239).

2.1.5. РАЗВОЈНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ДЕЦЕ СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Као што је већ назначено, лака интелектуална ометеност подразумева, на основу критеријума референтних класификационих система, коефицијент интелигенције у рангу од 50-69 јединица, измерен стандардизованим тестовима, као и значајно заостајање адаптивних вештина и способности, одређено скалама процене и опсервацијом понашања у социјалном контексту (види поглавље о класификацији и

дијагностици). Ова категорија обухвата 85% оних који су класификовани као интелектуално ометени. Органски узрок лаке ометености најчешће се не може утврдити, так

о да има аутора који сматрају да ову категорију ИО треба посматрати само као доњи ниво нормалне дистрибуције когнитивних способности, јер развој ове деце следи исту путању као код деце просечне популације и показује само квантитативне, али не и квалитативне дефиците у когнитивном функционисању (Bennet-Gates & Zigler, 1998). Испољавање когнитивних и адаптивних проблема код ове деце, по неким ауторима, изразито је контекстуално-специфично, што значи да оно обухвата суптилне потешкоће академског и социјалног учења, које се понекад не могу адекватно изразити и дијагностиковати кроз постојеће класификационе и дијагностичке системе (McMillan et al., 1996, по Repley, 2004: 37).

Деца са лаком ИО показују благо заостајање за вршњацима у различитим сферама развоја: моторици, перцепцији, пажњи, памћењу, учењу, говорно-језичким функцијама. Основни фокус јесте на проблемима академског и социјалног учења, који постају посебно изражени са поласком у школу и појачавањем захтева средине. Квалитет когнитивног функционисања ове деце показује карактеристичну когнитивну ригидност и тешкоће решавања проблема и оперативности мишљења, које остаје на нивоу конкретних логичких операција, без могућности достизања апстрактног, хипотетичког нивоа и разумевања апстрактних концепата (Пијаже, Инхелдер, 1988: 157-162). Тешкоће генерализације и учења из искуства доводе до специфичних проблема усвајања академских знања и вештина (читање, писање), као и разумевања социјалних норми и усвајања понашања која су примерена контексту. Резултати истраживања која се баве когнитивним профилима деце са лаком ИО сведоче о проблемима радне меморије (Henry, 2001), развојном кашњењу способности краткотрајне меморије, посебно њеног вербалног модула (Hasselhorn & Mähler, 2007), као и специфичних проблема пажње, која је неселективна, изразито дистрактибилна, краткотрајна и тешко се фокусира на релевантне стимулусе (Bigby et al, 2007), што има значајне последице на успешност праћења, разумевања и усвајања академског материјала и учење нових вештина. Перцептивне способности такође показују специфичне дефиците различитих модалитета. Говорно-језичке способности

карактерише кашњење говорног развоја, сиромаштво речника, тешкоће артикулације и фонације, проблеми рецептивног говора, језичке семантике и прагматике, смањена вербална флуентност, као и тешкоће усвајања граматичких правила до аграматизма.

Социјалне вештине деце са лаком ИО заостају у односу на карактеристике социјалног понашања и интеракција просечних вршњака. Један од кључних дефицита код ове деце јесу проблеми социјалне компетентности и социјалне интеграције. Ове потешкоће уско су везане са когнитивним заостајањем, које неминовно резултира неадекватном социјалном когницијом, тј. проблемима процесирања социјалних информација (Haskett & Willoughby, 2006). Свака социјална ситуација захтева адекватну интерпретацију социјалних односа и понашања других, као и регулацију властитих емоција и селектовање и моделовање одговора, што представља проблем за дете са лаком ИО (Crick & Dodge, 1994). Деца са лаком ИО често имају перцептивне и говорно-језичке потешкоће, које доприносе проблемима разумевања социјалних односа, тумачења интерперсоналних порука и успостављања адекватних релација са социјалним окружењем. Познато је и да су код ове деце често присутна маладаптивна и асоцијална понашања, агресивност, тешкоће инхибиције, као и емоционалне тегобе и проблеми пажње, што додатно доприноси социјалним потешкоћама. Сви ови фактори утичу на појачану социјалну изолацију, проблеме остваривања и одржавања адекватних социјалних односа и одбацивања од стране вршњака и шире социјалне средине. Социјалне интеракције деце са лаком ИО карактеришу се ниским нивоом конверзације и разумевања, пасивним интерактивним улогама (снижена асертивност, субмисивност, склоност повлачењу из односа), недовољним усмеравањем пажње на социјалног партнера, као и преферирањем социјалних размена са одраслим или знатно млађим особама (Hughes et al., 2002).

2.1.6. ВАСПИТАЊЕ И ОБРАЗОВАЊЕ ДЕЦЕ СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Проучавањем блиске историје постаје јасно да је брига о особама са сметњама у интелектуалном развоју најпре била везана за институције затвореног типа и базирана на медикаментозној терапији и покушајима третирања поремећаја неконвенционалним методама "боравка на чистом ваздуху" или радном терапијом. Институције су биле рестриктивног типа, озбиљнији поремећаји били су третирани имобилизацијом и нехуманим приступом. Значајни помаци почели су напретком медицине и психијатрије и процесом уважавања основних људских права, по којима особе са интелектуалном ометеношћу имају право да партиципирају у социјалној средини и преузимају социјалне улоге које им припадају, чиме започиње ера *деинституционализације* и *нормализације*, покушаја минимизирања онеспособљености и спречавања настајања *социјалног хендикера* путем стварања услова да се деца и млади са интелектуалним сметњама интегришу у примарну социјалну средину у оквиру својих могућности (Culham & Nind, 2003). Није без значаја откриће *attachment*-а (Bowlby, 1969) и наглашавање значаја раних афективних веза за ментално здравље, благостање и целокупан развој детета са сметњама.

Образовање у специјалним основним и средњим школама и специјализованим одељењима и групама редовних школа, а по прилагођеном плану и програму, дугогодишњи је и добро развијен систем школовања деце са ИО у нашој средини. Специјалне основне и средње школе најчешће похађају деца са лаком ИО, по упућивању од стране надлежних комисија за категоризацију, након стручне евалуације способности и поремећаја детета. Појавом концепта *инклузије* почело је преиспитивање адекватности оваквог, по многим сегрегационог приступа, уз аргументе да инклузивни систем васпитања и образовања овој деци пружа више шанси за развој социјалне компетентности, социјалних, емоционалних, когнитивних и бихејвиоралних вештина које су неопходне за социјалну адаптацију (Welsh & Bierman, 1998.). Без обзира на прилагођене услове специјалних школа, који подразумевају обучене кадрове, могућности индивидуалног приступа, мали број деце у групама и стављање нагласка на развијање функционалних вештина, сматра се да интеракција са вршњацима типичног

развоја представља знатно погоднију и богатију социјалну и говорну средину, која ће позитивно утицати на едукацију и целокупан развој ометеног детета (Hardiman et al, 2009). Ипак, искуства из земаља које деценијама уназад примењују инклузивни едукативни приступ указују на опречне резултате. Први проблем на који се наилази јесу предрасуде и негативни ставови наставника, који испољавају бојазан пред непредвидивим понашањем и емоционалним проблемима деце са ИО. Овакве ставове поткрепљује и дистанца родитеља деце типичног развоја, који зазиру због страха да ће интелектуално ометено дете снизити захтеве и критеријуме наставе и окупирати пажњу наставника, тако да се они више не могу у довољној мери посвећивати осталој деци. И ако формално укључена, деца са ИО често изостају са часова и не успевају да задовоље минимум захтева предвиђен Индивидуалним образовним планом (Allen, 2003: 27). Штавише, истраживања су показала да је стигматизирање неизбежно, па чак и да инклузивна учионица представља подлогу за још јаче испољавање разлика између деце са ИО и просечних вршњака. Неизбежно социјално поређење, социјална конкуренција са високо постављеним стандардима, тржишно схватање образовања које цени конкуритивност, продуктивност и индивидуално постигнуће (Peters & Oliver, 2009), стављају интелектуално ометено дете у парадоксалну ситуацију "тако близу, а тако далеко", омогућавајући му да се донекле приближи недосађаном сну когнитивне снаге и менталног здравља, а потом још јасније осети тешкоће социјалног неприхватања, неразумевања и прећутног, а понекад и сасвим гласног одбацивања. Имајући у виду крхко ментално здравље ове деце, потребно је водити рачуна о психолошком ефекту оваквих вршњачких интеракција, узимајући у обзир чињеницу да истраживања показују да се у инклузивниј групи интеракције не дешавају спонтано, већ најчешће посредовано од стране наставника и да је генерализација социјалних вештина и искустава које дете са ИО и стекне у инклузивној учионици мала кад су у питању животне ситуације изван школског контекста (Hughes et al, 2002). Бити у групи са много способнијим ученицима може имати негативне ефекте на самопоуздање и емоционално благостање деце са ИО (Freeman & Alkin, 2000). Тешкоће разумевања социјалних правила и норми понашања од стране ометеног детета, велика очекивања наставника редовних школа везана за познавање и поштовање стандарда развоја и понашања просечног детета као и недовољно познавање проблематике интелектуалне ометености и ризика од

бихејвиоралних и психолошких поремећаја, фактори су који могу додатно угрозити психолошку стабилност ометене деце и довести до појачавања негативних ефеката ометености у смислу јављања секундарних последица – проблема прилагођавања, пада самопоштовања, анксиозности и клинички манифестованих психијатријских поремећаја. Осећање неуспеха, које је последица претерано високих захтева или резултат негативног социјалног поређења, појачава социјалну дистанцу и доводи до интензивирања осећања изолованости, пада социјалних компетенција и академског неуспеха. Не мала препрека успешној социјализацији јесу и комуникациони проблеми деце са ИО, који отежавају разумевање социјалних интеракција, доводе до лоше интерпретације социјалних ситуација и испољавања маладаптивних образаца понашања. Социјално одбацивање и поремећаји интеракције са вршњацима и непосредним окружењем могу довести и до низа интернализованих проблема у смислу интензивирања анксиозне диспозиције, пасивности, субмисивности, депресије и других озбиљних тегоба. Ова проблематика постаје посебно изражена са наступањем периода адолесценције и појачавањем свести о индивидуалним разликама, као и кумулацијом ефеката доживљених осујећења, како на пољу академског (не)успеха, тако и на пољу често неуспешно остварених социјалних интеракција, што понекад доводи до нагле детериорације психичког и социјалног функционисања и појаве менталне болести. Не ретко се дешава и да деца, а посебно адолесценти са ИО постану жртве вербалне и физичке агресије и малтретирања (bullyng), пре свега због мањка самопоштовања, које је најчешће последица одбацивања од стране здравих вршњака, затим присутних емоционалних потешкоћа (анксиозност, депресивност, повлачење) као и немогућности да се одбране (Norwich & Kelley, 2004). Одбацивање и виктимизација у периоду школовања потенцирају негативне психолошке последице у каснијем животном добу, тако да ова деца касније могу испољавати асоцијално понашање, депресију па и психотичне поремећаје. Јасно је да то представља веома велике захтеве за наставнике инклузивних школа и још више појачава њихову бојазан пред едукацијом интелектуално ометене деце, када се једном продре у суштину интелектуалне ометености и открије запањујућа комплексност и хетерогеност те категорије деце и младих. Свему реченом треба додати чињеницу да наставници редовних школа често нису довољно едуковани и припремљени за имплементацију техника модификације

ризичних понашања, као ни за препознавање симптома менталних болести и поремећаја, па је у том смислу неопходна додатна едукација или ангажовање стручњака са поља менталног здравља и специјалне едукације, који би својим саветима и ангажовањем минимизирали негативне последице и инклузивно образовање приближили свом основном циљу, а то је социјална правда и једнаке могућности за све. Да, али само уз додатна кадровска, материјална, методска и психолошка средства.

2.2. ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПРОБЛЕМИ ОСОБА СА СМЕТЊАМА У ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ РАЗВОЈУ

2.2.1. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Све до 80-тих година прошлог века симптоми менталних болести код особа са сметњама у интелектуалном развоју сматрани су структурним делом саме ометености, а учестали поремећаји расположења и понашања су били игнорисани или супримирани коришћењем рестриктивних васпитних мера и аплицирањем психофармака, најчешће транквилизера и антипсихотика, без успостављања прецизне дијагнозе (Borthwick-Duffy, 1994). Такав приступ проблематици следио је из уверења да особе са интелектуалним сметњама не могу да развију клинички облик одређене менталне болести, већ да су бихејвиорални или емоционални проблеми последица специфичности развојних процеса карактеристичних за саму ометеност (Szymanski & Grossman, 1984). Ово гледиште убрзо је допуњено ставом да у основи ометености, као и потенцијалних менталних проблема, леже заједнички, пре свега органско-неуролошки фактори и да су, с тога, симптоми менталних поремећаја код ових особа нелечиви и не могу се третирати стандардно коришћеним методама (Borthwick-Duffy, 1994).

Почетком 80-тих година 20. века, а у склопу захуктавања процеса хуманизације приступа особама са ИО и филозофије и праксе нормализације и инклузивности, све више се препознају знаци менталних болести код ове популације и постаје јасно да оне

могу испољити читав спектар симптома који су у основи слични онима који се јављају и код особа просечне популације. У исто време, истраживања везана за различите облике терапије и третмана показују да се већина терапијских процедура коришћених у лечењу менталних обољења особа без ометености може са успехом применити и код особа са лаком ИО. Ипак, без обзира на напредак на пољу изучавања и разумевања менталних проблема особа са ИО, многи клиничари и даље показују тенденцију занемаривања и минимизирања симптома менталних болести код ове популације, што се у мета-анализи означава термином *дијагностичка замагљеност* (Reiss et al, 1982), који управо упућује на проблем умањења дијагностичког значаја клиничких симптома емоционалних и бихејвиоралних проблема у присуству интелектуалне ометености, која се сматра примарном. Овакви ставови свакако утичу на ефикасност препознавања и дијагностиковања менталних обољења код особа са ИО, чиме се појачава опасност од неблаговременог терапијског реаговања и последичног погоршања стања.

2.2.2. СИМПТОМАТОЛОГИЈА И ПРОБЛЕМИ ДИЈАГНОСТИКОВАЊА

Веза интелектуалне ометености са одређеним облицима психијатријских поремећаја проучава се као проблематика тзв. *двојне дијагнозе*, са сагледавањем међусобних утицаја когнитивно-адаптивног заостајања и симптома менталног обољења. Тип и тежина психијатријских поремећаја разликују се у зависности од нивоа интелектуалног заостајања, са преминацијом афективних поремећаја, посебно депресивности и биполарних психоза на вишим нивоима функционисања, а схизофрено-психотичних, импулсивно-агресивних и стереотипних понашања на дубљим нивоима ометености. Многа истраживања показала су да је код особа са лаком ИО и граничним нивоима интелигенције присутна већа заступљеност психијатријских симптома и болести у односу на особе са тежом ИО (Holden & Gitlesen, 2004, Myrbakk & von Tetzchner, 2008), али са обавезном напоменом да су испољавања психијатријских симптома код особа са дубљом ометеношћу веома атипична, понекад тешко препознатљива и најчешће повезана са бихејвиоралним манифестацијама, које, уколико се узму у обзир као психијатријски симптом, вишеструко повећавају учесталост

менталних обољења код особа са тежом ИО. Симптоматологија менталних болести код особа са лаком ИО слична је као код особа без ометености, док су код особа са тежим облицима ИО често присутна тзв. *изазовна понашања* (challenging behaviors), која се могу посматрати као *бихејвиорални еквиваленти* психијатријских обољења (Clarke & Gomez, 1999), што има вишеструк дијагностичко-терапијски значај. Изазовна понашања укључују различите бихејвиоралне манифестације, међу којима су најчешће агресивно/деструктивне тенденције, самоповређивање, социјална изолација и стереотипије, које могу указивати на постојање психопатологије. Наиме, утврђено је да је појачање фреквенције ових маладаптивних понашања повезано са постојањем психијатријских болести и чешће код особа са ИО и менталним обољењима (Rojahn et al, 2004). На појачавање изазовних понашања најчешће утичу депресија, анксиозност, хипоманија и психотични поремећаји, са посебно наглашеном везом иритабилности и самоповређивања са анксиозношћу и депресијом, као и агресивности/деструктивности и самоповређивања са хипоманијом и психотичним поремећајима (Hemmings et al, 2006).

За разлику од особа са лаком ИО, стандардне дијагностичке и терапијске процедуре код особа са тежим облицима интелектуалног заостајања показале су дискутабилну ваљаност, па се појављује проблем дијагностиковања, али и проблем терапије менталних обољења код особа са тежом ИО. Проблем дијагностиковања усложњава се присуством *интелектуалних дисторзија* (тешкоћа описивања емоционалних стања и симптома због поремећаја апстрактног мишљења, рецептивног и експресивног говора), затим *психосоцијалног маскирања* (ограничено социјално искуство многих особа са ИО утиче на садржај психијатријских симптома, као нпр. параноидних идеја), *когнитивне дезинтеграције* (чест пратилац интелектуалне ометености је снижена способност толеранције стреса, а под стресом ове особе испољавају повишену анксиозност која води ка дезорганизацији мишљења и понашања, што се може мисинтерпретирати као нпр. психоза) и тзв. *базичног појачавања* (многе особе са ИО испољавају дугорочне обрасце маладаптивног понашања, па уколико развију менталну болест, промена у њиховом стању може бити изражена кроз пораст фреквенције раније постојећих маладаптивних симптома) (Sovner, po Ainsworth & Baker, 2004: 136-136).

2.2.3. ПРОБЛЕМИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ДЕЦЕ И МЛАДИХ СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Многа истраживања показала су повећану учесталост психијатријских поремећаја код деце и адолесцената са ИО у односу на популацију без ометености. У зависности од операционализације варијабли, инструмената процене и карактеристика испитиваних популација, процене указују да 30-60 % деце и младих са ИО има неки психијатријски поремећај, што је три до четири пута већа заступљеност него код деце опште популације (Dekker et al, 2002, Linna et al, 1999). Епидемиолошка студија Ајнфелда и Тонга (1996) показала је да чак 40% деце са лаком ИО има озбиљне бихејвиоралне и емоционалне сметње, чије тежина и клиничка слика задовољавају стандардне постојећих дијагностичких критеријума (Einfeld & Tonge, 1996). Аутори наглашавају да ова деца најчешће испољавају маладаптацију, агресивност, противљење и пркос, као и асоцијално и антисоцијално понашање комбиновано са коморбидним интернализованим, емоционалним сметњама, што усложњава терапијске приступе и погоршава прогнозу (Einfeld & Tonge, 1996, Embregts et al, 2010).

Најраспрострањенији проблеми, како показују поједине епидемиолошке студије на националним узорцима, јесу емоционални поремећаји (12%), анксиозност (11,4%), поремећај пажње са хиперактивношћу (8,9%) и поремећаји понашања (20%), што су вишеструко већи нивои заступљености него у просечној популацији (Emerson & Natton, 2007). Чак 36,8% деце са лаком ИО задовољава ДСМ-4 критеријуме коморбидних менталних обољења, која озбиљно угрожавају едукацију, социјалну интеграцију и функционисање ове деце и смањују њихове адаптивне капацитете (Dekker et al, 2002).

Упркос чињеници о високој заступљености менталних проблема код деце са лаком ИО, код ове популације постоји општи тренд занемаривања и препознавања симптома менталних болести, пре свега због феномена *дијагностичке замагљености*, атипичних клиничких испољавања, комплексног коморбидитета стања и неадекватних инструмената процене. Поред институција примарне здравствене заштите и психијатријско-рехабилитационих служби, велика улога у иницијалном скринингу поремећаја и покретању дијагностичко-терапеутских поступака припада школама и наставницима који раде са овом децом, пре свега путем директног учешћа у

препознавању симптома и упућивања детета одговарајућим стручним службама. Исто тако, познато је да се родитељи најчешће обраћају наставном особљу у потрази за информацијама о здрављу и проблемима њихове деце (Taggart & McMullan, 2007). Јасно је, ипак, да је потребна боља и свеобухватнија *едукација наставног кадра* који ради са децом са ИО о менталним проблемима и поремећајима, начинима њиховог испољавања и препознавања, као и могућим приступима и раду са дететом које има двојну дијагнозу. Једно од могућих решења било би организовање додатних едукација и тренинга наставника од стране стручних психијатријских служби, чиме би се поспешила могућност наставника да адекватно препознају знаке менталне болести код својих ученика применом одговарајућих скрининг техника. Поред тога, овим поступком побољшала би се индивидуализација васпитно-образовног приступа ометеном детету узимањем у обзир и специфичности његовог менталног здравља. Све ово неопходно је из разлога што и данас веома мали број деце са сметњама у интелектуалном развоју, која имају коморбидних менталних проблема прима адекватну психолошку и психијатријску помоћ. Третман се своди, у главном, на модификацију понашања која је једнострана и има за циљ уклапање детета у социјалне и конвенционалне норме, а не брига о његовом менталном здрављу и благостању.

ДВА ПОЛА ПРОБЛЕМА

Психопатологија код деце може се посматрати из угла димензионалног или категоријалног приступа, као и уважавањем развојних карактеристика поремећаја, и комплексне интеракције индивидуалних и срединских фактора у настанку проблема. Док категоријални приступ подразумева дијагностиковање поремећаја на основу присуства и изражености клиничких симптома одређених категорија менталних обољења дефинисаних у стандардним класификационим системима, димензионални приступ предвиђа сврставање карактеристичних психопатолошких испољавања у кластере симптома – синдроме, добијене кластер-факторском статистичком анализом (Namen & Rudolph u: Mash & Barkley, 2003: 43). Димензионално, психопатолошка испољавања код деце, па и оне са лаком ИО, могу се посматрати кроз припадност једној

од две дистинктивне димензије проблема: *екстернализованом*, која подразумева мањак личне контроле, агресивност, деструктивност, хиперактивност, пркосност и асоцијалне тенденције и, с друге стране, *интернализованом*, која је последица прејакне личне контроле и обухвата симптоме повлачења, дисфорије, анксиозности и депресивности. Ове две дихотомне димензије психопатологије представљају широке категорије проблема у које се могу укључити и симптомски варијетети појединачних дијагностичких категорија постојећих класификационих система (Achenbach & Edelbrock, 1978). Екстернализовани проблеми генерално су стабилнији од интернализованих и имају лошију прогнозу, као и релативну отпорност на терапијске интервенције (Hinshaw, 1992). Такође, екстернализоване сметње чешћи су разлог дијагностичких евалуација и третмана, посебно код деце школског узраста, зато што подразумевају дисруптивна понашања, која се лако уочавају и представљају велики проблем у едукацији и социјализацији деце, као и фактор који породица, вршњаци и наставници препознају као посебно проблематичан (Gottlieb & Weinberg, 1999). Ови подаци репрезентују различите ставове које средина има према различитим врстама психопатолошких испољавања код деце и делимично објашњавају због чега подаци о преваленци говоре да су маладаптивна понашања бар два пута чешћа од интернализованих сметњи (Gottlieb & Weinberg, 1999). Озбиљне сметње понашања, на пример, наставници у раду и односу са децом доживљавају као највећи проблем, који код њих доводи до пораста нивоа стреса, незадовољства послом и интензивнијег усмеравања пажње на та испољавања (Schloss et al. u: Reynolds & Johnston (eds), 1994: 445).

Иако је учињено много напора да се постигне валидност и поузданост класификационих критеријума и схема дечје психопатологије, остаје јасно да је веома тешко установити довољно поуздан систем класификације, пре свега због фактора као што су: велика варијабилност и атипичност симптоматологије, преклапања симптома различитих поремећаја, чест коморбидитет, хетерогеност етиологије, као и неизоставан, али понекад тешко разлучив утицај развојних фактора на моделовање клиничких слика, где се већина понашања карактеристичних за ментална обољења често јавља и као пролазна развојна фаза током сазревања (Mash & Dosa u Mash & Barkley, 2003: 31).

Овај проблем постаје посебно изражен када су у питању деца са ИО, код које постоје специфичне развојне законитости.

ФАКТОРИ ПОЈАЧАНЕ ВУЛНЕРАБИЛНОСТИ

Узрочници који доводе до појачане вулнерабилности деце са лаком ИО на поједине облике психопатологије могу се посматрати у контексту оних који потичу од самог детета, као и оних који подразумевају удео фактора уже и шире социјалне средине, при чему не треба заборавити ни бидирекционе утицаје и интеракцију поменутих чинилаца. Као и у психопатологији деце просечне популације, фактори ризика за менталне болести и проблеме могу бити везани за нарушено физичко стање и хроничне болести детета, претходну психопатологију, карактеристике темперамента, проблеме у учењу, стресне животне догађаје, менталне проблеме и социопатију родитеља, дисфункционалност породице, живот са једним родитељем и низак социоекономски статус породице (Dekker & Koot, 2003). Студије су показале и значајан утицај пола и узраста детета на карактеристике симптома менталних поремећаја, при чему је рано детињство период озбиљнијих и израженијих проблема, посебно екстернализованих. Дечаци су генерално осетљивији, са много израженијим екстернализованим него интернализованим сметњама (Emerson, 2003). Неки ризико фактори специфично предвиђају одређену димензију проблема, па тако нпр. социопатија родитеља, низак социоекономски статус и дисфункционалност породице имају значајног удела у испољавању екстернализованих сметњи и маладаптације, док су анксиозност и депресивност мајке, смрт родитеља и хроничне болести деце значајни предиктори анксиозно-депресивних и других интернализованих проблема (Dekker & Koot, 2003).

Генетско-биолошки фактори

Разматрање генетско-биолошких фактора појачане вулнерабилности деце са ИО на испољавање емоционалних проблема и проблематичног понашања може се посматрати у контексту органске етиологије самог интелектуалног заостајања, уколико се она може утврдити. У том смислу, психијатријски проблеми узроковани су базичним когнитивним оштећењем, или су и когнитивно оштећење и психијатријски симптоми последица неуролошког дефицита и поремећаја функције мозга (Goodman, 1993). Веза између генетике и понашања изражена је у појму *бихејвиоралних фенотипова*, у чијој основи стоји абнормална мождана структура и генетске, неуротрансмитерске и молекуларне абнормалности, које су и примарни узрок ометености. Термин *бихејвиорални фенотипови* описује како генетски синдроми утичу на понашање, тј. подразумева *"појачану вероватноћу да особе оболеле од одређеног генетског синдрома испоље одређене бихејвиоралне или развојне секвеле у поређењу са особама без тог синдрома"* (Dykens, 1995). Генетски узрокована ИО садржи нека уникатна бихејвиорална обележја, која спадају у њен карактеристичан фенотип, али и нека обележја која су заједничка осталим етиолошким групама. Истраживања везана за *бихејвиоралне фенотипове* дају значајне податке о вези поремећаја понашања и менталних болести код деце са појединим генетски узрокованим стањима. Неке синдромске скупине деце осетљивије су на поједине врсте психијатријских поремећаја и испољавају кластерисане типове поремећаја у понашању. Као пример најчешће се наводе Даунов синдром, аутизам, Синдром фрагилног "X" хромозома и синдром Прадер-Вили, код ког, на пример, постоји потврђена појачана вулнерабилност на афективне поремећаје (депресија, биполарни поремећај), као и склоност пасивности, социјалној изолацији, самоповређивању, тврдоглавости, агресивним испадима, тантрумима (Einfeld et al, 1999).

Даунов синдром представља један од најчешћих генетских узрочника интелектуалне ометености и генетски фактор који је највише изучаван у смислу конструисања типичног когнитивно-бихејвиоралног кластера. Фенотипски профил детета са Дауновим синдромом, осим умерене, ређе лаке ИО, вербалних дефицита и добрих визуо-спацијалних способности, укључује и малу фреквенцију маладаптивних

понашања, доминацију позитивних емоција и фацијалних експресија, изражену социјабилност, али и појачан ризик од испољавања депресивне симптоматологије на старијим узрастима, као и поремећаја памћења и учења - деменције у каснијем животном добу (Hodap & Dykens, 2001).

Широко поље истраживања генетске детерминисаности поремећаја у понашању дало је и много других значајних резултата, пре свега у истраживању специфичних генетских полиморфизама појединих неуротрансмитерских система. Брунер (1993) наводи случај фамилијарног коморбидитета лаке ИО и изражених поремећаја у понашању код припадника једне холандске породице, код које су генетска испитивања показала да постоји мутација гена за MAO (моноаминоксидаза) на "X" хромозому (Brunner et al, 1993). Познат је значај овог хромозома у етиологији ИО, узевши у обзир чињеницу да скоро трећина случајева ИО код дечака изазвана мутацијом на поменутом хромозому (FMR1 ген), што је познато као *Синдром фрагилног "X"*, за који је управо карактеристичан склоп понашања која по својим карактеристикама спадају у клинички проблематична чак у 59% случајева (Argus et al, 2004). Дечаци са овим синдромом, осим когнитивног заостајања, које је најчешће лакшег степена, показују и поремећаје социјалне интеграције, учесталу хиперактивност, склоност социјалном повлачењу и анксиозности, избегавање контакта очима и честе испаде имупсивности, лошу контролу понашања, смањену толеранцију на фрустрације, агресивност усмерену на друге, као и склоност злоупотреби психоактивних супстанци. Ово може бити од великог клиничког значаја, пре свега због сродности овог синдрома са поремећајима из аутистичног спектра, ако се зна да је аутизам најчешће праћен интелектуалном ометеношћу, поремећајима у понашању и тешкоћама комуникације, при чему се, као један од узрочника, помиње и фрагилно "X" (Reiss & Freund, 1992). Јасно је да се за већину случајева лаке ИО на овом ступњу развоја науке не може пронаћи биолошки или генетски узрок, али је упутно размотрити фреквенцију поменутог синдрома као водећег узрочника ИО, пре свега због чињенице да се ретко, посебно у нашој средини, врше генетски скрининзи који би га доказали. Дакле, он остаје непрепознат као узрок, а ипак испољава карактеристичан бихејвиорални фенотип, који се може погрешно нтерпретирати и бити праћен неадекватним терапијским приступима.

Бихејвиоралне карактеристике одређених фенотипова морају се, ипак, схватити пробабилистички, јер је искључено да све особе са одређеном генетском етиологијом испоље баш све елементе понашања које тај фенотип предвиђа. Такође, извесна варијабилност клиничких испољавања је нешто с чим се мора рачунати, чак треба очекивати и висок степен преклапања симптома међу различитим генетским синдромима, што може да укаже на проблем ниске дискриминативности појединих бихејвиоралних знакова (Dykens, 1995).

Социо-демографски фактори

Утицај породичне средине као примарне јединице социјализације детета са сметњама у интелектуалном развоју, као и начина подизања детета и односа према његовој развојним проблемима разматран је од стране различитих аутора као битан етиолошки фактор појачане осетљивости ове деце на испољавање психијатријских сметњи и поремећаја у понашању. Истраживања показују да се родитељи деце са ИО и психијатријским проблемима, посебно сметњама у понашању, осећају мање компетентним у подизању деце и задовољавању њихових потреба. Такође, склонији су социјалној изолацији, искусили су више негативних животних догађаја, чешће живе у проблематичним брачним заједницама и имају више проблема да прихвате стање детета и његова ограничења, а мање су спремни да се укључе у процес едукације и рехабилитације (Embregts et al, 2010). Родитељи деце са ИО изложени су повишеном нивоу стреса и чешће болују од психијатријских болести него родитељи деце типичног развоја, посебно уколико дете пати од озбиљних проблема у понашању. Појачан психосоцијални дистрес води испољавању или појачавању психијатријских тегоба код деце, што потврђује бидирекциону везу између психичких проблема и поремећаја понашања детета и психичких проблема и стреса код родитеља (Baker et al, 2003). Нивои стреса виши су код мајки него код очева и мајке извештавају о тежим симптомима бихејвиоралних и емоционалних тегоба код деце, посебно уколико и саме пате од менталних сметњи као што су анксиозност, социјална дисфункционалност и тежа депресија, што је доказ да квалитет менталног здравља родитеља утиче на начине

на који они процењују особине и понашање детета (Gray et al, 2011). Ментални проблеми родитеља појављују се као значајан фактор психопатологије код деце, пре свега зато што умањују квалитет интеракција са дететом, јер родитељи постају мање респонзивни, неосетљиви на специфичне потребе детета и мање способни да детету пренесу адекватне обрасце и моделе емоционалне контроле и понашања, као и социјалног ангажмана (Meadows et al, 2007). Брига о детету ометеном у развоју представља велики изазов и ставља пред родитеље тог детета озбиљне захтеве, који могу бити задовољени само уколико родитељи деле обавезе око бриге о детету међусобно и са широм социјалном средином, чиме се помаже ангажовање социјалних контаката и вештина (социјална мрежа) у превладавању ситуације, суочавању са проблемом и прихватању ометеног детета, што ће резултирати максималним развојем потенцијала којима дете располаже. И поред тога, родитељи ометене деце имају тенденцију ограничавања социјалних могућности и слободе своје деце, најпре због сопствених проблема суочавања, анксиозности, депресије и осећања кривице, чиме индиректно доприносе усложњавању потешкоћа детета и ометају његов когнитивни, емоционални и социјални развој. Живот у непотпуној породици, са једним биолошким родитељем, као и боравак у институцијама рестриктивног типа, хранитељским породицама или домовима за децу без родитеља негативно се одражава на ментално здравље ове деце, чинећи их подложнијим поремећајима расположења и/или понашања (Dekker & Koot, 2003, Emerson, 2003, Koskentausta et al, 2007).

Такође, истраживања потврђују значајне утицаје квалитета живота, као и осталих ширих демографских, социо-економских и персоналних фактора на испољавање психопатологије код деце са лаком ИО. Неки аутори истраживали су изложеност *сиромаштву и ниском социо-економском положају* породица деце са сметњама у интелектуалном развоју, покушавајући да у томе пронађу узрок појачане вулнерабилности деце са ИО на психопатологију, наводећи, пре свега, мању доступност и нижи квалитет медицинско-рехабилитационих и едулативних сервиса доступних породицама и деци. Утврђено је да се фреквенције озбиљних менталних проблема ове деце вишеструко повећавају у породицама са ниским социо-економским статусом, пре свега због смањених могућности улагања у дечји развој и образовање, нижих образовних и окупационих могућности, лошије хигијене и исхране, као и због

свеопштег појачавања социјалног дистреса родитеља, који је последица дуготрајне изложености сиромаштву, декланширања менталних проблема родитеља, социјалне изолације породице и нарастајућег осећања незадовољства (Hatton & Emerson, 2009). Најфреквентније ментални проблеми везани за низак социо-економски статус породица јесу емоционалне сметње, различите форме маладаптације и поремећеног понашања код деце, асоцијално понашање и злоупотреба психоактивних супстанци, као и оштећења социјалних интеракција и односа са вршњацима (Emerson et al, 2011, Emerson & Turnbull, 2005). Уколико се ови подаци размотре у светлу чињенице да деца са интелектуалним сметњама, посебно лаком ИО, чешће од деце без ометености живе у породицама са лошијим социо-економским статусом, затим дисфункционалним породицама, породицама са једним родитељем, са родитељима који имају низак ниво образовања и велики степен незапослености, као и да те породице чешће потичу из субкултурних заједница или припадају националним мањинама (Leonard et al, 2005), јасно је да је ризик двојне дијагнозе по ову децу веома велики и да се том проблему мора посветити интензивна научно-стручна пажња, што доказује и велики број истраживања која се баве овом тематиком. Наравно, социјални фактори морају се посматрати у интеракцији са етиологијом интелектуалне ометености, као и развојним, психолошким, личним и темпераменталним карактеристикама детета. Може се закључити да низак социо-економски статус породица, незапосленост и низак ниво образовања родитеља, живот у сиромашној средини са малом доступношћу едукативних, социјалних и здравствених служби и сервиса представљају додатне факторе ризика за испољавање психијатријских сметњи код деце са ИО (Dekker & Koot, 2003, Koskentausta et al, 2007).

Развојно-психолошки фактори

Деца са лаком ИО често су изложена искуствима академског и социјалног неуспеха и имају проблеме са развојем слике о себи и самооштовања. Истраживања показују доминацију негативног селф-концепта, смањено самопоштовање и губитак вере у своје способности, што често доводи до комплексног синдрома *научене*

беспомоћности (Miller & Seligman, 1975), тј. негативних очекивања у погледу жељених исхода спољашњих догађаја и уверења да позитивних исходи остају ван домашаја њиховог утицаја, као и до последичних емоционалних и бухејвиоралних тегоба, посебно депресивности. Деца са ИО изложена су ограниченом позитивном спољном поткрепљењу, социјално поређење доводи до негативних самоевалуација и пада самопоштовања, нарочито уколико се дете налази у ситуацији превеликих очекивања породице и средине. Ситуација се драматично погоршава са наступањем периода адолесценције, када дете постаје свесније својих способности и ограничења и када расте социјални притисак везан за остварење социјалних улога и сазревање (Heiman, 2001), када постоји велики ризик да се осећање беспомоћности и негативна слика о себи додатно погоршају и доведу до психопатолошких испољавања.

Дефицит социјалних вештина може довести до проблематичних понашања и психијатријских симптома. Недостаци *социјалних вештина* - кооперације, самоконтроле, одговорности, самоусмерења (Barton & North, 2004) код деце са ИО, као и поремећаји *социјалне когниције*, као функције социјалне перцепције и развоја и усвајања социјалних стратегија (Leffert et al, 2000) повезани су са развојем поремећаја пажње са хиперактивношћу (АДХД), агресивним и асоцијалним понашањем, социјалном изолацијом и повлачењем. Социјални проблеми доводе до тешкоћа уклапања у колектив вршњака, проблема у остваривању блиских веза, дефицита просоцијалних вештина и испољавања агресивности различитог степена и циља, што додатно компромитује социјализацију (Bellanti & Bierman, 2000). Социјалне компетенције и квалитет формирања интерперсоналних веза од пресудне су важности за социјално уклапање деце са ИО, а њихов успорен развој може бити последица когнитивног застоја, као и редукованих социјалних искустава у раном детињству, који су вероватно последица социјалне изолације и презаштићивања од стране родитеља.

Квалитет и развој *комуникационих вештина* и специфични проблеми говора и језика утичу на појачавање ризика од испољавања психопатологије код деце са лаком ИО. Заостајање експресивних и рецептивних говорних вештина ометају како испољавање емоција, ставова и мишљења, тако и разумевање емоција и понашања других, као и разумевање и усвајање социјалних норми и правила понашања у социјалној групи, чиме доприносе проблемима у комуникацији, социјалном

одбацивању и психопатологији. Деца са ИО имају потешкоће у разумевању и изражавању властитих осећања, чиме се отвара пут нагомилавању негативних искустава, а тешкоће њиховог елаборирања и испољавања доводе до екстернализованих сметњи, маладаптације, асоцијалних и антисоцијалних понашања.

2.3. ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

2.3.1. ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

Поремећаји понашања код деце предмет су многобројних истраживања последњих година, с обзиром на чињеницу да представљају најчешћу психијатријску дијагнозу и најчесталији разлог тражења помоћи од психијатријских служби када су у питању деца и адолесценти. Поремећаји понашања представљају веома широку и релативно хетерогену лепену димензије *екстернализованих сметњи*, које укључују разноврсне клиничке форме и које карактерише констелација различитих образаца понашања по типу "ектинг аут"-а: недостатак контроле, агресивност, деструктивност, хиперактивност, делинквентно понашање, који могу значајно варирати у тежини симптома, фреквенцији, интензитету и хроничитету (Kazdin, 1993, Achenbach, 1991). Америчка асоцијација за психијатрију ову врсту понашања дефинише као оно које је усмерено на *"кршење социјалних норми и угрожавање добробити других особа"* (APA, 1994). Као дијагностичка категорија класификована у ДСМ-4 систему, поремећај понашања подразумева следећа три обавезна симптома: кршење правила, уништавање имовине и физичку агресију, који морају бити присутни најмање шест месеци у континуитету. Угрожавање добробити других особа и наносење повреде подразумевају различите форме *физичких напада*, али и *вербалну агресију*, ако и специфичан тип агресије у интерперсоналним односима, која је означена као *релациона агресија* и подразумева суптилније форме психолошких увреда кроз малициозне поступке оговарања, социјалног одбацивања и изоловања појединаца из социјалних група и

друштва, а за коју је истраживањима потврђено да представља доминантан вид агресивног понашања код особа женског пола (Moreti et al, 2001, Salmivalli & Kaukiainen, 2004) . Агресија не ретко доводи до кршења моралних норми и норми понашања и у том смислу представља један од битних елемената антисоцијалног понашања (Dodge, 1991: 201-218). Класификациони систем *Америчке асоцијације* обухвата три основне групе поремећаја понашања:

-*"ADHD"* (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – поремећај пажње са хиперактивношћу, који подразумева четири подгрупе поремећаја, у зависности од тога да ли клиничком сликом доминира дефицит пажње, хиперактивност-импулсивност, или је у питању комбинација оба дефицита,

-*"ODD"* (Oppositional Defiant Disorder) – бунтовничко-пркосно понашање, које подразумева хостилно, бунтовничко, провокативно и негативистично понашање према ауторитету, карактеристично за дечји узраст, које доводи до озбиљних проблема социјалног, академског и окупационог функционисања детета и

-*"CD"* (Conduct Disorder) – поремећај понашања који подразумева агресивне и антисоцијалне акције, систематско кршење социјалних норми и наношење психолошке или материјалне штете другим особама или животињама, а карактеристичан је за преадолесцентно и адолесцентно, као и одрасло доба (APA, 1994).

На димензији екстернализованих сметњи постоји јасна дистинкција између агресивности и склоности ка асоцијалном понашању, као елемената бунтовничко-пркосног понашања и поремећаја понашања, с једне стране, и спектра непажње, импулсивности и хиперактивности, као елемената поремећаја пажње са хиперактивношћу, с друге, иако су преклапања симптома и коморбидитет веома чести, па су тако бунтовништво и агресивност често праћени ослабљеном контролом импулса, хиперактивношћу и непажњом (Jensen et al, 1997 и: Mash & Barkley, 2003: 147). Код деце и адолесцената са поремећајем пажње и хиперактивношћу преваленца коморбидних поремећаја понашања оба типа много је већа него код деце без тих сметњи и значајно корелира са степеном изражености симптома поремећаја пажње – што је поремећај озбиљнији, тежи су и временски стабилнији симптоми поремећаја понашања, а прогноза је лошија (Connor & Doerfler, 2009). Треба нагласити и да, поред питања коморбидитета, код различитих форми поремећаја понашања можемо говорити

и о развојном курсу и претакању једног проблема у други, јер поремећај пажње са хиперактивношћу, посебно онај код ког доминира лоша контрола импулса, као и понашање са противљењем и пркосом могу претходити и бити предиктори структурисаног асоцијалног понашања на каснијим узрастима, што су показале лонгитудиналне студије (Loeber et al, 1991). Наиме, карактеристичан образац пркосног, импулсивног и негативистичног понашања у раном детињству у великом броју случајева предвиђа асоцијално и антисоцијално понашање, које се појављује у каснијем детињству и адолесценцији (у просеку од 12. године живота), а у прилог тог континуитета иде и повезаност обе врсте понашања са истим социјалним и персоналним етиолошким факторима, при чему су асоцијације потоњег поремећаја знатно снажније (Loeber et al, 2000).

2.3.2. ПРЕВАЛЕНЦА

Према већини истраживања, преваленца поремећаја понашања чак четири пута је већа код дечака него код девојчица, ниво изражености симптома много је озбиљнији, а симптоми перзистентнији, са чешћим коморбидитетом и лошијом прогнозом (Lewis, 1996). Разлике су највероватније последица социо-културних искустава и биолошко-генетских разлика између дечака и девојчица (Zahn-Waxler, 1993). Иначе, подаци о преваленци појединих облика сметњи у понашању значајно варирају у зависности од методолошког оквира и узорка епидемиолошких студија. Преваленца поремећаја са противљењем и пркосом креће се од 6-16% за дечаке и 2-9% за девојчице (APA, 1994), док се за асоцијални поремећај понашања налазе подаци о преваленци од 12% код дечака и 7,1% код девојчица (Nock et al, 2006). Поремећај пажње са хиперактивношћу такође је чешћи код дечака, који су под три до четири пута већим ризиком обољевања (Breton et al, 1999, Lewinsohn et al, 1993) и код којих налазимо преваленцу од 6-9%, код дечака школског узраста, док је за девојчице преваленца 2-4% (Breton et al, 1999). Коморбидитет значајно утиче на преваленцу и клиничку слику поремећаја, па тако међу децом и адолесцентима са поремећајем пажње и хиперактивношћу налазимо и до 50% оних који имају коморбидан поремећај понашања (Barkley, 1998: 65, Loeber et al, 2000).

Студије које су се бавиле питањима преваленце поремећаја у понашању код деце са ИО вршене су на узорцима са различитом етиологијом и коморбидним стањима, укључујући децу и адолесценте који функционишу на различитим нивоима ометености, тако да скоро и не постоје дистинктивни подаци који указују на преваленцу бихејвиоралних сметњи искључиво код деце са лаком ИО. Већина истраживања указује да су дисруптивна понашања израженија и озбиљнија на дубљим нивоима ометености, иако је јасно да су на нивоу лаке ИО од свеукупне патологије управо поремећаји понашања, деструктивност и агресивност најчесталија форма психопатологије, што се објашњава недостатком експресивних вештина и комуникационим дефицитима. Код деце са ИО преваленца поремећаја у понашању је од 20-24%, са најчесталијим хиперактивним и бунтовничко-пркосним, а мање израженим асоцијалним понашањем (Emerson, 2003).

2.3.3. АГРЕСИВНОСТ И ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Деца са сметњама у интелектуалном развоју често показују тешкоће прилагођавања изражене кроз маладаптивне обрасце понашања и разне придружене клиничке ентитете, као што су поремећај пажње са хиперактивношћу, повишена агресивност, поремећаји понашања са противљењем и пркосом, асоцијална и антисоцијална понашања. Као један од могућих модела објашњења ове вулнерабилности, а који се ослања на социо-когнитивне критеријуме, наводи се модел поремећаја социјалних вештина изражених кроз успостављање адекватних интерперсоналних релација и решавање различитих проблемских ситуација у социо-когнитивном контексту. Основу овог приступа чини *модел социо-информационог процесирања*, који предвиђа пет секвенцијалних фаза у процесирању социјалних ситуација и моделовању бихејвиоралних реакција детета на те ситуације, а то су: 1) фаза енкодирања спољних показатеља, 2) фаза формирања менталних репрезентација и интерпретација показатеља, 3) фаза трагања за адекватним одговорима (понашањима), 4) фаза одлучивања о најадекватнијем одговору (понашању) и 5) фаза реализовања

одабраног понашања. Грешке у било којој од поменутих фаза процесирања срединских информација могу довести до маладаптивних одговора и проблема у понашању (Crick & Dodge, 1994). Овај модел имплицира да адекватно социјално реаговање деце зависи од *когнитивних и говорно-језичких способности, пажње и меморије*, па у том смислу предвиђа проблеме социјалног процесирања деце са сметњама у интелектуалном развоју, узевши у обзир чињеницу да код њих постоје когнитивне потешкоће, чести проблеми пажње (хипервигилност, дистрактибилност, проблеми вољног усмеравања пажње, неселективна пажња), памћења, али и експресивних и рецептивних вербалних способности. Утврђено је, на пример, да су вербално резоновање и степен развијености вербалних способности кључни фактори социјалног резоновања тј. разумевања и усвајања социјалних норми и правила понашања, па се у том смислу с правом очекују поремећаји социјалног резоновања и васпитно-образовна занемареност код деце са сметњама у интелектуалном развоју више него код деце просечне интелигенције. Према Доцовом моделу, код деце са поремећајима понашања и наглашеном агресивношћу присутни су дефицити у различитим фазама процесирања социјалних ситуација, а секвенца која је дефицитарна одређује и квалитет поремећаја у понашању, пре свега квалитет агресивности у смислу њене реактивности или проактивности. Наиме, поремећај прве и друге фазе производи реактивно-импулсивни тип агресивности, а поремећај остале три фазе доводи до хладне, проактивне агресивности (Kempes et al, 2005).

Истраживањима квалитета социјалног процесирања код деце са лаком ИО утврђено је да она, чешће у односу на децу просечне интелигенције, недовољно јасним социјалним ситуацијама приписују *хостилне атрибуције*, што може одражавати општу тенденцију хостилног и маладаптивног реаговања на недовољно јасне знаке из социјалне средине. Хостилне атрибуције генеришу негативне, асоцијалне и агресивне бихејвиоралне стратегије, посебно када се од деце захтева моментална реакција, без додатних могућности и помоћи у елаборирању социјалне ситуације и евентуалном мобилисања просоцијалног понашања (Van Nieuwenhuijzen et al, 2006). Ситуација је сложенија уколико код детета доминира негативан афективитет и постоји лоша контрола импулса, емоција и тежак темперамент, што су важни медијатори између хостилиних атрибуција и агресивног понашања (Meece & Luster, 2007) Уколико су

средински стимулуси и очекивања из социјалних и интерперсоналних ситуација довољно јасни и деца могу адекватно да их интерпретирају, проблеми понашања ће се јављати у мањем степену, што има важне импликације за васпитно-образовни процес који треба да буде усмерен на давање јасних инструкција и примерен развојном и социо-когнитивном нивоу детета. Чак и ако деца имају евидентне проблеме са агресивношћу и понашањем уопште, тренинг социјалних вештина показује се као благотворан у поправљању симптома и побољшању прилагођавања, јер аутори наводе да је однос између социјалне когниције и понашања реципрочан (Gomez, 1996).

2.3.4. ПРЕКУРСОРИ ПОРЕМЕЋАЈА ПОНАШАЊА

У покушају да се на неки начин сагледа сложена лепеза узрочника који могу довести до проблема у понашању код деце са ИО, разматрано је како поједине карактеристике личности, темперамента и емоција деце утичу на испољавање бихејвиоралних потешкоћа. Треба нагласити да се деца са лаком ИО у том погледу не разликују битно од својих вршњака просечне интелигенције, па се могу искористити резултати истраживања вршених на деци просечне популације, пре свега због приметног недостатка епидемиолошких и лонгитудиналних студија на овом пољу, које би се односиле специфично на децу са лаком ИО.

Као што је већ назначено, постојање *поремећаја пажње са хиперактивношћу* на раном узрасту, посебно ако се доминантно карактерише импулсивношћу и слабом самоконтролом, може предвидети појаву клинички значајних проблема у понашању на каснијим узрастима. Такође, постоји континуитет између бунтовничко-пркосног понашања у раном детињству и испољавања асоцијалног и антисоцијалног понашања у каснијим годинама (Loeber et al, 1991, Loeber et al, 2000). Познато је да су проблеми пажње, као и емоционална нестабилност, мањак самоконтроле и импулсивност нека врста конститутивних карактеристика деце са сметњама у интелектуалном развоју, тако да у том смислу треба очекивати појачан ризик од испољавања проблема у понашању, који могу у периоду адолесценције прерасти и у озбиљан социјални проблем.

Од фактора везаних за личност самог детета *карактеристике темперамента* као прекурсора у главном су до сада изучаване када су у питању интернализовани поремећаји, али се такође појављују и као битан фактор девијантног понашања кроз релативно описну категорију "*тешког темперамента*", која имплицира тешкоће емоционалне регулације и контроле негативних емоција, као што је нпр. бес. Под тешким темпераментом подразумевају се: рано присутна емоционална лабилност, негативизам, немир, кратак опсег пажње, што је обухваћено јединственим термином недостатка контроле и у том смислу, ране тешкоће контроле и регулације емоција и понашања предвиђају каснију појаву поремећаја понашања (Caspi, 1998: 311). Ипак, веза рано дијагностикованог "тешког темперамента" са каснијим поремећајима понашања није специфична, с обзиром на то да неке студије показују такође и везу ових карактеристика темперамента са интернализованим сметњама код оба пола у каснијим годинама (Keenan et al, 1999), док неке извештавају да немају значајну предикциону вредност кад су у питању асоцијални поремећај понашања и понашање са противљењем и пркосом на школском узрасту (Fagot & Leve, 1998).

Тежак темперамент, лоша контрола и импулсивост детета, с друге стране, делују и на начине на који родитељи доживљавају дете и реагују на његове потребе, доводећи тиме у контекст проблема и *утицај социјалне средине и услова подизања и неге детета*. Изливи беса и агресивност појачавају респонзивност родитеља на таква бихејвиорална испољавања, на тај начин их појачавајући. Исто тако, неприхватање детета и његових карактеристика, низак ниво позитивне емоционалне експресивности унутар породице, као и немоћ родитеља да код деце на наки начин тренирају емоционалну регулацију и просоцијално понашање, доводе до погоршавања агресивног и деструктивног понашања (Ramsden & Hubbard, 2002). Недостатак родитељске топлине и супервизије има негативне последице по развој и може резултирати проблемима. Исто тако, недостатак дисциплине или пак превише строги захтеви, без уважавања потреба и способности детета, могу бити повезани са раним дисруптивним и каснијим делинквентним понашањем. На основу опсежне анализе, Лебер (1986) поставља *четири парадигме* значајне за разумевање утицаја квалитета одгајања детета на појаву проблема у понашању, а то су: *занемаривање, конфликти, девијантни ставови и проблеми родитељства*. По Леберу, конфликти су посебно значајни у етиологији

агресије, а занемаривање у појави прикривених и субклиничких форми проблема у понашању (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986). С обзиром на то да се родитељи у васпитању другачије односе према дечама и девојчицама, понашање родитеља може бити један од веома значајних фактора у етиологији и патофизици поремећаја понашања који се значајно разликују код дечака и девојчица. Рецимо, Пеплер наводи да се агресивно понашање код девојчица најчешће развија у контексту поремећених релација са мајкама и јавља као специфична реакција на неке аспекте тог односа (Perpler, 1995). Девојчице су много осетљивије и респонзивније на промене и проблеме у социјалној средини, посебно на поремећене односе, брачна неслагања родитеља и занемаривање. Девојчице се чешће него дечаци играју код куће, у њој проводе више времена и снажније су везане за социјалне релације и догађања која се унутар ње одигравају и због тога стресори који потичу из непосредног породичног окружења снажније утичу на девојчице него на дечаке, па чешће производе емоционалне и бихејвиоралне проблеме (Lee et al, 1994). Те разлике посебно постају уочљиве у периоду адолесценције, када непријатни животни догађаји производе много јачи дистрес код девојчица него код дечака. (McGee & Stanton, 1992).

Когнитивно-емоционални фактори могу такође бити од значаја у разумевању узрока поремећаја понашања, иако се конзистентније везе могу наћи када су у питању интернализоване сметње. Ипак, познато је да постоји значајан степен коморбидитета интернализованих сметњи и поремећаја понашања, па у том смислу има места претпоставци да су когнитивно-емоционалне карактеристике детета важни фактори у моделовању поремећаја понашања. Један од битних чинилаца у том смислу јесте и развој *осећања емпатије и кривице* због неадекватног понашања. Као оквир разумевања утицаја емпатије на контролу понашања и агресивности може полсужити *Модел механизма инхибиције насиља* (Blair, 1995, Blair, 1997), који предвиђа аутоинхибицију понашања које производи уочљиве знаке трпљења и патње код других, што је основа контроле агресивности и полазна тачка развоја социјално прихватљивог и моралног понашања (Blair et al, 2001). Осећање емпатије је знатно слабије развијено код деце са бихејвиоралним сметњама и она често не показују осећање кривице због испољеног понашања које се коси са одређеним нормама и резултирало је повредом имовине или права других особа. Овде се такође могу наћи извесне разлике код деце различитог

пола, при чему девојчице чешће испољавају анксиозност и коморбидне интернализоване сметње након ангажовања у асоцијалним и антисоцијалним понашањима, што је знак израженије емпатије и осећања кривице. Емоционална регулација је зависна од процеса социјализације, васпитања и учења, тако да поремећај социјалног учења, неадекватни идентификациони узорци и тешкоће усвајања социјалних норми могу резултирати маладаптацијом, што је посебно изражено код деце са ИО, пре свега због когнитивно-комуникационих проблема, али и због кашњења адаптивних вештина и тешкоћа уклапања у социјалну средину.

Атрибутивни стил је такође од великог значаја за испољавање агресије и поремећаја понашања код деце и адолесцената оба пола. Већ је речено да је *хостилни атрибутивни стил* потенцијални когнитивни прекурсор поремећеног понашања, посебно у смислу испољавање физичке агресије према другима. Дечаци се више ангажују у актима физичке агресије, док је агресивност девојчица усмерена у главном на социјалне релације (релациона агресија), која гравитира ка неадекватном понашању у сфери социјалних односа, ретко укључује наносење физичке повреде особи или њеној имовини и чини девојчице посебно осетљивим на овај тип неадекватног понашања које укључује социјално одбацивање (Keenan et al, 1999).

Ниске интелектуалне способности, интелектуална ометеност и лош академски успех представљају факторе ризика за појаву поремећаја понашања, али и коморбидних интернализованих сметњи. Могуће је да ови дефицити имају последице по разумевање и усвајање одговарајућих *социјалних норми*, али исто тако, рана академска осујећења и тешкоће когнитивног функционисања могу имати негативне ефекте на даљи психо-социјални развој детета, резултирајући у порасту фрустрираности, осећању ниже вредности, недостатку адекватних социјалних стимулација и размена и декланширању поремећаја понашања са или без интернализованих сметњи. Деца и адолесценти са лакоом ИО под посебним су ризиком за испољавање асоцијалног и деструктивног понашања, поређено са децом на дубљим нивоима ометености, као и са здравим вршњацима (Emerson, 2003), пре свега зато што су чешће изложена академском осујећењу, негативном социјалном поређењу и имају неразвијене социјалне вештине.

2.3.5. ВРЕМЕ ЈАВЉАЊА И РАЗВОЈНИ КУРС ПОРЕМЕЋАЈА

Поремећаји понашања раније се јављају код дечака него код девојчица. Истраживања показују да је просечан узраст на ком дечаци почињу да испољавају поремећаје понашања касно детињство, а девојчице рана адолесценција. Ранији почетак поремећаја везан је за озбиљнију прогнозу, а током развоја долази до специфичних промена у испољавању дисруптивног понашања у смислу већег степена отворене агресије на млађим, а прикривене на старијим узрастима. Неки аутори предлажу и различите термине којима би се обележавали поремећаји понашања са раним почетком, а то је термин *"животно перзистирајући"* док се они са почетком у адолесценцији називају *"на адолесценцију ограниченим"*, који обично не резултирају озбиљнијим последицама и отвореним делинквентним понашањем, као претходни (Moffit, 1993). Поремећаји понашања са раним почетком у својој етиологији имају најчешће рани неуропсихолошки дефицит који резултира кашњењем и проблемима когнитивног развоја, импулсивношћу и тешким темераментом и у комбинацији са специфичним факторима средине доводи до појаве поремећаја у понашању (Moffit, 1993). Значајан фактор може бити коморбидитет, јер су испољавање и последице поремећаја понашања озбиљније ако постоји коморбидно стање, као што је поремећај пажње са или без хиперактивности, јер управо он имплицира и когнитивне тешкоће због потенцијалних раних неуропсихолошких дефицита. Когнитивни дефицит и изражени проблеми с пажњом и самоконтролом су особине деце са лаком ИО, што их и излаже већем ризику од бихејвиоралних проблема и маладаптације. У ДСМ-4 класификационом систему постоји дистинкција поремећаја понашања на оне са раним почетком, пре 10. године и са касним почетком, након 10. године живота. То се посебно односи на ангажованост у понашањима са физичком агресијом, која је много израженија код дечака и посебно код оних који имају рани почетак поремећаја понашања (Lahey et al, 1999). Ове две врсте дисруптивног понашања имају различите узроке јављања. Касно настали поремећаји понашања код девојчица често су повезани са емоционалним сметњама, посебно анксиозношћу, а полне разлике генерално могу бити у вези са разликама у пуберталном статусу и темпу психо-сексуалног развоја дечака и девојчица, као и у специфичном односу друштва према деци различитог пола, где се отворена агресивност девојчица

често игнорише и врши притисак ка прихватању полно специфичних понашања у којима се од њих очекује да у интеракцијама усмеравају пажњу на перспективу и осећања других особа, док је та врста захтева генерално мања када су у питању дечаци (Keenan et al, 1999).

До сада је спроведен мали број лонгитудиналних студија које би расветлиле специфичности развојног курса психопатологије, па и поремећаја у понашању код деце са лаком ИО. Неке од њих указују да се различити облици екстернализованих сметњи јављају чак три до четири пута чешће код дечака у раном детињству, као и да показују стабилност и перзистентност и трају до касне адолесценције, па и одраслог доба. Лонгитудинална студија Ричардсона и Колера (1996) на 221 детету-адолесценту са ИО налази учесталост поремећаја понашања од 39% и указује да 65% оних који су имали озбиљне бихејвиоралне сметње у детињству, имају симптоме и у млађем одраслом добу (Richardson & Koller 1996, по Einfeld et al, 2007). Ипак, ови поремећаји имају тенденцију благог смањивања и ублажавања симптома са сазревањем, што одговара и налазима на деци просечне популације (Wallander et al, 2003). Посебно евидента побољшања примећена су на плану импулсивности и хиперактивности, што се објашњава бољом контролом понашања, напредовањем у говорно-језичком развоју, као и бољим функцијама пажње. Иако су бихејвиорални проблеми у млађем добу значајно ређа појава код девојчица са ИО, развојни курс поремећаја указује на пораст фреквенције проблема, са 35% на 42% (Einfeld et al. 2007), као и на погоршање симптома са сазревањем, које је компликовано чешћим коморбидитетом са емоционалним потешкоћама. Фреквенције проблематичних понашања, посебно антисоцијалног, такође, код оба пола расту са порастом интелектуалних способности.

2.4. ДЕПРЕСИЈА КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

2.4.1. ДЕФИНИЦИЈА

Нова истраживања менталног здравља и поремећаја указују на тренд пораста броја оболелих од различитих облика депресивних поремећаја. Депресија постаје водећа болест модерног доба и уз анксиозне поремећаје један од водећих узрока тражења помоћи од психијатријских служби (Lambert, 2006). Крећући се од благе изражености депресивних симптома, па све до клинички дијагностикованог поремећаја, депресија дубоко залази у сфере емоционалног, когнитивног, мотивационог и соматског функционисања појединца. Депресија је емоционални, тј. афективни поремећај праћен специфичним променама расположења (патолошка туга, усамљеност, апатија), анхедонијом, негативном селф-концептом, самооптуживањем, падом самопоуздања, израженим осећањем кривице, самокажњавањем, регресијом, вегетативним поремећајима и променама (анорексија, инсомнија, пораст телесне тежине), психомоторном ретардацијом или агитацијом. Депресија, дакле, подразумева комплексни образац девијантних осећања, когниција и понашања, кластер симптома који могу варирати од лаких до веома тешких (Beck & Alford, 2009: 4). Доминантан симптом депресије јесте патолошко нерасположење, које има појачан интензитет и по својој изражености не одговара евентуалном узроку. Нерасположење може настати и без видљивог разлога, а праћено је изменама читаве личности у смислу бројних когнитивних и соматских симптома.

2.4.2. СИМПТОМАТОЛОГИЈА И ТЕШКОЋЕ ДИЈАГНОСТИКОВАЊА

Све до касних 70 тих година прошлог века сматрало се да симптоми депресије код деце и адолесцената представљају само пролазне знаке и привремене реакције на поједине ситуационе факторе, а да не могу представљати депресију или било који од њених корелата у правом дијагностичком смислу. Међутим, каснија истраживања

показују да се код деце и адолесцената свих узраста могу дијагностиковати поремећаји расположења који одговарају операционално дефинисаним категоријама унутар стандардних класификационих критеријума (ДСМ-4, МКБ-10). Симптоми поремећаја расположења код деце и адолесцената у многим клиничким својствима одговарају симптомима код одраслих, с тим што се могу очекивати и велике варијације везане за поједине развојне нивое, као и за саму етиологију поремећаја. Депресија се код деце и адолесцената може испољити у пуној клиничкој форми великог депресивног поремећаја, дистимије, као и кроз различита *субсиндромска и субклиничка* стања са доминацијом дисфоричног расположења, падом самопоштовања, повлачењем из социјалних активности и карактеристичном *иритабилношћу*, израженом кроз појачану агресивност, нападе беса и снижен праг толеранције на фрустрације (Wilmshurst, 2009: 106), што се најчешће детектује клиничком опсервацијом и применом различитих специјализованих скала и упитника. Симптоми депресивности било ког степена, који су присутни у детињству, повећавају ризик обољевања од депресије касније, у одраслом добу. Интензивна *иритабилност* у предшколском узрасту праћена социјалним повлачењем, анхедонијом, осећањем кривице и вегетативним симптомима један је од најсигурнијих показатеља поремећаја расположења и, како неки аутори наводе, најсигурнији развојни предзнак касније депресије. У складу са тим, ДСМ класификација менталних поремећаја у својој 4. ревизији укључује *иритабилност* у групу кардиналних знакова депресије код деце (Wilmshurst, 2009: 106).

Вишедеценијско избегавање стручних и научних кругова да се озбиљније баве депресијом деце резултирало је пре свега из велике варијабилности клиничких испољавања. Било је потребно сместити та атипична испољавања у контекст депресивности и померити фокус са карактеристичне клиничке слике депресије одраслих да би се увидела и прихватила "*емоционална софистицираност детета*" (Luby, 2009) и његова способност да испољи комплексна когнитивно-афективна стања типична за депресију (руминације са осећањима стида и кривице, осећање беспомоћности, одбачености, суицидалне идеје). Додатне проблеме створила су и честа преклапања симптома различитих развојних поремећаја са симптомима депресије, међу којима су најчешћи различити облици дисруптивног понашања, агресивност и поремећај пажње са хиперактивношћу (Luby, 2009).

Симптоми депресије код деце и адолесцената укључују повлачење, интензивирање интроспекције, руминације, значајне тешкоће емоционалне регулације, интензивирање негативног расположења и кулминацију негативног атрибутивног стила који доводи до приписивања себи свих негативних ствари и исхода, интензивног осећања кривице, па и суицидалних идеја и покушаја. Све то је праћено депресивним расположењем, страхом, бесом, иритабилношћу и агресивним и хостилним понашањем. Симптоматологија депресивности код деце показује извесне специфичности у односу на испољавања код одраслих, пре свега у погледу доминације соматско-вегетативних симптома, као и мање изражених когнитивних симптома и осећања безнадежности и беспомоћности, иако је и у том погледу утицај индивидуалних фактора велики.

Код деце и адолесцената, код којих је дијагностикована депресија, чешће него код одраслих налазимо различита коморбидна стања, пре свега анксиозност (до 41%) и поремећаје у понашању (до 16%), што значајно погоршава исходе и усложњава социјални, академски и когнитивни хендикеп детета (Kovacs & Devlin, 1998). Коморбидна стања, као и бихејвиорални и адаптациони проблеми који су последица депресивности усложњавају дијагностиковање, што доводи до проблема препознавања и нетретирања симптома. Неки показатељи могу се интерпретирати као саставни део темперамента детета (нпр. социјално повлачење као стидљивост) или пролазна развојна фаза (нпр. иритабилност или честе промене расположења као последица утицаја хормона и сл.), што повећава ризике да дете неће добити адекватну негу и лечење (Ruiga et al, 1998)

2.4.3. КЛАСИФИКАЦИЈА

Оба водећа класификациона система, ДСМ-4 и МКБ-10, садрже различите категорије поремећаја расположења, правећи јасну дистинкцију између *униполарног* (депресивног) и *биполарног* (манично-депресивног) поремећаја (Masi & Favilla, 1998). Униполарна депресија може се испољити као велики депресивни поремећај, изолована депресивна епизода или као дуготрајно депресивно расположење изражено у клиничкој слици *дистимије*, која може бити и комбинована са осталим видовима депресивности.

Класификациони критеријуми обухватају присуство депресивног расположења или сигнификантне иритабилности (честа код деце) у комбинацији са психомоторном агитацијом или ретардацијом, анхедонијом, губитком интересовања за игру, забаву и уобичајене активности, губитком енергије, умором, поремећајима исхране и спавања, сметњама учења и концентрације, осећањима безнадежности, безвредности и кривице, суицидалном идеацијом и покушајима. Основни симптоми исти су код деце и одраслих, с тим што се, приликом дијагностиковања депресије код деце и адолесцената у обзир мора узети и *развојна перспектива*, што значи да се критеријуми морају прилагодити варијабилности и атипичности симптоматологије на дечјем узрасту. У детињству клиничком сликом доминира *иритабилност* комбинована са агресивношћу, тантрумима, генерализованом и сепарационом анксиозношћу, поремећајима сна и исхране и падом академских перформанси, док у адолесценцији можемо очекивати асоцијално понашање, злоупотребу супстанци, социјално повлачење и суицидалну идеацију (Strober et al, 1993, Emslie et al, 1997). *Дистимија* је мање тежак, али перзистентнији поремећај, који подразумева дуготрајно депресивно расположење (до годину дана, без периода ремисије дужих од два месеца) праћено поремећајима исхране и сна, губитком енергије и падом концентрације и самопоштовања. Дистимија се код деце теже дијагностикује, због сличних иницијалних клиничких својстава са многим другим менталним обољењима (Masi et al, 1998). Биполарна депресија карактерише се смењивањем маничних и хипоманичних фаза, у којима доминирају иритабилност и повишено расположење, са фазама депресије, које су клинички сличне униполарним. Код деце постоји често преклапање симптома биполарног поремећаја и поремећаја пажње са хиперактивношћу, где још увек није довољно јасно да ли се ради о коморбидитету или претакању симптома, при чему би поремећај пажње могао бити продромални или субклинички знак наступајућег биполарног поремећаја, што значајно отежава дијагностиковање и често ставља под сумњу сигурност постављене дијагнозе (Carlson, 1990).

2.4.4. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Епидемиолошки подаци, који се односе, пре свега, на велики депресивни поремећај, указују да је учесталост депресије међу децом и адолесцентима од 2-20%, с тим што је учесталост најмања код деце млађе од осам година (2,8%), нешто већа код млађих адолесцената (4%), а највећа код старијих адолесцената (16%-20%), што говори у прилог томе да ризик обољевања расте са годинама старости и да су највулнерабилнији старији адолесценти (Weissman et al, 1996, Kessler & Walters, 1998). Око 7% адолесцената код којих је дијагностикован велики депресивни поремећај, почини самоубиство у одраслом добу (Weissman et al, 1999). Иако је степен опоравка од депресивне епизоде код деце релативно висок, рекурентност је, такође, веома изражена и, по неким студијама, износи и до 70% (Kovacs, 1996). Поремећај је на млађем школском узрасту подједнако изражен и код дечака и код девојчица, с тим што се преваленца драстично мења у корист девојчица са наступањем адолесценције, посебно након 14. године живота (Nolen-Hoeksema, 1994). Објашњења за то могу се тражити у пуберталном статусу, хормоналним и телесним променама које прате пубертет, посебно везано за менарху, као и у социо-културним утицајима и академским и интерперсоналним притисцима које носи транзиција из детињства у адолесценцију, где девојчице показују више анксиозности, лошију и нестабилнију слику о себи и већу склоност руминацији и депресивном реаговању на стресне ситуације у целисти (Nolen-Hoeksema, 1994).

2.4.5. ЕТИОЛОГИЈА И ФАКТОРИ РИЗИКА

У истраживању етиологије депресије код деце и адолесцената постоји неколико приступа који су представљали полазну теоријско-методолошку основу, а то су, пре свега, *генетско-биолошки приступ*, који разматра фамилијарне ризико-факторе, оптерећено наслеђе и породичну историју депресије, као и приступ који узима у обзир *социјално-фамилијарни контекст*, где се наглашавају психолошки и социјално-васпитни утицаји присуства депресивних поремећаја код особа у примарној, али и

широј породици. Код чак 94% рођака деце са раним почетком великог депресивног постоји сличан поремећај, али и поремећаји прилагођавања, асоцијално понашање, злоупотреба психоактивних супстанци и слично, посебно код мушких рођака (Kovacs, 1997). За наслеђивање склоности ка депресији важи правило *генетске антиципације* по коме се у свакој следећој генерацији депресија јавља све раније и са све тежим и озбиљнијим клиничким испољавањима (McInnis et al, 2000).

Међу класичне ставове о етиологији депресије код деце спадају *психоаналитичка разматрања* С. Фројда по ком она настаје због суочавања са раним афективним осујећењима и губитком значајног објекта, као и као последица поунутрења и окретања агресије ка себи уместо ка спољашњој средини, због страха од одмазде Суперега. Као један од битних елемената дечјег развоја наводи се присуство регресивних тенденција током читавог развојног тока и сложена "међуигра нагонских фиксација и регресија" (А. Фројд, 2000: 86-92) које одражавају немогућност детета да функционише у складу са високим захтевима средине, па је у том смислу повремено присуство инфантилних тенденција и понашања понекад и оправдано, уколико не прерасте у стање трајне регресије која није спонтано реверзибилна и сврсисходна, већ малигна и трајна. Регресивне тенденције започињу у Ја или Над-ја, слабећи њихову контролну снагу, што има за последицу слабљење "цензуре" и ефикасности одбрана Ја. Као резултат тога јављају се импулсивно понашање, ерупција ирационалних елемената, агресивне тенденције чији је узрок регресија која настаје због претераног притиска на Ја и Над-ја од стране спољашње средине и неких дешавања у њој, као што су трауматски шок, стварно или симболично одвајање и напуштање, разочарење у објекте љубави и идентификација и сл. (Јакобсон, 1946 по А. Фројд, 2000: 92). Као један од најважнијих етиолошких чинилаца наводи се ауто-агресија, дакле агресија усмерена ка унутра, која по Фројду и његовим следбеницима потиче од преоптерећености психичког апарата инстинктуалном енергијом, која се импулсивно преобраћа у аутодеструктивну радњу (С. Фројд, 1949, по М. Биро, 1982: 19). У психодинамским тумачењима депресије, дакле, доминирају ставови о значају аутоагресије, која настаје пресретањем агресивних пулзија од стране Суер Ега и њиховим преусмеравањем ка унутра (Хедрик, 1940. по М. Биро, 1982: 24)

Психоаналитичком тумачењу треба прикључити и обимне радове Рене Шпица и Цона Болбија о значају *раних афективних лишавања* тј. узрочно-последичних веза између ране сепарације од значајних објектних фигура, злостављања и занемаривања са каснијим развојем депресивног реаговања код старије деце и адолесцената. Ова истраживања, која су користила животињске моделе, али и примере пасивног, повученог и депресивног реаговања деце смештене без родитеља на дужем болничком лечењу или у установама за децу без родитељског старања довела су до закључака о патогеном деловању поремећаја раних афективних веза, а као потенцијални механизам настанка депресије у каснијем животу наводи се стечена хиперсензитивност ХПА (хипоталамо-хипофизно-адреналне) осовине и повишено лучење "CRF" (corticotrophin releasing factor), као последица изложености раном стресу одвајања. Утицај пренадражене ХПА осовине на моноамински неуротрансмитерски систем сматра се типичним *стрес-дијатеза* моделом у објашњавању етиологије депресије у овом теоријско-методолошком контексту. Реакција деце на одвајање подразумева стереотипни емоционално-бихејвиорални одговор који укључује иницијални протест касније замењен фазом очаја, демобилизације и осећајног осиромашења. Када је одсуство мајке (значајног објекта) дужег трајања или трајно, дете улази у фазу очаја депресивног повлачења које постаје маладаптивно, што значи да дете више није у могућности да прекине ту каскаду негативних реакција и да поново успостави блиске везе са објектом-мајком уколико се она врати (Sloman et al, 2003). Новија истраживања која се баве проучавањем ове везе наводе и значај *проинфламаторних цитокина* као сигналних молекула проинфламаторних – неуроимуних путања (пептиди моноцита/макрофага и микроглије који моделују инфламаторни одговор) у етиологији депресије, која је изазвана раном реакцијом детета на одвајање, што значи да у моделовању пасивног и депресогеног реаговања детета на одвајање од мајке или друге значајне фигуре ове материје, које се том приликом лучше, могу имати значаја не само у оркестрирању физиолошког одговора већ и у изазивању типичних промена у понашању које прате акутну инфламацију, а то су повлачење, одбијање хране, губитак интересовања за социјалну размену и групне активности, што имплицира клиничку слику и типичне карактеристике депресивног реаговања (Hennessy et al, 2010).

Један од актуелних приступа изучавању утицаја квалитета раних афективних веза на касније моделовање депресије код деце и адолесцената укључује и процену начина *реаговања детета на матерналну депресију у односу на тип и квалитета раног attachment-a* (Bowlby, 1980: 19). Уколико мајка показује знаке депресије, доказано је да у тој "интегенерацијској континуацији" депресивности веома важан удео има и квалитет раних афективних веза између детета и депресивне мајке. Наиме, утврђено је да је преваленца депресивних поремећаја код деце оболелих мајки 15-40% и да је ризик знатно већи уколико су ране афективне везе несигурно-дезорганизоване и несигурно-амбивалентне (Goodman & Gotlieb, 1999). Повећан ризик у том контексту објашњава се *генетским факторима* - генетска вулнерабилност као општа склоност неуротицизму (Нововић, 2004), затим *променама неурорегулаторних механизма* интраутерино и током раног развоја (ефекти повишеног кортизола ха ХПА осовину), *изложеношћу негативним когницијама, понашању и афектима мајке* и на крају *изложеношћу негативним-стресним животним догађајима*. Код деце депресивних мајки веома рано уочавају се маладаптивна понашања и други екстернализовани симптоми, али њихово јављање и ризик од уобличавања клиничких форми депресивног реаговања деце зависи од тежине, хроничитета и клиничке слике депресије мајке, као и различите вулнерабилности деце, пола и узраста, али највише од квалитета и сигурности раног везивања (Milan et al, 2009). Несигурно рано везивање доводи до пада самопоштовања и присуства сумње у могућност добијања позитивних одговора других (Bowlby, 1980: 51).

Психосоцијални контекст у изучавању депресије код деце не сме се такође занемарити. Много је истраживања која сведоче о патогеном утицају појединих аспеката породичног живота на психопатологију код деце, посебно породичне неслоге и лоших односа међу члановима. Одбијајући, хладни, повучени и нереспонзивни родитељи, претежно мајка, али и претерано интузивни и контролишући родитељи склони критици делују негативно на психолошки развој детета и појачавају ризик за испољавање депресивности. Ситуација се усложњава нарочито у адолесценцији са актуелизовањем питања контроле, независности, ауторитета, одбацивања и кривице. Негативни животни догађаји, болести, повреде, напуштање од стране блиских особа, смрт блиских особа, породично насиље и злостављање, посебно сексуално, често претходе појави симптома депресије. Додатни фактор ризика представљају

дисфункционални когнитивно-емотивни обрасци, који онемогућавају адекватно суочавање са овим стресним ситуацијама због слабости емоционалне регулације и когнитивних дисторзија, што за последицу има појаву депресије. Когнитивне дисторзије подразумевају стабилне схеме маладаптивних начина мишљења о себи, спољашњем свету и исходима догађаја и обухватају негативне аутоматске мисли и интерпретације догађаја, ексцесивну самокритичност и негативне процене себе, околине и будућности - *Бекова когнитивна тријада* (Beck, 1967: 68, Lack & Green, 2009). Маладаптивни обрасци регулације емоција и понашања у стресним ситуацијама код младих са депресијом одржавају се и након престанка дејства стресних фактора, што их чини подложним будућим епизодама болести (Nolen-Hoeksema, 1992). То значи да је дисрегулација емотивног арусала кључни симптом депресије код деце и адолесцената. (Miller, 2007).

2.4.6. ДЕПРЕСИЈА КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

СИМПТОМИ И ПРЕВАЛЕНЦА

Поред бихејвиоралних потешкоћа, депресивност и други поремећаји расположења спадају међу најучесталије форме психопатологије код деце са лаком ИО. За разлику од проблема у понашању, који су знатно заступљенији код деце са лаком ИО у односу на просечне вршњаке, истраживања преваленце депресивности дају различите податке. Неки аутори налазе подједнаку заступљеност у обе групе деце и младих (McGee et al., 1990, Meins, 1993, Reiss & Rojahn, 1993), док остали сведоче да деца и адолесценти са ИО показују и до два пута већу учесталост депресивних поремећаја у односу на своје вршњаке типичног развоја (Kobe, 1994, Emerson, 2003). Тешкоће изучавања, дијагностиковања и лечења депресије код деце уопште посебно су изражене у популацији младих са интелектуалним оштећењима, пре свега због атипичности

испољавања симптома и тешкоћа дијагностиковања. Симптомска обележја депресивних поремећаја код ове популације деце показују изразиту варијабилност и доминацију бихејвиоралних над когнитивним карактеристикама поремећаја, што може послужити као дијагностички путоказ, али и модел за неопходну модификацију стандардних дијагностичких критеријума. Без обзира на варијабилност симптоматологије и тешкоће дијагностиковања, код деце и адолесцената са лаком ИО постоји могућност валидне дијагнозе. Депресија се код ове деце често се испољава кроз неклиничке форме, као доминација *депресивног расположења*, са израженим социјалним повлачењем, падом самопоштовања, падом академских и когнитивних перформанси, бесом и иритабилношћу (Dagnan & Sandhu, 1999), али и као клинички развијена форма великог депресивног поремећаја, са бројним телесно-вегетативним симптомима, суицидалним мислима и појачаним ризиком од суицида. Као и код деце просечне популације, клиничком сликом често доминирају неспецификоване соматске тегобе, иритабилност и наступи беса и агресивности, који често компликују дијагнозу. Некада су уочљиви знаци смањења социјалних интеракција, избегавање контаката очима, пад вербалних вештина, хиперактивност и нарастајућа анксиозност (Meins, 1993). Когнитивни симптоми, као што су осећања одбачености, неадекватности и беспомоћности изражени су у мањем степену, вероватно зато што су за њихово развијање потребни когнитивни капацитети одређеног нивоа, иако многи аутори наглашавају да се код ове популације најчешће развија тзв. депресија безнадежности - *hopelessness depression* (Abramson et al, 1989), као специфична врста одговора на негативне спољашње догађаје, која подразумева стабилне негативне атрибуције које узрокују очекивања лоших исхода и уверења о немогућности утицаја на исходе спољашњих догађаја.

Као и код деце просечне популације, у детињству не постоје битне разлике у изражености депресије међу дечацима и девојчицама, али се ситуација мења са наступањем адолесценције, када девојчице постају вулнерабилније. У адолесценцији генерално расте израженост депресивних симптома оба пола, јер се појачавају социјални притисци и расте свест о различитости, као и негативни ефекти социјалног поређења. Девојчице су отвореније у исказивању осећања, па то може бити и један од разлога због ког се депресија код њих чешће дијагностикује, док ће код дечака

доминирати субклиничке форме маскиране проблемима у понашању и агресивношћу, што такође може компликовати дијагнозу.

ФАКТОРИ РИЗИКА

Ако се узме у обзир чињеница о суштинској блискости развојних путања деце са лакоом ИО и њихових вршњака просечне интелигенције, јасно је да је и већина етиолошких фактора који доводе до емоционалних проблема заједничка за ове две групе. Депресивност се може развити као одговор на различите фрустрациона искуства и стресне животне догађаје, моделоване проблемима раног везивања и неадекватним односима са старатељима, али и као последица потешкоћа социјалног учења, мањка социјалних искустава и проблема у процесирању социјалних порука, који доводе до социјалне изолованости и осећања *усамљености*. Познато је да је депресија један од најчешћих психопатолошких феномена који се среће код мајки деце са сметњама у развоју, па се с правом поставља питање колико *матернална депресија* може утицати на каснији развој и моделовање сличних поремећаја код деце. Психички поремећаји код родитеља ометене деце веома су интересантно и плодно поље научних истраживања. Када дете поседује неку урођену сметњу, у овом случају сметњу у менталном развоју, која може бити праћена и видљивим стигматама, интензивира се и продубљује иначе постојећи несклад између "имагинарног" и реалног детета, који доводи до карактеристичног трауматског слома родитеља и каскаде компликованих пројекција родитељских фантазија на дете, што све заједно моделује начине на које ће родитељи прихватити ометеност детета и носити се са његовом негом и васпитавањем. Присуство развојне ометености код детета може изазвати интензивно осећање нижег самопоштовања код родитеља, посебно мајке, па она најчешће постаје мање респонзивна или презаштићујућа, због нарастајућег осећања кривице. Каскада узајамних реакција наставља се неуспешним покушајима детета да изазове мајчину активну укљученост, што доводи до развијања осећања немоћи и неадекватности самог детета и представља погодно тле за развој депресивности (Бразелтон и Крамер, 2002: 32). Однос презаштићивања или пак одбацивања детета са развојним сметњама

рефлектује се на његово самопоштовање, као и на могућност успостављања блиских односа са особама ван породичног круга, што појачава осећања изолованости, неадекватности и мање вредности.

ДЕПРЕСИЈА И СОЦИЈАЛНЕ ВЕШТИНЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Депресивност, осећања одбачености и усамљености чести су код деце са сметњама у интелектуалном развоју. Осећање усамљености повезано је са смањеном могућношћу успостављања блиских контаката са другим особама, мањком пријатеља, као и незадовољством постојећим интерперсоналним релацијама. Исто тако, осећања одбачености и усамљености додатно смањују могућности социјалне размене и комуникације, зато што ометају потребу за активним партиципацијом у социјалним релацијама, појачавајући тиме изолацију и негативна осећања. Деца са лаком ИО имају недовољно развијене социјалне вештине, што их излаже посебном ризику од одбацивања и последичном развијању осећања неадекватности и усамљености (Heiman & Margalit, 1998). Многа истраживања показала су да су ниво ометеости и квалитет развијености адаптивно-бихејвиоралних вештина код ове деце пресудни у настанку и моделовању депресије. Ипак, и овде наилазимо на парадоксалне резултате узимајући у обзир чињеницу да су деца са лаком ометеношћу под највећим ризиком, посебно са наступањем периода адолесценције, када долази до интензивирања социјалних контаката, учвршћивања понашања везаних за полне улоге и повећања захтева од стране социјалне средине, а релативно очувани когнитивни капацитети у односу на децу са тежом ометеношћу омогућавају лако ометеним адолесцентима да процене своју различитост и заостајање у односу на друге, што појачава детериорацију социјалног функционисања и потенцира повлачење из социјалних контаката и последично осећање одбачености и неадекватности, што често води у депресију (Brereton et al, 2006).

Многа истраживања доказала су постојање везе између проблема у развоју *социјалних вештина* и психопатологије, посебно депресије, код деце и адолесцената са ИО. Овај проблем већ је разматран у одељку о поремећајима понашања, с тим што

сличне механизме налазимо и код настанка поремећаја расположења. Социјалне вештине, схваћене као позитивна, социјално усмерена и адаптивна понашања схватају се као битан предуслов успешне адаптације, а њихов развој условљен је, пре свега, адекватним социјалним учењем које се ослања на когнитивне способности разумевања социјалних норми и њиховог значења, као и конативно-емоционалне карактеристике контроле понашања, импулса и емоција. Адекватне бихејвиоралне стратегије, као што су кооперација, самоконтрола и разумевање потреба других особа јесу тачке слабости деце са ИО, што појачава ризик од проблема у прилагођавању и последично доводи до социјалног изоловања, модификујући мотивацију за социјалном партиципацијом и доводећи до низа социјалних, психолошких и бихејвиоралних проблема (Heiman, 2001).

Емпиријски подаци потврђују чињеницу да постоји позитивна корелација између дефицита социјалних вештина и депресије, али оно што још увек није довољно јасно и што изазива многе полемике јесте смер те везе, што подразумева питање да ли иницијални дефицит социјалних вештина умањује шансе за социјалну размену и поткрепљење, тиме чинећи особу подложном депресији или пак иницијална депресивност условљава мањак социјалних интересовања, чиме се ускраћује развој адекватних социјалних вештина (Matson et al, 2006). Деца и адолесценти са дисфоричним расположењем и депресијом, како они са ИО, тако и они без ометености, често захтевају *додатну пажњу других особа*, као и стално уверавање да су прихваћена и вредна љубави и поштовања. Овакво понашање представља додатни напор за социјалну средину, јер она, ма колико доказа пружила детету, не успева да га заиста увери у његову сопствену важност и вредност, тако да оно наставља са непримереним тражењем пажње и поткрепљења, које опет не даје резултате, што ствара зачарани круг који на крају доводи до негативних ефеката, социјалног обацивања, губитка подршке и изоловања. Интерперсонални проблеми тиме се само продубљују, а социјални стрес појачава, чиме се ствара погодно тле за усложњавање депресивних симптома и даље социјално пропадање (Hartley et al., 2008).

2.5. ВЕЗА ЕМОЦИОНАЛНИХ И БИХЕЈВИОРАЛНИХ СМЕТЊИ

Од коморбидних стања која могу пратити поремећаје понашања код деце и адолесцената најчешће се помињу анксиозност и поремећаји расположења. Коморбидитет је више изражен код девојчица, јер по неким истраживањима, код скоро 70% њих које имају сметње у понашању постоји и неки *интернализован* симптом. Ова појава означава се као *полни парадокс код коморбидних стања*, који указује на чињеницу да пол који има мању преваленцу јављања поремећаја понашања, а то су девојчице, показује већу учесталост коморбидитета (Zoccolillo, 1992).

Поремећаји понашања и емоционални поремећаји и код деце са лакошћу ИО могу бити присутни самостално, али ове две врсте поремећаја могу и коегзистирати, кроз различите облике коморбидитета. Основни питање у том смислу односи се на *квалитет и смер везе* која постоји између симптома депресије и поремећаја у понашању. Атипичност симптома депресивности довела је до низа истраживања која су показала да код великог броја ове деце која имају сметње у понашању као што су агресија, хостилност, иритабилност, тешкоће прилагођавања, самоповређивање, постоје симптоми депресије, што делимично потврђује хипотезу о постојању *бихејвиоралних еквивалената депресије*, дисруптивних понашања у чијем темељу лежи депресивност (Emerson et al, 2000). Ипак, код деце са лакошћу ИО примена овог експланаторног оквира има своја ограничења, пре свега због бољих могућности дијагностиковања и сличности симптома емоционалних сметњи са симптомима код деце просечне популације. Јасно је да поремећаји понашања резултирају одбацивањем од других и социјалном изолацијом, што може допринети усложњавању симптома депресије (Holden & Gitlesen, 2009). Уколико дете или адолесцент пати од симптома *депресије*, карактеристика његовог понашања биће *социјално избегавање и смањење интересовања за социјалне активности*, па свако инсистирање средине на томе да се оно укључи у активности и социјално партиципира може резултирати иритабилношћу, агресивношћу и хостилним понашањем. У том случају, комплексна комбинација мотивационих и срединских фактора депресију и тежњу за повлачењем претвара у изазивајуће и маладаптивно понашање. Неки аутори подвлаче, тако, да *депресија*, као и неки други психијатријски поремећаји, *мења валенцу* иначе неутралних догађања у средини, чиме их особа

перципира као узнемиравајуће и испољава знаке присилне одбране од неугодних стимулуса кроз негативна понашања (Emerson et al, 2000). Ако у таквим случајевима особа "научи" да аверзивно понашање може прекинути и зауставити спољашње непријатности, епизода депресије ће се испољавати потенцирањем таквих понашања.

Веза *интернализираних и екстернализованих проблема* може се посматрати кроз две потенцијалне хипотезе. Једно је *хипотеза мултиплих проблема*, а друго *хипотеза протективности*. Хипотеза мултиплих проблема говори у прилог томе да коморбидитет ових стања представља велики ризик за појачавање симптома поремећаја понашања са годинама и њихову еволуцију у криминално и антисоцијално понашање у адолесценцији. *Коморбидитет интернализованих и екстернализованих поремећаја* треба пажљиво пратити управо због великог ризика усложњавања проблематике и прерастања симптома у обједињену клиничку слику адолесцентне делинквенције и криминалитета. Потврду за ову везу и предиктивну вредност коморбидних интернализованих и екстернализованих поремећаја дала су многа истраживања, од којих је индикативно истраживање Емили Гараи и сарадника (2009), које је на узорку од 124 деце из непотпуних породица показало да јаче изражени симптоми анксиозности и депресивности у ранијем школском узрасту код деце са проблемима у понашању предвиђају појаву делинквентог и високоризичног понашања у будућности. У исто време, ово истраживање одбацило је *хипотезу протективности*, по којој су анксиозност и депресивност код деце са поремећајима понашања заштитни тампон, који ће спречити развој озбиљнијих форми асоцијалног и антисоцијалног понашања (Garai et al, 2009). Ова хипотеза предвиђа да страх, инхибиција, повлачење и губитак мотивације, који су карактеристични за анксиозна и депресивна стања, могу спречити, или бар ублажити напредовање екстернализованих сметњи ка озбиљнијим формама делинквентног понашања.

У разматрању евентуалне каузалности ова два пола психопатологије, као могуће објашњење може послужити тзв. "*модел неуспеха*", који су поставили Капалди и Питерсон 1990. године. По овом моделу, деца са израженим сметњама у понашању доживљавају социјални неуспех у смислу одбацивања од стране вршњака и средине, имају неразвијене социјалне и адаптивне способности, као и проблеме у усвајању знања (академски неуспех), што последично води развијању осећања неадекватности и

неуспеха и коначно испољавању депресије са или без анксиозности (Capaldi & Stoolmiller, 1999). Депресија, дакле, често произилази из искуства *социјалног неуспеха*, а социјални неуспех последица је постојања проблема у понашању и прилагођавању, што значи да су, по овој теорији, поремећаји понашања примарни и да доприносе појачаној вулнерабилности на депресију у каснијем животу.

Насупрот моделу неуспеха, једносмерна веза депресије и поремећаја понашања код деце и адолесцената може се објаснити и каузалношћу обрнутог смера, познатом под називом "*ектинг-аут модел*" каузалности (Kovacs et al, 1988). По овом моделу, депресивност претходи сметњама понашања и то тако што се интернализовани проблеми на одређени начин маскирају и испољавају кроз асоцијално понашање и друге, за депресију атипичне симптоме, формирајући тако концепт *маскиране депресије*, који подразумева неку врсту замене традиционалних симптома депресије иритабилношћу праћеном проблемима у понашању, агресивношћу и кршењем социјалних норми. Депресивна деца и адолесценти често испољавају изражену иритабилност, која доприносе интензивирању конфликта са другим особама, што опет појачава вероватноћу ангажовања младих у асоцијалним и ризичним понашањима (Measelle et al, 2006). Негативни афекти повезани са депресијом могу бити узмениравајући за друге, доводе до учесталог одбацивања и социјалног изоловања, као и афилијације са проблематичним вршњацима, чиме се ризик од асоцијалних и антисоцијалних понашања још више повећава.

За разлику од претходних каузалних модела, који подразумевају једносмерну везу поремећаја понашања и депресије, *модел заједничких узрочника* говори у прилог томе да и депресија и поремећаји у понашању деле заједничке ризико факторе и да постоји бидирекциона, реципрочна веза између ове две групе проблема, која се огледа у међусобном утицају једног на други кроз комплексну путању дечјег развоја (Overbeek et al, 2001). Појављивање једног поремећаја повећава вероватноћу испољавања другог и обрнуто, с тим што та реципрочна веза не мора бити и симетрична, па тако неки аутори наглашавају јаче изражен предиктивни утицај поремећаја понашања на касније испољавање депресије, а неки други, пак, обрнуто - утицај депресије на каснију појаву поремећаја у понашању. Заједнички ризико фактори припадају групи следећих фактора: генетска предиспозиција, неуролошке и неуротрансмитерске специфичности,

емоционална и социо-културна депривација, злостављање и занемаривање, присуство психијатријских поремећаја и делинквентног понашања у породици, дисфункционалност породице и низак социо-економски статус. У том смислу посебно је интересантно разматрати путање и коморбидитет емоционалних и бихејвиоралних проблема код деце и адолесцената са лаком ИО, с обзиром на чињеницу да су обе врсте проблема код њих много израженије и да су ризико фактори присутни у много већем степену него код деце просечне популације.

2.6. ПРОЦЕНА ПСИХОПАТОЛОГИЈЕ КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Дијагностиковање психопатологије код деце са лаком ИО заснива се на клиничкој процени менталног статуса и личној и породичној анамнези, примени структурисаних интервјуа, упитника, чек-листи понашања, стандардизованих тестова, као и неуролошких и неуропсихолошких прегледа (Harris, 2005: 161). Специфичности дијагностиковања подразумевају уважавање етиологије ометености, придружених сметњи, као и процењеног развојног, когнитивног и адаптивног нивоа детета и прилагођавање критеријума стандардних класификационих система менталних обољења карактеристикама симптома. Клиничари ангажовани у процени морају, такође, узети у обзир и евентуалне срединске чиниоце и стресоре, који су могли изазвати психопатолошке реакције и проблеме у понашању, као што су: промена места становања или школе, смрт блиске особе, физичко злостављање, академски неуспех, вршњачко насиље, задиркивање и малтетирање, којима су ова деца често изложена и који могу утицати на компензаторне механизме детета и смањити капацитет за успешно превладавање стресних ситуација и адаптацију. У процесу дијагностиковања, МКБ-10 и ДСМ-4 критеријуми менталних обољења могу се успешно примењивати код деце и малдих са лакшим сметњама, а Светска здравствена организација је 1996. године издала и специјалан МКБ-10 водич за менталну ретардацију, који садржи мултиаксијалне

стандарде као помоћ у примљени стандардних критеријума у популацији особа са интелектуалним сметњама (WHO, 1996, Einfeld & Tonge, 1999, Koskentausta et al, 2007).

Најчешћи практичан начин дијагностиковања широке лепезе интернализованих и екстернализованих проблема код деце са лаком ИО ослања се на примену чек-листа и рејтинг скала, које процењују различите аспекте димензија емоционалних и бихејвиоралних тегоба (Koskentausta et al, 2007). Већина инструмената и скала који се користе у дијагностиковању менталних проблема деце и адолесцената просечне популације, примењиви су и када су у питању деца са лаком ИО, због релативно очуваних когнитивних капацитета и вербалних способности, као и сличности клиничких испољавања. Поред опште коришћених, постоје и инструменти дизајнирани посебно за потребе популације са интелектуалним сметњама. Чек-листе и рејтинг скале базиране су најчешће на систему мултиплих информаната, који подразумева да мишљење о детету и његовом понашању дају различите особе из његовог окружења, које комуницирају са дететом у различитим контекстима и врстама релација. Исто тако, деца и адолесценти са лаком ИО могу бити и субјекти самопроцена и самостално извештавати о властитим проблемима и тегобама. Неке од најчешће коришћених скала и чек-листа су:

1) Чек-листа дечјег понашања – '*Child Behavior Checklist – CBCL*' (Achenbach, 1991), садржи ајтеме везане за социјалну компетентност детета, као и 118 проблемских ајтема, који се односе на различите аспекте понашања. Ова скала широко се примењује у истраживачкој и клиничкој пракси, преведена је на 80 језика и поседује мултикултуралне додатке са нормама прилагођеним различитим поднебљима (Achenbach & Rescorla, 2001). Скала даје скорове тоталних проблема, интернализације и екстернализације, као и појединачних субскала које припадају поменути димензијама понашања. Такође, скала обезбеђује и ДСМ-4 оријентисане субскале, које кореспондирају са стандардним критеријумима менталних обољења по ДСМ-4 класификацији, што има велики практичан значај. Поузданост и валидност овог инструмента доказане су и када су у питању деца са лаком ИО, тако да се може успешно користити у дијагностици (Borthwick-Duffy et al, 1997, Embregts, 2000, Koskentausta et al, 2004).

2) Једна од структурисаних чек-листа, дизајнираних посебно за особе са ИО је Скала адаптивног понашања – *"Adaptive Behavior Scale – ABS"*, Америчке асоцијације за интелектуалну и развојну ометеност (AAIDD), некада Америчке асоцијације за менталну ретардацију (AAMD: Nihira et al, 1974). Ова скала мери два аспекта функционисања, личну независност и социјалне вештине, кроз процену функционалне самосталности и одговорности у дневним животним активностима, као и маладаптивно понашање и психолошке проблеме (Bean & Roszkowski, 1982).

3) За децу са интелектуалном ометеношћу дизајнирана је структурисана Чек-листа развојног понашања – *"Developmental Behavior Checklist (DBC)"*, са верзијама за родитеље, наставнике, као и верзијом за одрасле са ИО (Einfeld & Tonge, 1995). Ова скала процењује пет фактора или синдрома: дисруптивно понашање, преокупираност собом, комуникационе дефиците, анксиозност и социјално повезивање и најчешће се користи за процену психопатологије код деце са тежим облицима ометености, али има своју примену и код млађе деце са лаким ИО, посебно уколико се ради о присуству коморбидних стања, као што је дечји аутизам, или генетској етиологији ометености (нпр. Синдром фрагилног "X").

4) Једна од специјализованих скала за процену димензије екстернализације, агресивности и хостилног понашања код деце са ИО је Дечја скала хостилности и агесије: реактивне/проактивне – *"Children`s Scale for Hostility and Aggression, Reactive/Proactive – (C-SHARP)"*, која садржи 48 ајтема у две Ликертове скале: *проблемском скалом*, која мери фреквенцију и тежину симптома и *скалом провокације*, где се одређује ниво проактивности или реактивности агресивних испада (Farmer & Aman, 2009). Факторском анализом ајтема скале добијено је пет фактора или субскала: *вербална агесија, малтертирање, прикривена агесија, хостилност и физичка агесија*, тако да овај инструмент покрива широку лепезу типова агресивних понашања које деца испољавају. Скала има добру поузданост, факторску валидност и високе интер-рејтер и тест-ретест коефицијенте (Farmer & Aman, 2009), тако да се може сматрати поузданим инструментом за процену маладаптивног понашања код деце са ИО.

Неки од инструмената који су такође у употреби, а дизајнирани су за децу и адолесценте без ИО су: Профил расположења за адолесценте – *"Profile of Mood-states*

for Adolescents (POMS-A)”, који помоћу 24 ајтема, а на основу самопроцена, мери шест димензија расположења – бес, конфузију, депресију, умор, тензију и енергију (Terry et al, 1999), као и Инвентар депресивности за децу – "*Children`s Depression Inventory (CDI)*", који садржи 27 ајтема-изјава на тростепеној Ликертовој скали и даје скорове субскала *негативног расположења, интерперсоналних проблема, неефикасности, анхедоније и негативног самопоштовања*, што значи да мери све важне конструкте који експланаторно и предиктивно карактеришу депресивне симптоме код деце и адолесцената (Kovacs, 1992). Наравно, у употреби је још много различитих инструмената који мере уже или шире димензије понашања и менталних потешкоћа код деце, с тим што за већину њих није вршено довољно емпиријских провера да би се могли успешно примењивати и код деце са сметњама у интелектуалном развоју.

3. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ

3.1. ЗНАЧАЈ ПРОБЛЕМА ИСТРАЖИВАЊА

Питање менталног здравља и поремећаја деце са сметњама у интелектуалном развоју од вишеструког је значаја. Већ је објашњено да велики број досадашњих истраживања показује да су ова деца, због специфичних развојних и социјалних карактеристика, под повећаним ризиком од испољавања различитих облика психопатолошких феномена (Goodman, 1993, Dekker et al, 2002, Linna et al, 1999, Einfeld & Tonge, 1996). Ова појава објашњава се најчешће *неуролошко-развојним* факторима, у које спадају различити структурални и функционални неуролошки дефицити, или бихејвиорални и емоционални фенотипови везани за одређене генетске синдроме (Даунов синдром, синдром фрагилног X и сл.) (Dykens, 1995, Einfeld et al, 1999), као и специфичним *социјалним утицајима* током развоја и одрастања. Од посебног интереса у том смислу може бити изучавање менталног здравља деце са лаком ИО, с обзиром на то да у тој популацији нису присутни пратећи неуролошки дефицити и абнормалности, па се овај степен ометености може посматрати као квантитативно одступање од просека. Деца са лаком ИО једина су категорија деце са успореним интелектуалним развојем која се може успешно едуковати применом прилагођених педагошких приступа. Ипак, и код ове популације примећена је већа учесталост емоционалних потешкоћа и проблема у понашању, који значајно компромитују успех и исходе обуке и васпитања.

Питање врста и начина испољавања менталних проблема деце са ИО и даље мучи многе истраживаче и практичаре, пре свега због ограничене могућности примене стандардних дијагностичких поступака и сасвим специфичне симптоматологије (Mash & Dosoа и Mash & Barkley, 2003: стр. 31). Када су у питању деца са лаком ИО, ипак, ситуација је нешто другачија, а олакшавајућа околност јесте чињеница да многи емоционални и бихејвиорални проблеми код ове деце следе скоро идентичну симптоматологију и развојни пут као и код деце без когнитивних кашњења (Dykens,

1995). Оно што је проблем јесте недостатак тј. релативно мали број валидних истраживања која потврђују ове претпоставке. Исто тако, мало је доказа да се ментални проблеми код деце са ИО могу испитивати инструментима и скалама конструисаним за потребе испитивања деце без интелектуалних сметњи. У том смислу, ово истраживање има за циљ да да допринос испитивању бихејвиоралних и емоционалних поремећаја деце са лаком ИО тако што ће, коришћењем инструмента конструисаног за децу без интелектуалних сметњи, покушати да испита карактеристике, учесталост и повезаност различитих емоционалних поремећаја и проблема у понашању, са посебним нагласком на међусобним везама појединих синдромских скупина, пре свега због расветљавања дијагностичке замагљености и атипичне презентације појединих проблематичних понашања и мишљења, која је опште позната чињеница када су у питању деца са овом проблематиком. Наиме, није редак случај да се емоционални проблеми, анксиозност, депресивности, повлачење и соматске тегобе маскирају деструктивним понашањем и кршењем социјалних норми и правила, као и да проблеми мишљења и пажње нађу свој пут испољавања кроз социјалне проблеме и атипична понашања. Деструктивно и асоцијално понашање само по себи може призвести социјалну изолацију и последично осећање одбачености, што може резултирати депресивним па чак и суицидалним тенденцијама. У том смислу важно је утврдити до ког степена су одређени проблеми присутни код ове деце и да ли постоји међусобна повезаност различитих фактора који указују на интернализоване и екстернализоване поремећаје.

Други значајан проблем на који ово истраживање покушава да одговори везан је за изучавање широке лепезе социо-демографских и персоналних фактора, који могу обликовати понашање деце са лаком ИО и утицати на испољавање одређених менталних и бихејвиоралних проблема. Да би се одговорило на то комплексно питање, велики број социо-демографских варијабли укључен је у истраживање и испитиване су сложене међусобне везе тих варијабли са варијаблама понашања и емоционалне стабилности. Значај овог аспекта истраживања огледа се у могућности предикције менталних проблема на основу сплета неповољних персоналних и социјалних фактора, што има вишеструки значај у погледу ране превенције поремећаја и стварања бољих услова живота и едукације ове популације деце. Наиме, социо-економски услови у којима живе породице деце са сметњама у интелектуалном развоју често су веома

неповољни, а када се на то дода и многобројност породица, низак степен образовања родитеља и често напуштање деце са сметњама, иза ког следи боравак у хранитељским породицама и домовима за децу без родитеља, јасно је да ризико фактора има много и да им треба озбиљно приступити. Досадашња истраживања менталног здравља деце са ИО у главном су вршена на узорцима који су били мали, хетерогени по етиологији и нивоима ометености, а знатно мањи број њих бавио се искључиво децом са лаком ИО, па је, у том смислу, потребно размотрити факторе који утичу на вулнерабилност ове деце, код које не постоји органска етиологија, придружене сметње нити дубљи когнитивни и комуникациони дефицити. Када се искључе фактори као што су: развојно-неуролошко и генетско порекло сметњи, дубље заостајање, тешка говорно-језичка ограничења, епилепсија, аутистични поремећаји, хроничне болести као коморбидна стања код одређених генетских синдрома, боравак у институцијама рестриктивног типа и остали показатељи типични за децу са умереном или тежом ИО, остаје питање значаја и утицаја социјалних фактора, породичних односа, типа едукације, као и развојно-когнитивних специфичности, који карактеришу децу са лаком ИО, да би се расветлила етиологија менталних проблема и поремећаја. Ово истраживање фокусирано је управо на те утицаје, у покушају да разјасни сложену мрежу спољних фактора, који у интеракцији са личношћу детета појачавају ризик од развијања секундарних последица ометености, у које спадају све форме маладаптације и психичких тегоба изазване донекле неповољном развојном позицијом детета са ИО.

Посебан аспект овог истраживања везан је за питање деце ромске популације која су дијагностикована као интелектуално ометена и уписана у специјалне основне школе, а због својих језичких, културних и развојних карактеристика могу значајно одступати од деце српске националности. С тим у вези, сматрали смо да је значајно да се испита квалитет и значај разлика у бихејвиоралним и емоционалним поремећајима и њиховој повезаности са социо-демографским условима код ове две скупине деце, с циљем да се у даљем раду на њиховој едукацији, као и на третирању евентуалних проблема у менталном развоју и понашању, узимају у обзир и истражене специфичности и разлике. Није непознато да су ромска деца често изложена дискриминацији и неразумевању доминантне културе у коју желе да се интегришу кроз процес образовања, што може довести до непрепознавања квалитета њихових

способности и погрешног тумачења њиховог понашања. Није реткост да се ова деца, без озбиљније опсервације, а због језичких баријера и културолошких разлика, означавају функционално ометеном, непажљивом, хиперактивном и асоцијалном, што је посебно изражено у специјалним школама, где она долазе у великом броју, не успевши да се уклопе у редован образовни систем. Јасно је да су услови живота ове деце најчешће неповољни, породице вишечлане, са ниским стандардом живота и нивоом образовања, па је очекивано да ти фактори додатно негативно утичу на њихову емоционалну стабилност и социјализацију. С тим у вези, потребно је пажљивије размотрити које су фреквенције психичких тегоба код те деце, која су дијагностикована као лако интелектуално ометена, и који од неповољних социо-демографских фактора јесу пресудни у моделовању евентуалне психопатологије. У истраживање је укључен значајан проценат ромске деце, у складу са њиховом бројношћу у опсервираним школама, тако да ће резултати ове студије дати неке од одговора на питања везана за њихов развој, образовање и тешкоће.

Ова студија представља пионирски покушај проучавања и мерења психичких тегоба код деце са ИО у нашој средини, која у том смислу доста заостаје за светским научно-стручним токовима, где се већ деценијама ради на расветљавању феномена "двојне дијагнозе" бројним истраживањима са различитим циљевима. Веома је важно, с обзиром на свест о потреби укључивања ове деце у редован едукативни систем, што је у нашој земљи и озваничено као законска препорука и обавеза *Законом о основама система образовања и васпитања* из 2009. године, разбити међу наставним кадровима раширену предрасуду да ова деца не могу оболети од менталних болести, већ да су то само последице њиховог примарног стања и показати који су евентуални ризици и проблеми на које ће, у раду са њима, наставници морати да рачунају. С тим у вези, ово истраживање бациће прво светло на ту проблематику у нашој средини, с надом да ће покренути даља питања, али и дати неке од одговора на већ постојеће дилеме.

3.2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Изложен теоријски оквир и преглед релевантне домаће и стране литературе везане за изучавање емоционалних и бихејвиоралних проблема деце са лако м интелектуалном ометеношћу одредио је и основне проблеме овог истраживања, из којих произилазе општи и специфични циљеви, као и хипотезе истраживања. Главни циљеви овог истраживања могу се дефинисати на следећи начин:

I Утврђивање распрострањености и карактеристика бихејвиралних и емоционалних сметњи код деце са лако м интелектуалном ометеношћу, ученика специјалних основних школа.

II Утврђивање утицаја социо-демографских фактора на испољавање и тежину бихејвиралних и емоционалних сметњи код поменуте категорије деце.

Из дефинисаних општих циљева истраживања произилазе специфични, оперативни циљеви, детерминисани специфичним проблемима истраживања:

1. Утврдити распрострањеност и структуру *интернализованих* (емоционалних) *сметњи* код деце обухваћене истраживањем.
2. Утврдити распрострањеност и структуру *екстернализованих сметњи* (поремећаја понашања) код деце обухваћене истраживањем.
3. Утврдити степен повезаности, као и учесталост коморбидитета интернализованих и екстернализованих проблема код деце у узорку.
4. Утврдити учесталост социјалних проблема, проблема мишљења и пажње код деце у узорку, као и њихову повезаност са интернализованим и екстернализованим сметњама.
5. Код деце у узорку испитати учесталост и карактеристике дефинисаних клиничких синдрома, заснованих на ДСМ-4 класификацији менталних болести.
6. Испитати повезаност независних варијабли (пола, узраста, националне припадности, успеха у школи, коефицијента интелигенције, породичних и ширих социјалних фактора) са испољавањем клинички значајних проблема у понашању, као и

емоционалних потешкоћа, проблема мишљења и пажње. У оквиру овог циља, испитати предиктивност одређених персоналних и социо-демографских параметара када је у питању потенцијално испољавање клинички сигнификантних бихејвиоралних и емоционалних потешкоћа.

Оперативни циљеви истраживања произилазе из потребе свеобухватног сагледавања проблематике испитиване популације деце. Прилику за то, као и могућност операционализовања варијабли и циљева истраживања даје и примена свеобухватне скале понашања Т. М. Ахенбаха, на којој се и базира ово истраживање (Achenbach, 1991, Achenbach & Rescorla, 2001). Вишеструко укрштање варијабли понашања, пажње и емоција, добијених коришћењем поменуте скале, са независним персоналним и социо-демографским варијаблама, има и клиничко-дијагностички и превентиван значај, узевши у обзир чињеницу да су деца са интелектуалном ометеношћу под већим ризиком за испољавање различитих бихејвиоралних и емоционалних проблема од деце без развојних интелектуалних потешкоћа, што су показала и претходна истраживања.

3.3. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Постављени општи и специфични циљеви, базирани на дефинисаном проблему истраживања, омогућавају постављање следећих хипотеза истраживања:

1. Очекивана распрострањеност клинички значајних *интернализованих сметњи* код деце испитиваног узорка креће се у распону од 10-40%, добијеном од стране различитих аутора, а на основу претходних истраживања.

2. Постоји већа учесталост клинички значајних *соматских жалби* и *анксиозности/депресивности*, него синдрома *повлачења/депресивности* код деце са *интернализованим сметњама*.

3. Постоји статистички значајна повезаност скорова *интернализованих сметњи* са полом, узрастом, коефицијентом интелигенције, националном припадношћу и осталим испитиваним социо-демографским чиниоцима.

4. Очекивана распрострањеност клинички значајних *екстернализованих сметњи* код деце испитиваног узорка већа је него учесталост *интернализације* и креће се у распону од 20-50%, на основу резултата претходних истраживања.

5. Постоји већа учесталост клинички значајног *понашања са кршењем социјалних норми*, него *агресивног понашања* међу децом са *екстернализованим сметњама*, узевши у обзир тешкоће схватања и усвајања социјалних норми код деце са когнитивним кашњењем.

6. Постоји статистички значајна повезаност скорова *екстернализованих сметњи* са полом, узрастом, коефицијентом интелигенције, националном припадношћу и осталим испитиваним социо-демографским чиниоцима.

7. Постоји статистички значајна повезаност скорова *екстернализованих и интернализованих сметњи*.

8. Постоји статистички значајна међусобна повезаност скорова појединачних синдромских скала *интернализованих и екстернализованих сметњи*.

9. Очекивана распрострањеност коморбидитета клиничких *интернализованих и екстернализованих* проблема код деце у узорку креће се у распону од 15-20 %.

10. Постоји статистички значајна повезаност скорова *социјалних проблема, проблема мишљења и пажње* са скоровима скупне *интернализације и екстернализације*, као и са скоровима појединачних синдромских скала.

11. Постоји могућност предикције клиничких *интернализованих и екстернализованих* поремећаја код деце испитиваног узорка на основу проучавања констелације и карактеристика персоналних и социо-демографских фактора који су узети у обзир у овом истраживању.

12. Постоји могућност предикције клиничких синдрома ДСМ-IV класификације код деце испитиваног узорка на основу проучавања констелације и карактеристика персоналних и социо-демографских фактора који су узети у обзир у овом истраживању.

Постављене хипотезе истраживања одговарају проблему и циљевима истраживања, а базиране су на варијаблама добијеним на основу комплексног и свеобухватног испитивања понашања, емоција, мишљења и пажње деце у узорку

коришћењем скале понашања (ТРФ), која представља један од најпрецизнијих и најшире коришћених инструмената за процену поменутих карактеристика.

3.4. ПРОЦЕДУРА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је обављено у периоду од септембра 2010. до марта 2011. године. У истраживање је укључено осам специјалних основних школа за образовање деце са лаким сметњама у интелектуалном развоју и то из следећих градова: Крушевац, Крагујевац, Чачак, Краљево, Ниш, Прокупље, Бор и Пирот. Школе су одабране методом случајног узорковања од укупно 43 школе истог профила на територији Републике Србије, сачињавајући кластере у којима је испитивана читава популација ученика који су задовољавали задате критеријуме узорка истраживања. У ове школе ученици су уписивани на основу мишљења надлежне општинске мултидисциплинарне *Комисије за категоризацију* (данас Интерресорна комисија), а због заостајања у интелектуалном развоју и немогућности праћења и савладавања програма редовних основних школа. Број ученика у школама овог типа значајно варира, тако да се кретао од 50 до 120. Број ученика по одељењима износио је од 6-10, што одговара законским препорукама и олакшава неопходну индивидуализацију рада и диференцијацију захтева према нивоима способности. Настава је разредна током читавог школовања, а запослени кадрови су дефектолози специјализовани за рад са децом са сметњама у интелектуалном развоју. Из испитивања су искључени они ученици који су у тренутку процене били млађи од 9 и старији од 18 година, затим ученици са коефицијентом интелигенције који излази из ранга лаке интелектуалне ометености (50-69), мерено стандаризованим тестовима, као и ученици са озбиљним придруженим сметњама (неуролошке, емоционалне, сензорне, моторне). Укупан број ученика за које су прикупљени валидни подаци помоћу примењених тестова био је **N=311**.

За потребе истраживања прибављено је мишљење Етичког комитета Медицинског факултета у Крагујевцу, које је одобрило поступак, што је и предочено свим учесницима истраживања. За сваког испитиваног ученика прибављена је и сагласност родитеља или старатеља за учешће у истраживању, потписана на посебно

припремљеном формулару (в. Прилог), након што је у свакој школи организован заједнички родитељски састанак на ком је истраживач предочио све аспекте истраживања и обавестио присутне да могу по својој жељи и у сваком тренутку да прекину своје даље учешће у истраживању.

Сам процес истраживања практично је подразумевао примену једне скале процене понашања и упитника о демографском и социо-економском статусу ученика и њихових породица, које су попуњавали наставници-разредне старешине за све укључене ученике из својих одељења. Сви наставници, који су у датом одељењу провели више од 6 месеци у континуитету, испуњавали су јединствен услов за учешће у овом истраживању.

3.5. ОПИС УЗОРКА ИСПИТАНИКА

Истраживање је спроведено на кластерском случајном узорку испитаника – 311 ученика осам специјалних основних школа са територије централне и западне Србије, узраста од 9 до 18 година. Ради појашњења узрастних граница одабраних за сврхе овог истраживања (9-18 година), треба рећи да се тежило већем обухвату деце, узимајући у обзир чињеницу да је доња узрастна граница за ученике специјалних основних школа најчешће 9 година, због одлагања почетка школовања, претходног похађања редовних школа и процедуре категорисања, а горња 18, па и више, због понављања разреда у редовним школама и здравствених проблема. То је, такође, узрастни распон који обухвата и децу и адолесценте, што даје свеобухватније податке о начинима испољавања и развојном току менталних и бихејвиоралних проблема присутних у детињству, као и њиховим специфичностима и променама везаним за наступање адолесценције и интензивних психолошких и телесних промена.

Сви ученици обухваћени истраживањем спадају у групу деце са лаком ИО, дефинисано на основу критеријума међународних класификација, који се ослањају на резултате тестирања интелигенције стандардизованим скалама, као и процену социјалних, концептуалних и практичних адаптивних вештина мултидисциплинарном опсервацијом и разговором са децом и родитељима (старатељима). Тестирање

интелигенције ученика обављано је од стране школског психолога, након пријема у школу, са неопходним ретестирањима у одређеним периодима, најчешће на почетку нове школске године, или након извесних промена у успеху учења, статусу или понашању. С обзиром на то да је за све ученике истраживачу била доступна уредна документација о резултатима тестирања интелигенције, оно није понављано, већ су за потребе истраживања коришћени подаци из досијеа ученика. Школе у Србији користе *WISC-R* – ревидирану Векслерову скалу интелигенције за децу, која се састоји из пет *вербалних* субскала: информисаност, схватање, рачунање, памћење и сличности и пет *невербалних* субскала: допуњавање, стрип, коцке, склапање фигура и шифрирање. Скала обезбеђује скупни скор, као и појединачне вербалне и невербалне скорове. Процена адаптивних способности, лична и породична анамнеза, етиологија развојне сметње, као и присуство коморбидних проблема или хроничних болести, дати су у опису понашања и особина детета који даје *Комисија за категоризацију*, а који је саставни део *Решења за упућивање детета на школовање у специјалним условима*. Из истраживања су, на основу увида у извештај стручне комисије и досијеа ученика, искључена деца са генетским синдромима, аутизмом, епилепсијом, церебралном парализом, сензорним тегобама, као и деца са дијагностикованим психијатријским поремећајима и осталим озбиљним здравственим проблемима, тако да је финални узорак био прочишћен и уједначен у смислу етиологије и нивоа интелектуалног заостајања, као и одсуства озбиљних придружених тегоба. Као један од значајних ризико фактора за испољавање психопатологије код деце са ИО наводи се раније дијагностикован психијатријски поремећај, али тај фактор није узиман у обзир у нашем истраживању, јер би било очекивано да деца са позитивном личном анамнезом имају високо патолошке скорове на коришћеној скрининг скали, што би донекле утицало на квалитет резултата. Деца са аутизмом, такође, испољавају читав спектар патолошких понашања, која спадају у већ поменуте бихејвиоралне фенотипове генетских синдрома и одликују се симптомским специфичностима која се тешко могу детектовати применом скале која је коришћена у овом истраживању, тако да су и она искључена из истраживања, на шта треба додати и то да их је у испитиваним школама било мање од 10%.

3.6. ТЕХНИКЕ И ИНСТРУМЕНТИ ИСПИТИВАЊА

У истраживању су коришћени упитници у писаној форми, које су као информанти попуњавали наставници-разредне старешине. Пре почетка истраживања од родитеља (старатеља) је прибављена писмена сагласност за коришћење података о детету у истраживачке сврхе (в. Прилог). Наставници који су учествовали у истраживању испуњавали су постављен услов од најмање 6 месеци рада у датом одељењу, на месту разредног старешине, што смо сматрали довољно дугим периодом за доношење валидних закључака и извештавање о понашању детета у школи, иако аутори чек-листе понашања постављају минималну временску границу од 2 месеца.

Инструменти који су коришћени у овом истраживању су *Чек-листа понашања деце узраста 6-18 година – форма за наставнике* (TRF – Teacher Report Form, Achenbach & Rescorla, 2001), као и за ову прилику конструисан *Упитник о персоналним карактеристикама деце - испитаника и социо-економском статусу њихових породица*.

3.6.1. ЧЕК ЛИСТА ПОНАШАЊА ДЕЦЕ – ФОРМА ЗА НАСТАВНИКЕ

Ова чек – листа припада систему процене понашања деце узраста 4 - 18 година, базираном на информацијама које о детету дају родитељи (старатељи) или наставници. Форма коришћена у овом истраживању је *форма за наставнике* (TRF – Teacher Report Form), која уз *форму за родитеље* – старатеље (CBCL – Child Behavior Checklist) и *упитник за адолесценте* узраста 11-18 година (YSR – Youth Self Report) чини интегрисан сет скала за процену адаптивног функционисања и бихејвиоралних и емоционалних проблема код деце узраста 4-18 година - *АСЕБА* (Achenbach System of Empirically Based Assessment), чији је креатор Т. Ахенбах (Achenbach, 1991). У истраживању је коришћена најновија, адаптирана верзија скале, која користи мултикултуралне норме базиране на уважавању културолошко-језичких специфичности испитиване популације, с обзиром на чињеницу да је скала преведена на 80 језика и користи се у истраживачке и клиничке сврхе широм света (Achenbach & Rescorla, 2001). Скала се користи од 1991. године и до сада је више пута усавршавана у смеру све боље

валидности и поузданости. Пошто су у овом истраживању као информанти били доступни само наставници, коришћена је форма за наставнике (TRF - Teacher Report Form). Скале су конструисане за процену понашања и психопатологије деце просечне популације, али се веома често користе и за процену деце са сметњама у интелектуалном развоју, посебно у клиничким условима, с тим што још увек нема довољно истраживачких података који би потврдили валидност и поузданост овог инструмента када је у питању популација деце са ИО. Ипак, постоје подаци у литератури који говоре у прилог чињеници да је ова скала задовољавајуће поуздана када су у питању деца са лаком ИО, с обзиром на сличности клиничких испољавања психопатологије код ове деце и код деце просечне популације (Einfeld & Tonge, 1995, Dukens, 2000). Факторску валидност овог инструмента примењеног на популацији деце са различитим нивоима ИО доказали су Бортвик-Дафи и сарадници, испитавши факторску структуру ширих фактора *интернализације* и *екстернализације* (Borthwick-Duffy et al, 1997). Коскентауста и сар. (2004), применом скале на узорку деце различитих нивоа ометености, показују да овај скрининг инструмент може успешно да дискриминише децу са лаком ИО која имају емоционалне и бихејвиоралне потешкоће од оне која их немају, док истовремено не представља поуздано средство у процени психопатологије код деце са тежим облицима ометености (Koskentausta et al, 2004). Такође, било је и неколико истраживања на изолованим, синдромским скупинама деце са генетским синдромима и ИО, где се ова скала такође показала валидним и поузданим инструментом за процену психопатологије. Тако, Pueschel et al. (1991) закључују да је *CBCL* поуздан инструмент за процену психопатологије код деце са Дауновим синдромом (Pueschel et al., 1991), а Lieshout et al. (1998) проналазе задовољавајуће кронбах-алфа коефицијенте приликом примене ове скале на популацији деце са синдромом Прадер-Вили (Lieshout et al., 1998). Embregts (2000) на популацији 42 деце са лаком интелектуалном ометеношћу, узраста 10-18 година, испитује тест-ретест и интер-рејтер поузданост, са не тако задовољавајућим резултатима, с обзиром на то да су и један и други тип поузданости показали исподпросечне вредности, мање од стандарда $\kappa=0,80$, што показује да овај инструмент није увек најбољи избор за истраживање психопатологије код деце са ИО (Embregts, 2000). Ипак, мора се узети у обзир чињеница да је узорак на ком је вршено ово истраживање мали и да је у процени

психопатологије код ове популације деце један од највећих проблема управо степен слагања у процени код различитих информаната, посебно ако се упореде процене особља које ради са овом децом (наставници, неговатељи, инструктори и сл.) и родитеља, а тај тренд важи и за доказано поуздане инструменте, који су и конструисани за потребе деце са сметњама у интелектуалном развоју, ако што је нпр. широко коришћен DBC - Developmental Behaviour Checklist (Einfeld & Tonge, 1995). Штавише, и истраживање Ембрегтса показује боље каппа за тест-ретест (и до 0.70), него за интер-рејтер поузданост (у просеку 0.50). Изнесени подаци указују на потребу за већим бројем студија које би испитивале поузданост и факторску валидност овог инструмента када су у питању деца са ИО, али чињеница је да тренутно постоји веома сужен избор валидних инструмената који би били примењиви на испитиваној популацији деце. Иначе, статистички подаци које дају истраживања Ахенбаха на националном узорку деце без интелектуалних сметњи, коришћеном за стандардизацију (када је у питању ТРФ, N=4437), указују да је унутрашња конзистентност емпиријски конструисаних синдромских скала овог инструмента висока и износи од 0,72-0,95. Тест-ретест поузданост је такође висока и креће се у просеку 0,90 за синдромске скале, док је интер-рејтер поузданост очекивано нешто мања и креће се у просеку око 0,60 (Achenbach & Rescorla, 2001). Видимо да, када је у питању интер-рејтер поузданост, нема велике разлике када су у питању популације деце са и без интелектуалних сметњи. Ипак, потребно је још емпиријских доказа који би потврдили вредност ове скале у истраживањима бихејвиоралних и емоционалних проблема деце са ИО.

Скала ТРФ састоји се из два дела, у првом се прикупљају демографски подаци о ученику и његовој породици (смештају, старатељима), као и информације о академској успешности у појединачним областима и карактеристикама адаптивног функционисања (*Да ли се ученик понаша адекватно? Колико напорно ради? Колико учи? Колико је задовољан и срећан?*). Други део инструмента је тзв. *Проблемска скала*, која се састоји од 113 проблемских ајтема – понашања, који се оцењују са **0** (није тачна), **1** (донекле или понекад тачна) или **2** (потпуно или често тачна). Укупан скор на скали добија се сабирањем свих резултата означених са 1 и 2, чиме се обезбеђује тзв. *Тотални проблемски скор*. Осим укупног скорa, ова скала обезбеђује и појединачне скорове на тзв. *синдромским скалама* и ширим факторима *интернализације* и *екстернализације*,

који су издвојени поступком факторске анализе. Синдромских скала има укупно 8 и то су: *анксиозност/депресивност, повлачење/депресивност, соматске жалбе, социјални проблеми, проблеми мишљења, проблеми пажње, понашање са кршењем социјалних норми и агресивно понашање*. Прве три синдромске скале дају део су ширег фактора *интернализације* или понашања везаног за унутрашње тегобе и проблеме, док последње две синдромске скале припадају тзв. *екстернализацији*, или понашању усмереном ка социјалној средини. Синдромске скале *социјалних проблема, проблема мишљења и проблема пажње* подједнако корелирају и са интернализацијом и са екстернализацијом ($r \approx 0,40-0,50$), тако да не припадају ниједном одређеном ширем фактору. Укупни скорови на скали, као и скорови интернализације и екстернализације и појединачних синдромских скала могу бити представљени као сирови скорови, али и помоћу нормализованих Т-скорова, као и перцентила, а коришћење једног од могућих облика скорa зависи од актуелних истраживачких или клиничко-практичних потреба. Нормализовани Т-скорови додељени су одређеним вредностима силових скорова на основу обимног истраживања спроведеног на нормативном узорку од 4437 деце узраста 6-18 година (Achenbach & Rescorla, 2001). Т-скорови обезбеђују и граничне и клиничке вредности, које указују на постојање ризика (вредности веће од граничног Т-скора) или евидентних емоционалних проблема или проблема у понашању (вредности веће од клиничког Т-скора) у одређеном испитиваном сегменту понашања детета у школи. Зона граничних Т-скорова тоталних проблема, укупне интернализације и екстернализације креће се у распону од 60-63, док су за исте скорове клиничке вредности све оне где је $T \geq 63$. Код синдромских скала ситуација је нешто другачија. Наиме, граничне вредности синдромских скала крећу се у распону од 65-69, а клинички значајни су сви скорови где је $T \geq 70$. Имати гранични скор на синдромским скалама, интернализацији, екстернализацији или укупним проблемима значи да постоје индиције озбиљних потешкоћа које захтевају јаснију и ширу евалуацију и свакако захтевају већу пажњу свих ангажованих стручњака. Клинички скорови већ се могу третирали као знаци постојања менталних поремећаја, с тим што ова скала сама по себи не представља дијагностичко већ скрининг средство, осим ако се комбинује са опсервацијом и клиничком проценом, када се једино на мултидисциплинаран начин и пажљивом

проценом од стране стручњака моће поставити дијагноза поремећаја код одређеног детета.

Специфичност овог инструмента јесте и могућност да се евентуални ментални проблеми испитиване деце посматрају и из перспективе једног од стандаризованих дијагностичких система и то ДСМ -IV класификације менталних болести и поремећаја Америчке психијатријске асоцијације (АРА, 1994). Истраживања у којима је коришћен овај скрининг инструмент потврдила су асоцијације између скорова синдромских скала и дијагностичких категорија ДСМ- IV класификације, тако да су у инструменту дате и тзв. ДСМ-IV оријентисане скале добијене на основу испитивања конзистентности сваког од 113 проблемских ајтема са стандардним дијагностичким критеријумима ДСМ-IV дијагностичких категорија, а на основу мишљења искусних клиничара на пољу дечје психијатрије (Achenbach & Rescorla, 2001). Ајтеми проблемских скала су на основу процена конзистентности са дијагностичким критеријумима ДСМ- IV груписани у следеће ДСМ- IV оријентисане скале: *афективни проблеми, анксиозни проблеми, проблеми пажње/хиперактивност (ADHD), проблеми понашања, понашање с противљењем и пркосом, соматски проблеми*. Проблеми пажње и хиперактивности могу се посматрати и одвојено, тако да овај део скрининга обезбеђује и одвојене скорове за хиперактивност/импулсивност, с једне, и проблеме с пажњом, с друге стране. Скорови су, као и у случају синдромских скала, дати као сирови скорови, нормализовани Т-скорови и перцентили. Граничне вредности Т-скорова за све ДСМ- IV субскеале су у распону од 65-69, док ле клинички значајан сваки Т-скор ≥ 70 .

Јасно је да је у питању инструмент који може дати поуздане и свеобухватне податке о понашању детета, при чему се посебна вредност инструмента огледа у могућности прикупљања података о детету од различитих информаната, што се у свакој процени и препоручује. На жалост, у нашем истраживању постоји ограничење у погледу ангажовања родитеља деце са сметњама у интелектуалном развоју као информаната, с обзиром на ограничену писменост, проблематичне породичне односе и интелектуалне и емоционалне сметње код родитеља. У том смислу, сматрали смо да би поуздани информанти могли да буду само наставници, који су по природи свог занимања упознати за законитостима развоја детета, а посебно са проблемима и

функционисањем деце са интелектуалним ограничењима, код којих постоји широка лепеза придружених емоционалних и бихејвиоралних сметњи.

У овом истраживању је коришћена само скала проблемских ајтема, која одговара циљевима истраживања, а неки од података које даје скала адаптивних вештина и академског постигнућа прикупљени су посебним упитником конструисаним за потребе овог истраживања (пример ТРФ упитника дат је у Прилогу).

3.6.2. УПИТНИК О ПЕРСОНАЛНИМ КАРАКТЕРИСТИКАМА ДЕЦЕ - ИСПИТАНИКА И СОЦИО-ЕКОНОМСКОМ СТАТУСУ ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА

За потребе прикупљања персоналних и социо-демографских података о испитаницима конструисан је упитник са 26 ставки, које обухватају: пол, узраст, разред и одељење, школски успех, понављање разреда, претходно образовање у редовном систему, постојање придружених сметњи и психијатријских дијагноза, коефицијент интелигенције, тип смештаја детета, брачни статус родитеља, место становања, образовање и запослење родитеља, број чланова домаћинства и број деце у породици, редослед рођења, националну припадност и коришћење социјалне помоћи. Подаци о ученицима и њиховим породицама добијени су из досијеа ученика и разговора са родитељима/старатељима, уз претходно обезбеђену сагласност истих за коришћење података у истраживачке сврхе (упитник је дат у Прилогу).

3.7. ВАРИЈАБЛЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.7.1. КЛИНИЧКЕ ВАРИЈАБЛЕ

Клиничке истраживачке варијабле добијене су из скорова које обезбеђује скрининг скала понашања деце и адолесцената коришћена у овом истраживању.

Варијабле су дате кроз вредности Т-скорова на ширим факторима, као и појединачним скалама ТРФ-а, са изузетком скорова појединачних скала хиперактивности/импулсивности и непажње, који су дати као перцентилне вредности.

1. Скор *Тоталних проблема*
2. Скупни скор *Интернализације*
3. Скупни скор *Екстернализације*
4. Скор на скали анксиозност/депресивност
5. Скор на скали повлачење/депресивност
6. Скор на скали соматских жалби
7. Скор на скали социјалних проблема
8. Скор на скали проблема мишљења
9. Скор на скали проблема пажње
10. Скор на скали понашања са кршењем социјалних норми
11. Скор на скали агресивног понашања
12. Скор на скали анксиозних поремећаја
13. Скор на скали афективних поремећаја
14. Скор на скали поремећаја пажње са хиперактивношћу (ADHD)
15. Скор на скали понашања са противљењем и пркосом (ODD)
16. Скор на скали поремећаја понашања (CD)
17. Појединачан скор хиперактивности/импулсивности
18. Појединачан скор непажње
19. Индекс коморбидитета интернализације и екстернализације

3.7.2. СОЦИО-ДЕМОГРАФСKE И ПЕРСОНАЛНЕ ВАРИЈАБЛЕ

1. Пол (мушки/женски)
2. Узраст (9-18 година)
3. Разред (1-8)
4. Школски успех (1-недовољан, 2-довољан, 3-добар, 4-врло добар и 5-одличан)

5. Понављање неког разреда током школовања (да/не)
6. Прелаз из редовне у специјалну школу (да/не)
7. Коефицијент интелигенције (50-69)
8. С ком дете живи (1-с оба родитеља, 2-с једним родитељем, 3-у хранитељској породици, 4- у дому за децу без родитељског старања и 5-остало)
9. Број чланова домаћинства
10. Број деце у породици
11. Редослед рођења детета
12. Место становања (село/град)
13. Национална припадност (српска/ромска/остало)
14. Школска спрема оца (1-непотпуна основна школа, 2-основна школа, 3-средња школа, 4-виша или висока школа)
15. Школска спрема мајке (1-непотпуна основна школа, 2-основна школа, 3-средња школа, 4-виша или висока школа)
16. Запослење оца (запослен/незапослен)
17. Запослење мајке (запослена/незапослена)
18. Социјална помоћ породици (прима/не прима)

3.8. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

У обради података коришћене су методе дескриптивне и аналитичке статистике. Нумеричка обележја приказана су помоћу средњих вредности (аритметичка средина, медијана) и мера варијабилности (стандардна девијација), а атрибутивна помоћу фреквенција и процената. Од аналитичких метода, за поређење две групе података, а у зависности од карактеристика расподеле својстава, коришћени су параметријски Студентов т-тест и непараметријски Ман-Витни У тест, а за поређење више различитих група података коришћене су једносмерна анализа варијансе (АНОВА) и непараметријски Крускал-Валис тест. У сврху поређења фреквенција атрибутивних обележја коришћен је Хи - квадрат тест. За испитивање мере повезаности различитих

обележја и група података коришћена је метода корелационе анализе – Спирманова ранг-корелација. За предикцију исхода тј. испитивање утицаја више независних варијабли (социо-демографске и персоналне) на дихотомне зависне варијабле (клиничка интернализација, клиничка екстернализација, клинички скорови појединачних скала, коморбидитет клиничких стања) коришћена је метода бинарне логистичке регресије, како униваријантна, са једним независним фактором, која даје сирови однос шанси (crude Odds Ratio), тако и мултиваријантна (Stepwise) регресија, са израчунавањем релативног учинка групе независних фактора, која даје прилагођени рацио вероватноће (adjusted Odds Ratio). Статистички значајним сматрани су резултати на нивоу $p < 0,05$. Статистичка обрада података рађена је у софтверском пакету SPSS (верзија 13).

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

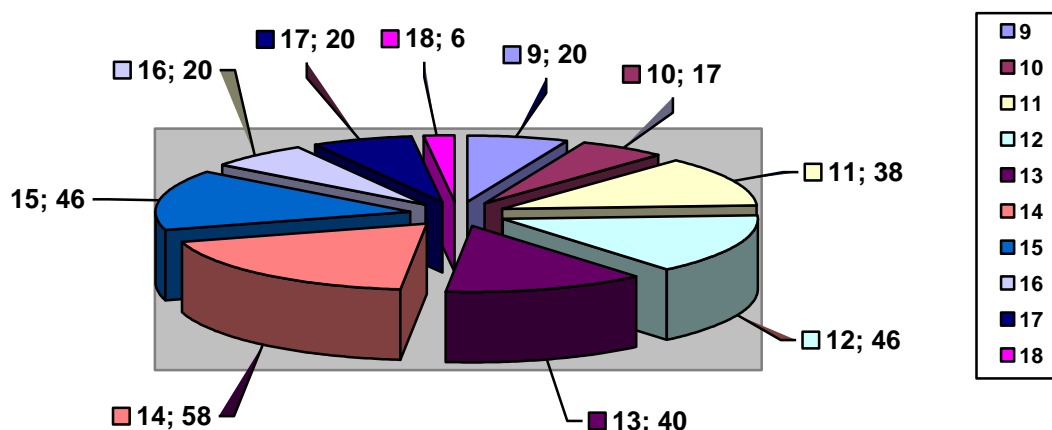
4.1. ДЕСКРИПТИВНА АНАЛИЗА

Демографске карактеристике узорка ($N=311$) изражене су бројчано и у процентима.

Узорком је, као што је речено, обухваћено укупно 311 ученика специјалних основних школа узраста од 9-18 година. Дистрибуција узорка по узрасту (Табела 2, Слика 1) показује да је највећи број испитаника заступљен на узрасту од 14 година (18,6%), слична заступљеност важи за узрасте 11 и 13 година (12,2% и 12,9%), а идентична за узрасте 12 и 15 година (по 14,8%). Најмање ученика припада узрасту од 18 година (само 1,9%), што је и очекивано, с обзиром на то на том узрасту већина деце похађа средњу школу, па је релативно мали број оних код којих је дошло до тако озбиљног одлагања почетка школовања, или вишеструког понављања разреда. Из истог разлога, мала је и заступљеност ученика узраста 16 и 17 година (по 6,4%). Мањи број ученика припада и узрастима од 9 (6,4%) и 10 (5,5%) година. Из дистрибуције по узрасту се види да је највећа фреквенција испитаника узраста од 11 до 15 година, док се њихов број смањује ка доњој и горњој старосној граници. Мали број испитаника узраста 9 и 10 година може се објаснити нестабилним индивидуалним карактеристикама деце која тек полазе у школу, узевши у обзир чињеницу да је то управо и најчешће узраст у ком ова деца полазе у први разред, након опсервација, одлагања почетка школовања или преласка из редовне школе на основу мишљења комисије за категоризацију. Млађи узрасти нису обухваћени истраживањем због сразмерно малог броја испитаника и тешкоћа прилагођавања на школу. Просечан узраст учесника у овом истраживању је 13,21 година, SD 2,24.

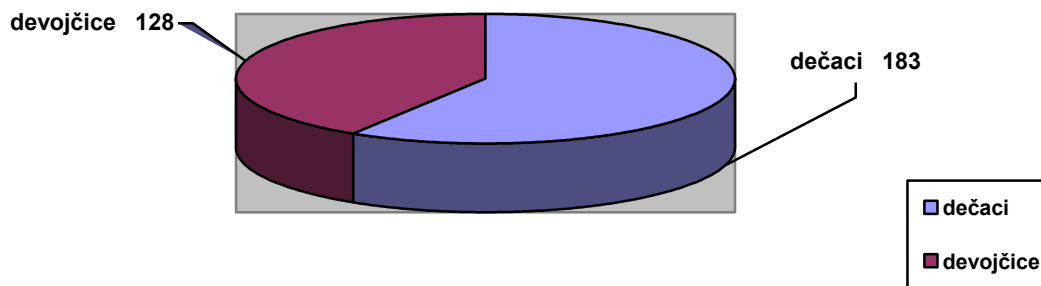
Табела 2. Узрасна структура узорка

| Узраст (у годинама) | Број | % |
|---------------------|------------|------------|
| 9 | 20 | 6,4 |
| 10 | 17 | 5,5 |
| 11 | 38 | 12,2 |
| 12 | 46 | 14,8 |
| 13 | 40 | 12,9 |
| 14 | 58 | 18,6 |
| 15 | 46 | 14,8 |
| 16 | 20 | 6,4 |
| 17 | 20 | 6,4 |
| 18 | 6 | 1,9 |
| Укупно | 311 | 100 |



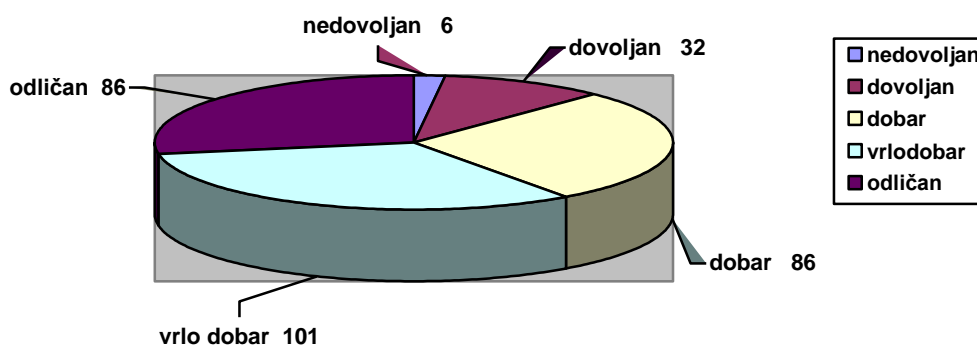
Слика 1: дистрибуција узорка по узрасту

У узорку је заступљен нешто већи број дечака (58,8%) него девојчица (41,2%), што одговара већ познатој чињеници о већој заступљености развојних сметњи, па и интелектуалне ометености различите етиологије и степена, код деце мушког пола (Слика 2). Резултати кростабулације пола и узраста и испитивање разлика међу групама применом χ^2 теста нису показали статистички значајне разлике у заступљености дечака и девојчица у различитим узрасним групама ($\chi^2=4,678$, $df=9$, $p=0,861$).



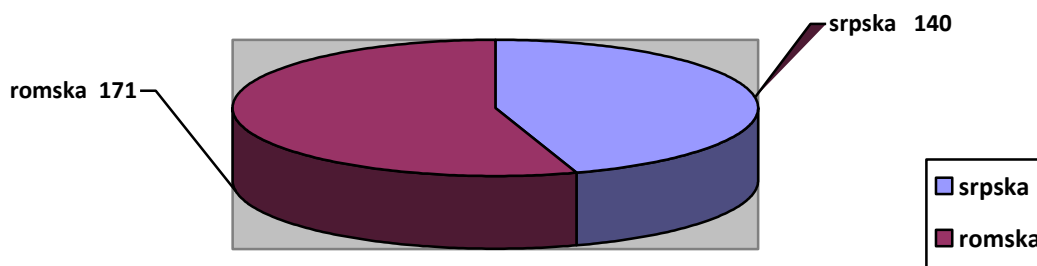
Слика 2: Полна структура узорка

Највећи број ученика нашег узорка има врло добар успех (32,5%), исти је број ученика са добрим и одличним успехом (по 27,7%), нешто мање са довољним (10,3%), а најмање са nedovoljnim успехом (1,9%). (Слика 3) Према подацима из школских досијеа, укупно 75 ученика (24,1%) бар једном је до сада понављало неки разред. Чак 145 ученика (46,6%) је уписано у специјалну школу након неуспешног похађања редовне школе, а на основу мишљења надлежне комисије за категоризацију деце са сметњама у развоју. Нема статистички значајних разлика у школском успеху дечака и девојчица ($t= 1,113$, $p=0,266$).



Слика 3: Школски успех ученика у узорку

У узорку заступљен нешто већи број деце *ромске* националности: 171 (55%), што је уобичајена ситуација у специјалним школама широм Србије, где ромска деца најчешће чине већину популације у школи (Слика 4). У нашем узорку поређење заступљености деце ромске и српске националности у различим узрасним групама не показује статистички значајне разлике ($\chi^2=9,719$, $df=9$, $p=0,374$). Деца српске и ромске националности значајно су се разликовала по вредностима коефицијента интелигенције, школском успеху, нивоу образовања и запослењу родитеља, као и броју чланова породица. Деца ромске националности имала су *више* просечне скорове интелигенције ($p<0,0001$) и *бољи* школски успех ($p<0,0001$) од деце српске националности. С друге стране, социо-демографски показатељи ишли су у прилог деци српске националности, јер су њихови родитељи имали више просечно образовање ($p<0,001$) и чешће су него родитељи ромске деце имали запослење. Ни један ромски родитељ није имао више или високо образовање, док их је међу српским родитељима било 22. Чак 136 ромских очева (79,5%) и 162 мајке (94,7%) имали су само непотпуно основно или основно образовање, док су ти проценти знатно мањи за очеве и мајке српске деце (37% очеве и 49% мајки). Број чланова породица био је већи за ромску децу ($p<0,001$), што са претходним показатељима указује на нижи стандард и лошије услове живота деце ромске националности.



Слика 4: Приказ дистрибуције узорка по националној припадности

Један од критеријума избора испитаника за ово истраживање јесте и функционисање на нивоу лаке интелектуалне ометености, мерено стандардизованим скалама интелигенције. Кретање висине коефицијента интелигенције у тој категорији ометености је, према међународно прихваћеним класификацијама, од 50 до 69.

Дистрибуција коефицијента интелигенције у узорку може се приказати кроз четири категорије, и то $IQ \in \{50-54\}, \{55-59\}, \{60-64\}$ и $\{65-69\}$. Табеларни приказ дистрибуције дат је у Табели 3. Највећи број деце из узорка, њих 144 (46,30% укупног броја ученика), има коефицијент интелигенције који је на горњој граници за ту категорију (64-69), док је у групи на доњој граници (50-54) само њих 45, што чини 14,47% укупног броја. Просечна вредност коефицијента интелигенције је 62,19, $SD=6,81$. Девојчице имају нешто виши просечан скор интелигенције ($AS=62,79$, $SD=5,74$) од дечака ($AS=61,78$, $SD=7,46$), али разлике нису статистички значајне ($t=1,299$, $p=0,195$). Као што је већ назначено, деца *ромске* националности имају виши просечан скор интелигенције ($AS=64,56$, $SD=4,76$) од деце *српске* националности ($AS=59,31$, $SD=7,78$) и та разлика је високо статистички значајна ($t=7,298$, $p<0,0001$). Оваква расподела вредности коефицијената интелигенције деце у узорку говори у прилог чињеници да се ученици специјалних основних школа по својим интелектуалним способностима приближавају горњој граници лаке ИО, тј. да већина њих функционише у оквиру предвиђеног максимума, што може бити добар показатељ поседовања адекватних потенцијала за испуњавање захтева које пред њих постављају прилагођени едукативни програми у оквиру специјалних школа.

Табела 3: Дистрибуција коефицијента интелигенције деце у узорку

| IQ | Број | % |
|---------------|------|-------|
| 50-54 | 45 | 14,47 |
| 55-59 | 47 | 15,11 |
| 60-64 | 75 | 24,12 |
| 65-69 | 144 | 46,30 |
| УКУПНО | 311 | 100 |

Од посебног значаја за ово истраживање било је питање смештаја и старатељства над децом, с обзиром на честе економске, психолошке и социјалне проблеме који погађају породице деце са сметњама у развоју. Анализа је показала да већина деце

станује у градској средини и то њих 249 (што чини 80,1% узорка), а на селу 62 (19,9%).
Још неки социо-економски аспекти дати су у следећим табелама.

Табела 4. Старатељство – тип смештаја деце у узорку

| С ким дете живи | Број | % |
|---------------------------------|------------|------------|
| С оба родитеља | 189 | 60,8 |
| С једним родитељем | 72 | 23,2 |
| У хранитељској породици | 23 | 7,4 |
| У дому за децу | 13 | 4,2 |
| Остало (усвојен, код рођака...) | 14 | 4,5 |
| УКУПНО | 311 | 100 |

Највећи број деце живи са оба родитеља (60,8%), знатно мање с једним родитељем (23,2%), у хранитељским породицама 7,4%, у дому за децу без родитељског старања 4,2%, док остале облике старатељства (усвојење, код рођака, пријатеља и сл.) има 14 деце, што је 4,5% нашег узорка (Табела 4). Разлог за старатељство једног родитеља је развод брака у 29 случајева, а код 43 деце из ове групе један од родитеља је преминуо. Ова варијабла посматрана је у потоњој статистичкој анализи као посебно значајна, с обзиром на то да живот у непотпуној породици, а посебно смрт једног од родитеља може имати озбиљног негативног утицаја на психичко здравље и емоционалну стабилност детета.

Највећи проценат укључених породица је са двоје (29,3%) и троје (27,3%) деце, 11,3% породица има једно (испитивано) дете, док 14,5% има четворо деце. Мањи су проценти породица са више од четворо деце. У 136 случајева (43,7%) испитивано дете је прворођено, 85 (27,3%) деце је другорођено, треће по реду рођења је 54 (17,4%) деце нашег узорка, а четврто 18 (5,8%) (Табела 5).

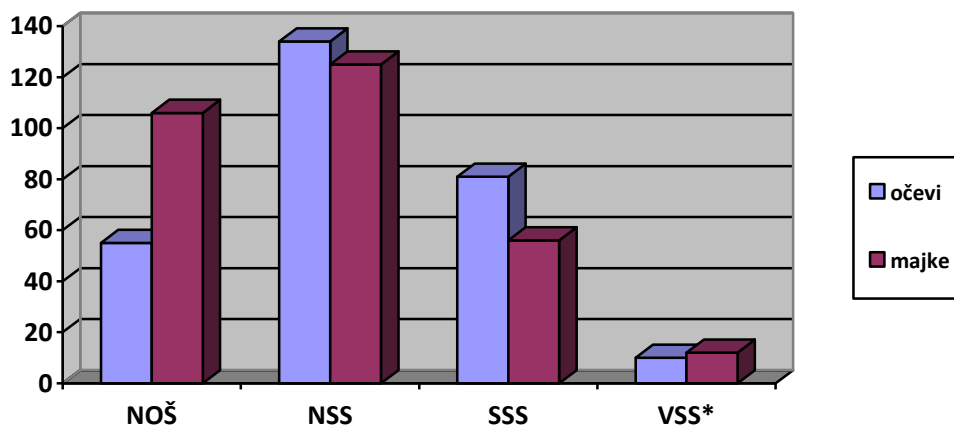
Табела 5. Дистрибуција узорка по редоследу рођења

| Ред рођења | Број | % |
|---------------|------------|------------|
| Прворођено | 136 | 43,7 |
| Другорођено | 85 | 27,3 |
| Трећорођено | 54 | 17,4 |
| Четворођено | 18 | 5,8 |
| Остало | 18 | 5,8 |
| УКУПНО | 311 | 100 |

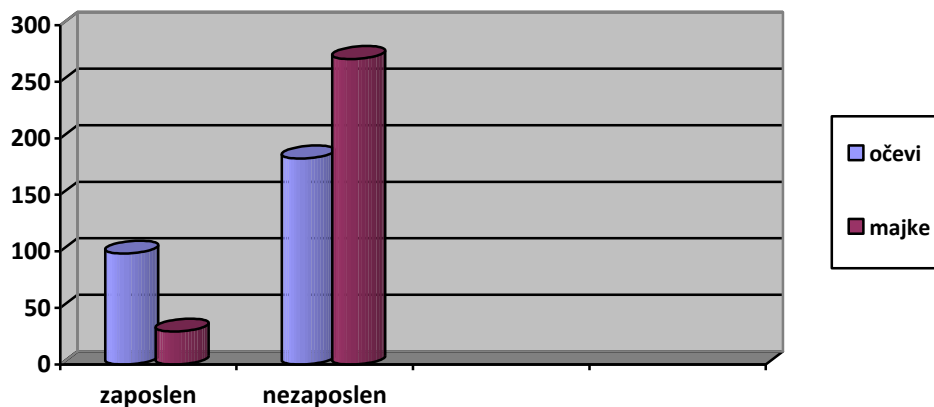
Упитник социо-економског статуса породица испитиване деце укључује и податке о *нивоу образовања и запослењу родитеља*, као и податке о коришћењу социјалне помоћи, као показатеље материјално-економског положаја породице, што смо сматрали значајним у смислу друштвене стабилности и стандарда живота породице, која се може наћи пред великим искушењима када је у питању подизање детета са посебним васпитним и образовним потребама. Већина истраживања на овој популацији показала је низак социо-економски статус породица деце са сметњама у развоју, ниску стопу запослености родитеља, посебно мајки, као и ниже опште нивое стручне спреме и дискрепанцу између нивоа образовања и типа запослења, што потврђују и наши подаци. Наиме, што се тиче *очева*, од 280 доступних случајева (за преостале очеве, њих 31, подаци нису укључени, јер су преминули), највећи број њих има само *основну школу* (134, или 43,1%), значајан број *нема ни потпуну основну школу* (њих 55, што чини 17,7% укупног броја), *средњешколско образовање* стекао је укупно 81 отац (26%), а *више и високо* само 10 очева (3,2%). Слична ситуација присутна је и код *мајки* испитиване деце. Наиме, од 299 доступних случајева (12 мајки је преминуло, па подаци о њиховом образовању нису укључени у студију), највећи број мајки такође има *основно образовање* (125, или 40,2%). Забрињавајуће велики је број мајки које немају ни потпуну основну школу, већи него број таквих случајева међу очевима, и износи чак 106 (34,1%). *Средњешколско образовање* стекло је 56 мајки (18%), а *више*

или високо само 12 (3,9%). Упоредни приказ нивоа образовања очева и мајки дат је на Слици 5.

Према добијеним подацима, запослено је 98 очева (31,5%) и само 29 мајки (9,3%). Јасно је да су и ниво образовања и степен запослености нижи код мајки испитиване деце, што је и очекивано на основу претходних истраживања (Слика 6). Мајке су најчешће те које остају код куће и воде бригу о ометеном детету, посебно када су у питању вишечлане породице, жртвујући на неки начин своје образовање, запослење и могућности даљег усавршавања, што значајно негативно утиче на материјални и економски статус породице, чинећи је вулнерабилном на друштвене потресе и понекад некомпетентном у обезбеђивању основних средстава неопходних за развој и образовање детета. Зато и не чуди податак да чак 201 породица из нашег узорка (64,6%) користи *социјалну помоћ* због недостатка основних средстава за живот. Од тог броја, 149 породица (74,1%) је ромске националности, а 52 (25,9%) српске ($\chi^2=83,878$, , $df=1$, $p<0,0001$), што чини ромске породице значајно чешћим корисницима материјалне помоћи државе.



Слика 5: Ниво образовања очева и мајки деце у узорку (* NOŠ-непотпуна основна школа, NSS-нижа стручна спрема, основна школа, SSS-средња стручна спрема, VSS-висока стручна спрема)



Слика 6: Запосленост очева и мајки деце у узорку

4.2. ТОТАЛНИ ПРОБЛЕМИ

Најшира мера психопатологије код деце испитиваног узорка јесте скор *Тоталних проблема*, који се добија сумирањем позитивних оцена (1 и 2) на свим ајтемима ТРФ скале. С обзиром на то да обухвата најшири спектар проблемских понашања, овај скор није довољно илустративан у смислу указивања на квалитет проблематике, тако да је наше истраживање фокусирано на скорове синдромских субскала и шире димензије, *екстернализацију* и *интернализацију*, које обухватају појединачне субскале.

Добијена је веома висока фреквенција клинички значајних скорова *Тоталних проблема*. Чак **49,8%** деце нашег узорка имало је скорове *Тоталних проблема* који су превазилазили клиничку границу ($T \geq 63$). *Тотални проблемски скор* у значајним је корелацијама са обе шире димензије понашања, с тим што је добијена снажнија корелација скорова *Екстернализације* и *Тоталних проблема* ($r=0,770$, $p<0,0005$), него *Интернализације* и *Тоталних проблема* ($r=0,648$, $p<0,0005$).

Девојчице су имале значајно више средње скорове *Тоталних проблема* од дечака ($Z=-1,249$, $p=0,001$). Са лошијим школским успехом, скорови су расли, а разлике су биле статистички значајне ($\chi^2=35,674$, $df=4$, $p<0,0001$). Деца српске националности имала су значајно више скорове *Тоталних проблема* од ромске деце ($Z=-1,249$, $p=0,001$).

Едукација и запослење оца нису утицали на разлике у скупним скоровима, али едукација и запослење мајке јесу. Деца мајки са вишим или високим образовањем имала су највише средње скорове *Тоталних проблема* (Med=66), који су, по својој вредности, превазилазили и саму клиничку границу од $T \geq 63$. Скорови су, дакле, расли са порастом нивоа образовања мајке, а разлике су биле статистички значајне ($\chi^2=15,667$, $df=3$, $p=0,001$). Остале социо-демографске варијабле нису биле основ значајнијих разлика међу децом узорка, када су у питању скорови *Тоталних проблема*.

Мултиваријантни логистички регресиони модел издвојио је као значајне предикционе факторе клиничких скорова *Тоталних проблема* следеће варијабле: пол, успех у школи и националну припадност (Табела 6).

Табела 6: Ризико фактори клинички значајних скорова *Тоталних проблема*

| Ризико фактори | Сирови "OR" (95% интервал поверења) | Прилагођени "OR"* (95% интервал поверења) |
|--------------------------------|---|---|
| Пол (ж) | 2,196 (1,385-3,483) p= 0,001 | 2,522 (1,489-4,272) p= 0,001 |
| Национална припадност (српска) | 2,164 (1,373-3,412) p= 0,001 | 1,920 (1,136-3,244) p= 0,015 |
| Успех у школи | 0,599 (0,475-0,756) P< 0,0001 | 0,630 (0,488-0,814) p< 0,0001 |

* Прилагођено за: пол, узраст, редослед рођења, школски успех, смештај детета, националност, образовање и запослење родитеља, КИ, место становања, број чланова домаћинства и број деце у породици

Може се уочити да клинички значајни скорови *Тоталних проблема* зависе од:

- **Пола** – женски пол је под два и по пута већим ризиком од испољавања клинички значајних *Тоталних проблема*,

- **Националне припадности** – деца српске националности су под двоструко већим ризиком од испољавања клинички значајних *Тоталних проблема* и
- **Успеха у школи** – бољи успех у школи смањује ризик испољавања клинички значајних *Тоталних проблема* за 47%.

4.3. ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА

У складу са првим оперативним циљем истраживања, у овом поглављу резултата даћемо приказ распрострањености и структуре *интернализације* код деце испитиваног узорка.

Ниво изражености интернализованих сметњи може достићи један од два преломна скорa, гранични или клинички, при чему се клинички значајним резултатом сматра сваки Т скор већи или једнак 63. За потребе анализе и тумачења резултата нашег истраживања, узимали смо у обзир управо границу клиничких испољавања ($T \geq 63$), приликом одређивања подгрупе деце са доминантно интернализованим сметњама. Резултат нема дијагностички, већ скрининг-предикциони карактер, а аутори скале предлажу да се, уколико скор интернализације прелази задате граничне вредности, може сматрати да постоји велики ризик испољавања клинички манифестног обољења код детета, што се утврђује додатним анализама. Разлог због ког је у статистичкој анализи коришћен Т скор је боља могућност разликовања неклиничких од клиничких случајева, што омогућава јаснију категоризацију и стратификацију узорка, за потребе даљих упоређивања. За гранични клинички скор синдромских скала узете су вредности $T \geq 70$.

Први корак статистичке анализе било је утврђивање *распрострањености клиничке интернализације* код деце узорка и стратификовање узорка на *интернализовану клиничку* и *интернализовану неклиничку* групу, као и утврђивање корелација и значајности корелација које постоје између скупних скорова

интернализације, екстернализације и тоталног проблемског скорa, као и појединачних синдромских скала сваког од најширих фактора. Потоња анализа бави се, затим, утицајем социо-демографских фактора на поменуте скорове и завршава методом бинарне логистичке регресије, са циљем да се утврди комплексна констелација ризико-фактора за испољавање *клиничке интернализације* код деце у узорку.

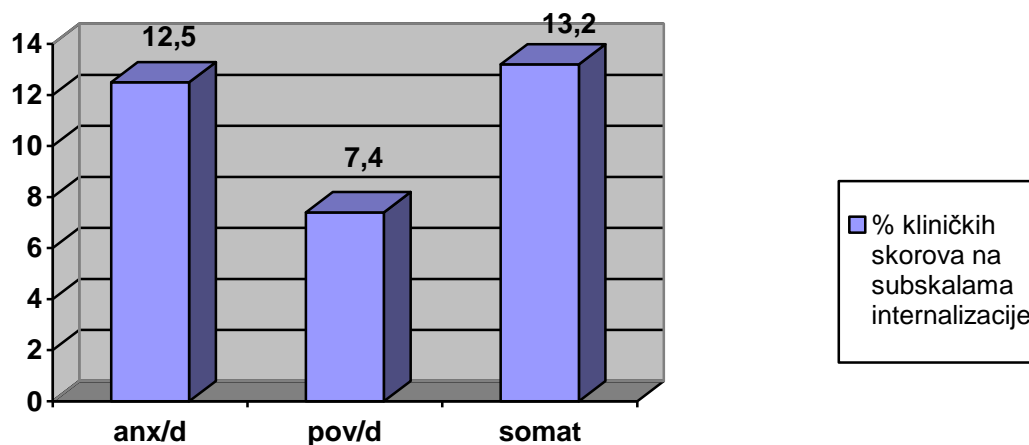
4.3.1. ЗАСТУПЉЕНОСТ КЛИНИЧКИ ЗНАЧАЈНИХ СКОРОВА

Од укупног броја деце у узорку (N=311), њих **122 (39,2%)** имало је Т скорове интернализације који су прелазили клиничку границу (Табела 7).

Табела 7: Заступљеност клиничких скорова интернализације

| Скор интернализације | Број | % |
|-----------------------------|------------|------------|
| Клинички (T≥63) | 122 | 39,2 |
| Неклинички (T<63) | 189 | 60,8 |
| Укупно | 311 | 100 |

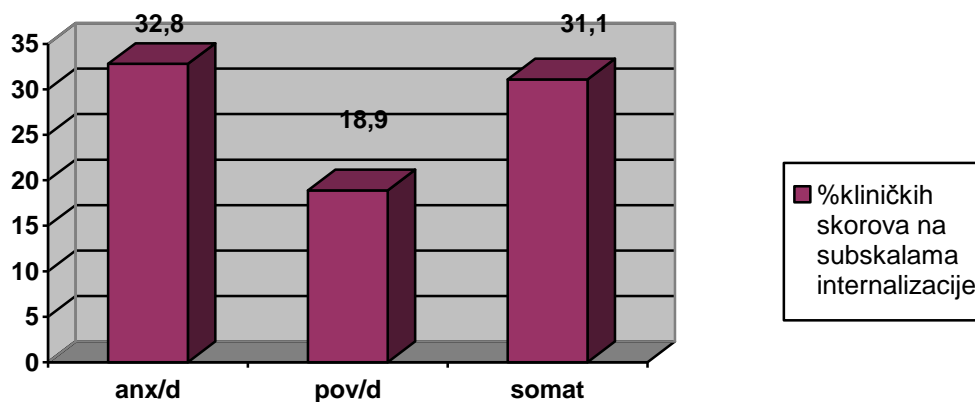
С обзиром на то да се шири фактор *интернализације* добија сабирањем скорова три синдромске скале (*анксиозност/депресивност*, *повлачење/депресивност* и *соматске жалбе*), занимало нас је колико деце из узорка има клиничке скорове на овим појединачним скалама. Резултати су дати процентуално на Слици 7.



Слика 7: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала интернализације у укупном узорку (*anx/d*: анксиозност/депресивност, *pov/d*: повлачење/депресивност, *somat*: соматске жалбе)

Од синдромских скупина које припадају димензији интернализације, доминирају соматске жалбе, јер 13,2% укупног узорка има клинички значајне соматске жалбе, у односу на нешто мању заступљеност клиничких скорова анксиозности/депресивности (12,5%) и најмању заступљеност клиничких симптома повлачења/депресивности, који су присутни код 7,4% укупног узорка деце.

У подгрупи деце са клиничком интернализацијом ($N_{\text{к}}=122$), 40 деце (32,8%) има клиничке скорове на скали анксиозност/депресивност, 23 (18,9%) на скали повлачење/депресивност, а њих 38 (31,1%) на скали соматских жалби (Слика 8). Очигледно је да и у целом узорку и у клиничком подстратуму постоји благо појачана тенденција испољавања интернализованих сметњи пре свега кроз анксиозност и соматизацију, а да су симптоми повлачења мање заступљени. Код деце са клинички значајном интернализацијом нешто су заступљенији знаци анксиозности/депресивности него соматизације, за разлику од читавог узорка, где доминирају соматске жалбе, али је повлачење такође најслабије заступљено.



Слика 8: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала интернализације у подзору деце са клиничким скоровима интернализације (**anx/d**: анксиозност/депресивност, **pov/d**: повлачење/депресивност, **somat**: соматске жалбе)

4.3.2. ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА – КОРЕЛАЦИОНА АНАЛИЗА

За потребе испитивања повезаности различитих димензија понашања деце узорка рачунате су корелације скорова *интернализације* са осталим скоровима на ТРФ скали, посебно са скоровима *екстернализације*, *тоталних проблема* и појединачним скоровима *синдромских скала* (Табела 8), као и корелације са одређеним персонално-демографским варијаблама. С обзиром на то да неке испитиване варијабле немају нормалну дистрибуцију, у статистичкој анализи коришћена је непараметријска Спирманова ранг корелација.

Табела 8: Статистички значајне корелације скупног скорa интернализације и појединачних синдромских скорова димензије интернализацијеса осталим сегментима ТРФ скале

| | Интернализа- ција | Анксиозност/ депресивност | Повлачење/ депресивност | Соматске жалбе |
|------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Интернализација | 1,00** | 0,899** | 0,840** | 0,702** |
| Екстернализација | 0,185** | 0,181** | 0,166* | 0,147* |
| Тотални пробл. | 0,648** | 0,591** | 0,605** | 0,460** |
| Анкс/депресив. | 0,899** | 1,00** | 0,672** | 0,610** |
| Повлач/депресив. | 0,840** | 0,672** | 1,00** | 0,440** |
| Сомат. жалбе | 0,702** | 0,557** | 0,440** | 1,00** |
| Социјал. пробл. | 0,638** | 0,615** | 0,534** | 0,485** |
| Пробл. мишљења | 0,559** | 0,540** | 0,470** | 0,432** |
| Проблеми пажње | 0,448** | 0,395** | 0,476** | 0,271** |
| Крш. соц. норми | 0,094 | 0,036 | 0,064 | 0,020 |
| Агресивно понаш. | 0,256** | 0,254** | 0,201** | 0,219** |

** значајно на нивоу 0,001

* значајно на нивоу 0,01

Приказане су само статистички значајне корелације и евидентно је да је већина њих значајна на нивоу 0,001. На основу добијене замршене мреже интеркорелација различитих аспеката понашања детета, дошли смо до закључка да је већина испитиваних варијабли у међусобној повезаности, што није изненађујуће, с обзиром на то да се ради о свеобухватној процени склоности ка психопатологији и да је она на дечјем узрасту најчешће неиздиференцирана, с претакањем симптома из сфере селфа ка сфери социјалних односа и академских способности. Скор на широј скали интернализације у статистички је значајној корелацији са свим синдромском скалама које га чине, а највећа добијена корелација скупног скорa интернализације је са скором синдромске скале *анксиозност/депресивност* ($r=0,899$, $p<0,001$), а најмања са скором скале *соматске жалбе* ($r=0,702$, $p<0,001$). Очигледно је да се интернализоване сметње најчешће испољавају кроз комбинацију анксиозности и депресивности, а добијена мања појединачна корелација са субскалом соматизације може да буде последица чињенице да се соматске жалбе чешће јављају као појединачан симптом, него у склопу широк

интернализованих проблема и да не морају увек бити јасан индикатор постојања интернализованих психолошких сметњи. Добијена је очекивана статистички значајна повезаност скорa интернализације са скором *тоталних проблема* ($r=0,648$, $p<0,001$), као и са скором *екстернализације* ($r=0,185$, $p<0,001$). Ипак, корелација са скором *екстернализације* спада у ред слабих корелација и мања је од очекиване, с обзиром на податке које дају аутори скале, а који говоре да висина ове корелације иде и до 0,50. Очигледно је да постоји јаснија дистинкција емоционалних и бихејвиоралних проблема у испитиваном узорку и мања повезаност унутрашњих тегоба са бихејвиоралним потешкоћама.

Ако се погледају појединачне корелације скорa интернализације са субскалама које припадају широј димензији *екстернализације*, добија се занимљив податак да између интернализације и *агресивног понашања* постоји високо статистички значајна умерена повезаност ($r=0,256$, $p<0,001$), док повезаности нема између интернализације и *понашања са кршењем социјалних норми* ($r=0,094$). Очекивано, свака од скала димензије интернализације такође је у значајној корелацији са *агресивношћу*, а не и са *кршењем социјалних норми*. Најјача је корелација скорова *анксиозности/депресивности* са *агресивношћу* ($r=0,254$, $p<0,001$), нешто мања скорова *соматизације* ($r=0,219$, $p<0,001$), а најмања *повлачења/депресивности* ($r=0,201$, $p<0,001$), што је и очекивано, јер склоност повлачењу из социјалних контаката смањује вероватноћу негативног понашања према другима.

Као што се види у табели, димензија интернализације у умерено високој је статистички значајној повезаности са скоровима на скалама *социјалних проблема* ($r=0,638$, $p<0,001$), проблема *мишљења* ($r=0,559$, $p<0,001$) и проблема *пажње* ($r=0,448$, $p<0,001$). Корелације су значајне и између ових скала и појединачних скала димензије интернализације (Табела 8). Подаци показују највећу повезаност димензије интернализације (и појединачних скала) са скором *социјалних проблема*, а најмању са скором *проблема пажње*, што је вероватно још један показатељ постојања уске везе између емоционалних проблема и социјалног функционисања, где емоционалне сметње могу довести до испољавања социјално неприлагођеног понашања, али и утицати на (не)прихватање детета од стране социјалне средине и последично погоршавање емоционалних потешкоћа.

4.3.3. ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И СОЦИО-ДЕМОГРАФСKE И ПЕРСОНАЛНЕ ВАРИЈАБЛЕ

Статистичком анализом утврђене су значајне везе и утицаји одређених социо-демографских и персоналних варијабли на скорове скупне *интернализације* и скорове појединачних синдромских скала те димензије.

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ПОЛ

Прва испитивана независна варијабла био је *пол*, где су између групе дечака и девојчица пронађене статистички значајне разлике само у сегменту скорова на скали *повлачење/депресивност* ($Z=-2,160$, $p=0,001$), са већим средњим скоровима девојчица ($Med=59$) него дечака ($Med=56$), али не и на остале две скале, као ни на *скупном скору интернализације* ($Z=1,249$, $p=0,212$). У стратуму са *клиничким скоровима интернализације* има 66 дечака, што чини 54,1% овог подузорка, а 56 девојчица, или 45,9% подузорка (Табела 9), што не треба да изненади с обзиром на то да је у иницијалном узорку број дечака нешто већи. Ипак, ако се погледају резултати поређења групе дечака и девојчица по фреквенцијама клиничких скорова *интернализације*, добија се да *не постоји* статистички значајна разлика ($\chi^2=1,866$, $df=1$, $p=0,172$). То је изненађујуће, јер је очекивана сигнификантна предност девојчица у овом сегменту психопатолошких испољавања, која је добијена само за *повлачење/депресивност*. На нивоу полова, од укупног броја дечака, 36,1% има клиничку *интернализацију*, а од укупног броја девојчица 43,8% њих, што и јесте очекивана блага предност девојчица, али она није, као што је већ и назначено, статистички значајна.

Табела 9: Полна структура подузорка са клинички сигнификантном интернализацијом

| Пол | Број | % |
|---------------|------------|------------|
| Мушки | 66 | 54,1 |
| Женски | 56 | 45,9 |
| Укупно | 122 | 100 |

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И УЗРАСТ

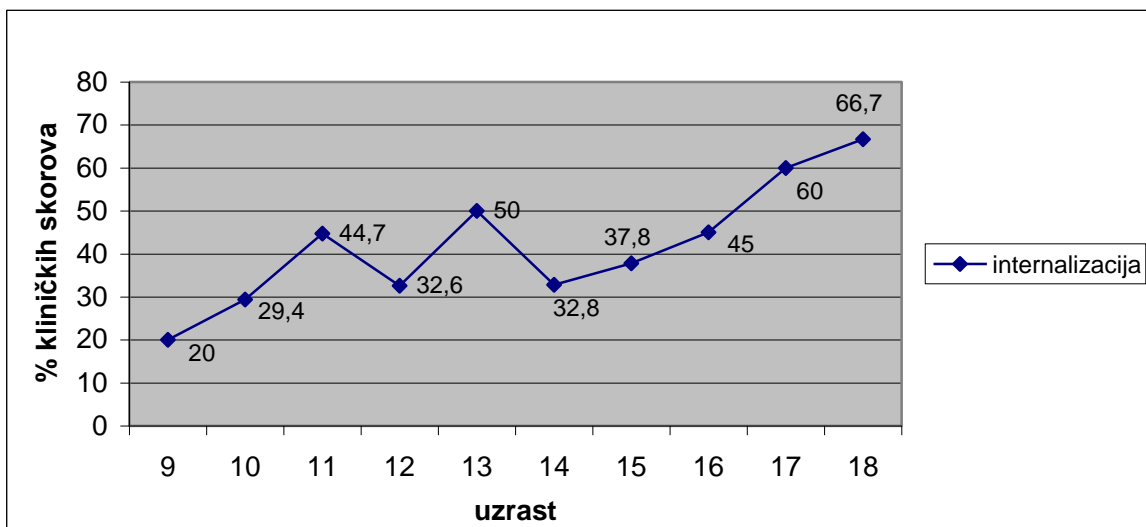
Добијене су статистички значајне слабе корелације узраста са скупним скором интернализације, као и са скоровима на скалама *анксиозност/депресивност* и *соматске жалбе*, док корелација узраста са скором на скали *повлачење/депресивност* није пронађена (Табела 10).

Табела 10: Корелације узраста са скоровима интернализације и појединачних скала ове димензије

| | Интернализација | Анкс/депрес. | Повлач/депрес. | Соматизација. |
|---------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Узраст | r =0,160 p=0,005 | r =0,142 p=0,012 | r =0,056 p=0,324 | r =0,174 p=0,002 |

Добијене корелације су позитивне, што може указати на везу између развоја и усложњавања интернализованих сметњи, јер са порастом броја година расту и интернализовани проблеми. Ипак, корелације су слабе за нека већа уопштавања на овом нивоу. Упоредивањем различитих узрасних група нису добијене статистички значајне разлике у фреквенцијама *клинички значајне интернализације* ($\chi^2=13,977$, $df=9$, $p=0,123$), што је делимично у супротности са очекиваним стањем. Ако се погледају појединачне узрасне групе, најмањи број клинички интернализоване деце је на узрасту од 9 година (од њих 20, четворо има клиничке симптоме, што је 20% броја ове узрасне групе), а

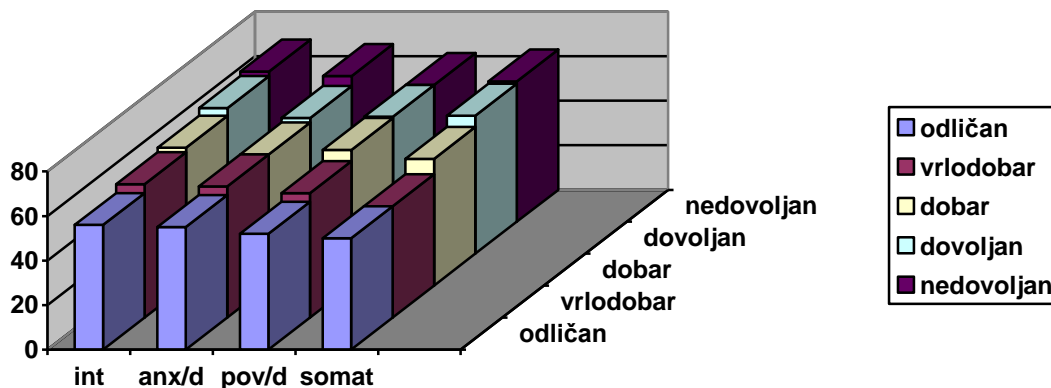
највећи на узрасту од 18 година (чак 66%), с тим што је укупан број деце ове узрасне групе мали да би се изводили валидни закључци (од укупно њих 6, четворо има клиничке симптоме). Велики број клинички интернализоване деце налазимо још и на узрасту од 17 година (од њих 20, дванаесторо је клинички интернализовано, што чини 60% узрасне групе) и на узрасту од 13 година (од њих 40, двадесеторо има клинички изражене симптоме, што чини 50% узрасне групе) (Слика 9). Тринаестогодишња деца чине највећих 16,4% деце подстратума са *клиничком интернализацијом*, што може бити значајно и у складу са очекивањима пораста интернализације са наступањем адолесцентних година, јер није за занемаривање податак да чак половина све деце овог узраста има клиничке симптоме. Чак 41 дете из *клинички интернализоване* групе, што чини 33,6% укупног броја деце овог стратума, је ученик осмог, завршног разреда основне школе, што поткрепљује тврдње о појачаном социјалном притиску на дете, психо-физичким променама које прате полно и сексуално сазревање, као и друштвеним изазовима који се налазе пред дететом на прагу уписа у средњу школу и опредељивања за даљи курс самосталности кроз упућивање на важност професионалне оријентације и изучавање одређеног стручног профила. *Просечан узраст* деце са клинички значајном *интернализацијом* је 13,53 (SD=2,25) година, а деце без клиничких скорова 12,82 (SD=2,20) године и разлике средњих вредности су статистички значајне ($t=2,060$, $p=0,040$). *Средњи скорови* скупне *интернализације* показују стабилан раст почев од узрасне групе од 14 година (Medi=57); наећи су на узрасту од 18 година (Med=66), а најмањи на узрасту од 9 година (Med=53). Деца од 13 и 11 година једина имају више просечне скорове од адолесцентне подгрупе (деца старија од 14 година). Добијене су статистички значајне разлике просечних скорова скупне *интернализације* за различите узрасте ($p=0,019$). Јасно је да скорови *интернализације* расту са узрастом, што је посебно видљиво са наступањем адолесценције.



Слика 9: Процентуална заступљеност клинички значајних скорова интернализације у различитим узрасним групама

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ШКОЛСКИ УСПЕХ

Поређењем група деце са различитим успехом по скупним скоровима димензије интернализације и скоровима појединачних скала, пронађене су статистички значајне разлике, са већим средњим скоровима свих поменутих скала код деце са лошијим успехом (Слика 10).



Слика 10: Приказ средњих скорова скупне интернализације и појединачних скала

ове димензије код деце са различитим школским успехом (**Int**-интернализација, **Anx/d**-анксиозност/депресивност, **Pov/d**-повлачење/депресивност, **Somat**-соматске жалбе)

Добијене су статистички значајне разлике деце различитог школског успеха у скоровима скупне интернализације ($\chi^2=32,273$, $df=4$, $p<0,0001$), као и у скоровима скала анксиозност/депресивност ($\chi^2=15,436$, $df=4$, $p=0,004$), повлачење/депресивност ($\chi^2=43,553$, $df=4$, $p<0,0001$) и соматске жалбе ($\chi^2=16,445$, $df=4$, $p=0,002$). Сви аспекти интернализације били су заступљенији код деце са лошијим школским успехом. Деца из подузорка са клиничким скоровима интернализације значајно се разликују по успеху од деце са нормалним скоровима ($\chi^2=24,683$, $df=4$, $p<0,001$), са лошијим општим успехом деце из подстратума са клиничком интернализацијом. У групи деце са клиничким скоровима само 14,8% има одличан успех, док је у групи са нормалним скоровима чак њих 36% са одличним успехом. Чак 79% деце из неклиничке групе има висок врло добар или одличан успех, док је са тим успехом у клиничкој групи њих 45,9%. Са порастом скорова интернализације, иде и лошији успех у школи, што је и очекивано, ако се узму у обзир социјалне и когнитивне потешкоће код деце са интернализираним симптомима.

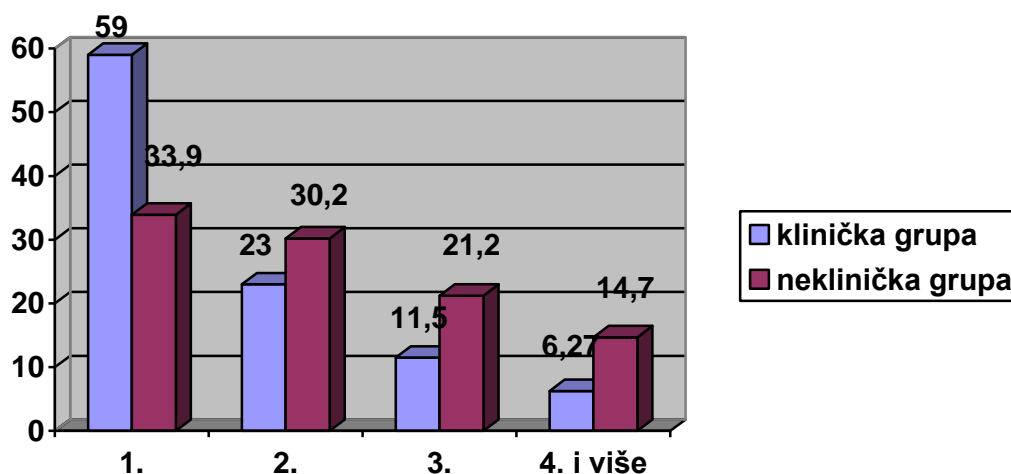
ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ИНТЕЛЕКТУАЛНЕ СПОСОБНОСТИ

Варијабла коефицијент интелигенције (КИ) такође је у статистички значајним корелацијама са скупним скором интернализације ($r=-0,330$, $p<0,0001$), као и појединачним скоровима скала анксиозност/депресивност ($r=-0,346$, $p<0,0001$), повлачење/депресивност ($r=-0,302$, $p<0,0001$) и соматске жалбе ($r=-0,196$, $p=0,001$). Смер корелација је негативан, што може указати на чињеницу постоји веза између нижег нивоа интелектуалног функционисања и веће вероватноће испољавања интернализираних психопатолошких феномена, што је у складу са очекиваним резултатима. Средња вредност КИ у подгрупи деце са клиничком интернализацијом износила је 60,1 ($SD=7,95$), док су вредности за подгрупу без клиничких симптома 63,6

(SD=5,55) и између ове две подгрупе постоје статистички значајне разлике у просечној висини коефицијента интелигенције, и то у корист неклиничке подгрупе ($t=4,590$, $p<0,0001$). Јасно је да функционисање са богатијим интелектуалним капацитетима доприноси психолошкој равнотежи и успешнијем разрешавању унутрашњих, као и социјалних конфликата. Многа истраживања показала су да се заступљеност психопатологије код деце са интелектуалном ометеношћу повећава са опадањем интелектуалних способности, што се потврђује и овде добијеним подацима.

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И РЕД РОЂЕЊА

Следећа персонална варијабла која за коју су утврђене значајне корелације са димензијом *интернализације* је *ред рођења* испитаника. Наиме, утврђене су високо статистички значајне, слабе, негативне корелације између реда рођења и скупног скорa *интернализације* ($r=-0,271$, $p<0,0001$), као и између поменуте варијабле и скорова појединачних синдромских скала: *анксиозност/депресивност* ($r=-0,268$, $p<0,0001$), *повлачење/депресивност* ($r=-0,153$, $p=0,007$) и *соматизација* ($r=-0,241$, $p<0,0001$). Разлика фреквенција клинички значајних скорова *интернализације* међу децом различитог реда рођења статистички је значајна ($\chi^2=22,636$, $df=6$, $p=0,001$). Највише просечне скорове *скупне интернализације* имала су прворођена деца (Med=62) и вредности су се смањивале са каснијим редоследом рођења, при чему су разлике средњих вредности статистички значајне ($\chi^2=20,753$, $df=4$, $p<0,0001$). Даље, дескриптивна анализа је показала да је дете са клиничким скором *интернализације* у највећем броју случајева *прворођено* (72 деце, или 59% укупног броја деце клиничке групе), другорођених је 28 (23%), док је трећерођених 14 (11,5%). Поређењем са групом деце без клиничких симптома пронађене су статистички значајне разлике ($\chi^2=23,192$, $df=6$, $p<0,001$) (Слика 11).



Слика 11: Ред рођења деце клинички и неклинички интернализоване групе (вредности дате у процентима)

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ

Поређење деце српске и ромске националности (једине две варијанте заступљене у нашем узорку) по димензији интернализације показало је статистички значајне разлике скупног скорa интернализације у корист деце српске националности ($Z=-8,176$, $p<0,0005$). Исто тако, деца српске националности имала су веће средње скорове на скалама анксиозност/депресивност ($Z=-7,282$, $p<0,0005$) и повлачење/депресивност ($Z=-6,569$, $p<0,0005$), као и на скали соматизације ($Z=-6,557$, $p=0,002$) (Табела 11).

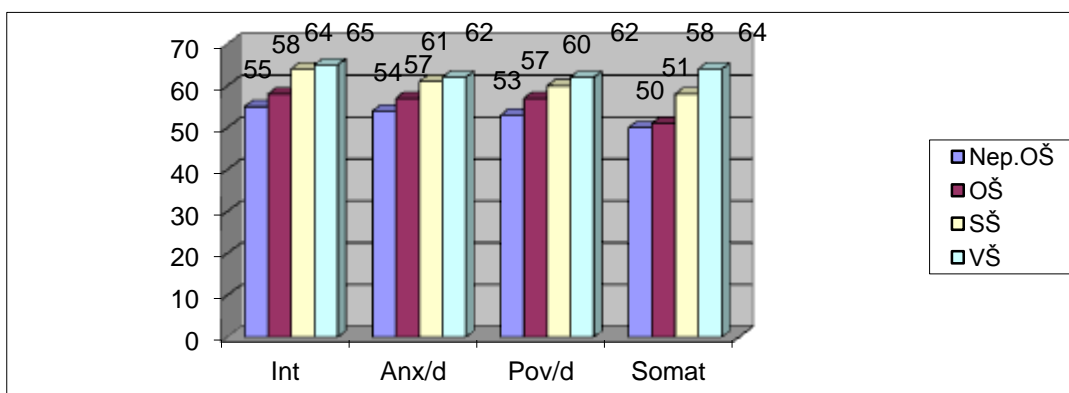
Табела 11: Разлике средњих скорова интернализације код деце српске и ромске националности

| Димензија | Интернализација | | Анкс/депрес. | | Повл/депресив. | | Сомат. жалбе | |
|-------------|-----------------|--------|--------------|--------|----------------|--------|--------------|--------|
| | српска | ромска | српска | ромска | српска | ромска | српска | ромска |
| Медијана | 65,00 | 54,00 | 62,00 | 54,00 | 61,00 | 53,00 | 62,00 | 50,00 |
| Ман-Витни У | -8,176 | | -7,282 | | -6,569 | | -6,557 | |
| р | <0,0005 | | <0,0005 | | <0,0005 | | 0,002 | |

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ОБРАЗОВАЊЕ И ЗАПОСЛЕЊЕ РОДИТЕЉА

Варијабле које смо сматрали значајним показатељима квалитета социо-економског статуса породица деце узорка јесу *степен образовања* и *запослење родитеља* (старатеља). Статистичка анализа показала је постојање значајних разлика у погледу средњих скорова *интернализације* и свих синдромских скала те димензије међу децом чији су родитељи различитог нивоа образовања и различитог радног статуса. Виши нивои образовања оца и мајке праћени су вишим средњим скоровима на свим испитиваним скалама. Применом Крускал-Валис непараметријског теста добијене су статистички значајне разлике средњих вредности скупног скорва *интернализације* међу групама деце чији су очеви имали различит степен образовања ($\chi^2=20,605$, $df=3$, $p<0,0005$). Сличан резултат добијен је и када су у питању средње вредности скорова појединачних субскала *анксиозност/депресивност* ($\chi^2=18,108$, $df=3$, $p<0,0005$), *повлачење/депресивност* ($\chi^2=12,252$, $df=6$, $p=0,007$) и *соматске жалбе* ($\chi^2=16,160$, $df=6$, $p=0,001$). Деца чији су очеви били са вишим степеном образовања, имала су више скорове на свим испитиваним скалама димензије интернализације (Слика 12). Исти тренд пронађен је и када је у питању ниво образовања мајке, где су вредности следеће: ниво образовања мајке и *скупна интернализација* ($\chi^2=38,985$, $df=3$, $p<0,0005$), ниво образовања мајке и *анксиозност/депресивност* ($\chi^2=30,123$, $df=3$, $p<0,0005$), ниво образовања мајке и *повлачење/депресивност* ($\chi^2=27,848$, $df=6$, $p<0,0005$) и ниво образовања мајке и *соматске жалбе* ($\chi^2=30,822$, $df=6$, $p<0,0005$). Опет, деца чије су мајке биле вишег степена образовања имала су веће средње скорове на свим испитиваним скалама димензије *интернализације*. Запосленост очева и мајки такође је била повезана са вишим средњим скоровима на свим скалама ове димензије, јер су и ту добијене статистички значајне разлике међу децом чији родитељи раде и оном чији су родитељи незапослени. Очигледно је да са порастом нивоа образовања расту и стандарди и очекивања родитеља, што може представљати додатне притиске на дете, пре свега у погледу остваривања академског успеха и задовољавања захтева у школској средини. Ипак, треба узети у обзир чињеницу да је у нашем иницијалном узорку много већи проценат родитеља са нижим степеном образовања, као и проценат родитеља које

су незапослени, што може утицати на квалитет резултата. Демографска слика читавог узорка, а и клиничког стратума потврђује чињеницу о ниском социо-економском положају породица деце са сметњама у интелектуалном развоју. На овако суморну демографску слику утиче и податак да је у узорку испитиване деце (што је и демографска слика већине породица деце која похађају специјалне основне школе) велики број деце ромске националности, која махом живе на егзистенцијалном минимуму и у јако лошим условима и где су родитељи најчешће ниског образовања и без сталног запослења.



Слика 12: Средњи скорови димензије интернализације у зависности од нивоа образовања очева (**Int**: интернализација, **Anx/d**: анксиозност/депресивност, **Pov/d**: повлачење/депресивност, **Somat**: соматске жалбе; **Nep.OŠ**: непотпуна основна школа, **OŠ**: основна школа; **SŠ**: средња школа, **VŠ**: виша или висока школа)

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И МЕСТО СТАНОВАЊА

Статистички значајне разлике у средњим скоровима интернализације и њених скала добијене су и за варијаблу станује у (селу или граду), а висина скорова иде у корист деце са села, која су имала веће средње скорове на скали интернализације ($Z=-2,847$, $p=0,004$), као и на субскалама анксиозност/депресивност ($Z=-2,468$, $p=0,014$), повлачење/депресивност ($Z=-2,016$, $p=0,044$) и соматске жалбе ($Z=-3,033$, $p=0,002$) поређено са скоровима деце из града (Табела 12).

Табела 12. Разлике средњих вредности скорова интернализације код деце са села и из града

| Димензија | Интернализација | | Анкс/депрес. | | Повл/депресив. | | Сомат. жалбе | |
|-----------------|-----------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|
| Место становања | село | град | село | град | село | град | село | град |
| Мед. | 63,00 | 59,00 | 60,00 | 58,00 | 60,00 | 57,00 | 62,00 | 50,00 |
| Ман-Витни у | -2,847 | | -2,468 | | -2,016 | | -3,033 | |
| р | 0,004 | | 0,014 | | 0,044 | | 0,002 | |

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И БРОЈ ЧЛАНОВА ДОМАЋИНСТВА

Даљом анализом добијене су статистички значајне корелације димензије интернализације и њених скала са још две независне варијабле, а то су: број чланова домаћинства и број деце у породици (Табела 13).

Табела 13: Корелације димензије интернализације са бројем чланова домаћинства и бројем деце у породици

| | Интернализац. | Анкс/депрес. | Повл/депрес. | Соматизација |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Број чланова домаћинства | $r=-0,195$ $p=0,001$ | $r=-0,230$ $p<0,0001$ | $r=-0,052$ $p=0,361$ | $r=-0,230$ $p<0,0001$ |
| Број деце у породици | $r=-0,242$ $p<0,0001$ | $r=-0,257$ $p<0,0001$ | $r=-0,151$ $p=0,008$ | $r=-0,194$ $p=0,001$ |

Ове корелације су слабе, али високо статистички значајне. Интересантно је да су и негативне, што значи да са порастом броја чланова породице у којој дете живи, као и са порастом броја деце у њој опадају скорови интернализације проблема. Једина скала

код које нису утврђене значајне корелације са ове две демографске варијабле је *повлачење/депресивност* и то за варијаблу број чланова домаћинства.

Што се тиче осталих персоналних и социо-демографских варијабли, нису пронађене статистички значајне разлике између група на варијаблама *повнављања разреда* и *преласка из редовне у специјалну основну школу* у некој фази школовања, а када су у питању скорови на димензији *интернализације*. У групи деце са *клиничком интернализацијом* 29 деце (23,8%) је понављало неки разред током школовања, а укупно 52 њих (42,6%) је најпре похађало редовну школу, па је потом одлуком комисије пребачено у специјалну основну школу. Проенти су слични и за неклиничку групу, као и за скупни иницијални узорак.

У погледу варијабле *с ким дете живи* (оба родитеља, један родитељ, хранитељи, дом за децу, остало) нема статистички значајних разлика између групама ($\chi^2=3,142$, $df=4$, $p=0,534$) у висини средњих скорова *интернализације* и њених скала, као ни поређењем подстратума са клиничком и неклиничком интернализацијом. Интересантно је напоменути да је у *клиничкој групи* од укупно 27 деце која живе са једним родитељем код чак 21 детета (што чини 17,21% деце овог подстратума) један од родитеља је преминуо (у 15 случајева отац, а у 6 случајева мајка), што може бити значајно у смислу разматрања утицаја социјалних и психолошких последица смрти родитеља на испољавање потоњих интернализованих сметњи. Јасно је да је смрт родитеља трауматичан догађај за дете, а на будућим истраживањима је да покажу у којој мери се она рефлектује на развој вулнерабилне деце са ИО и који су то фактори личности и средине који могу представљати додатне факторе ризика, или пак психо-социјалне заштитне факторе у смислу испољавања интернализоване симптоматологије, евентуално и клинички манифестних поремећаја. Поређењем деце којој су *мајке преминуле* са децом којој нису, добијене су статистички значајне разлике само у средњим скоровима *повлачења/депресивности* ($Z=-1,970$, $p=0,049$), али не и скоровима остале две скале, као ни на скупном скору *интернализације*.

4.3.4. РИЗИКО ФАКТОРИ КЛИНИЧКЕ ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈЕ

У циљу испитивања који то социо-демографски и персонални фактори појачавају или пак смањују ризик испољавања клинички значајних интернализованих проблема, спроведена је статистичка метода бинарне логистичке регресије, где је као зависна варијабла посматрана *клиничка интернализација*, дихотомна варијабла са исходима: *нема клиничку интернализацију* (кодирано нулом) и *има клиничку интернализацију* (кодирано јединицом). Утицај фактора (независних варијабли) посматран је најпре појединачно, униваријантном анализом, при чему је за сваки фактор добијен сирови однос шанси (crude Odds Ratio) (Табела 14), а након тога, сви фактори посматрани су симултано рачунањем утицаја појединачне независне варијабле уз истовремену контролу осталих ("sterwise" бинарна логистичка регресија), при чему је за сваки фактор добијен тзв. прилагођени степен ризика – однос шанси (adjusted Odds Ratio) (Табела 15).

Табела 14: Појединачни утицаји независних варијабли на клинички скор интернализације

| Независна варијабла | OR _{sirovi} | 95% CI za OR | | p vrednost |
|---------------------------|----------------------|--------------|--------|------------|
| | | donji | gornji | |
| Пол | 1,432 | 0,898 | 2,257 | 0,134 |
| Узраст | 1,114 | 1,004 | 1,236 | 0,041 |
| Школски успех | 0,548 | 0,431 | 0,696 | <0,0001 |
| Прелаз из редовне школе | 1,337 | 0,846 | 2,113 | 0,214 |
| Коефицијент интелигенције | 0,915 | 0,879 | 0,952 | <0,0001 |
| Број чланова домаћ. | 0,846 | 0,750 | 0,955 | 0,007 |
| Број деце у породици | 0,782 | 0,669 | 0,915 | 0,002 |
| Редослед рођења | 0,647 | 0,519 | 0,805 | 0,005 |
| Живи у (селу, граду) | 0,501 | 0,285 | 0,878 | 0,016 |
| Национална прип. | 5,077 | 3,104 | 8,303 | <0,0001 |
| Образовање оца | 2,113 | 1,506 | 2,964 | <0,0001 |
| Образовање мајке | 2,049 | 1,517 | 2,767 | <0,0001 |
| Запосленост оца | 1,769 | 1,069 | 2,927 | 0,026 |
| Запосленост мајке | 2,872 | 1,303 | 6,328 | 0,009 |
| Социјална помоћ | 0,646 | 0,401 | 1,042 | 0,074 |

Сирови однос шанси (crude Odds Ratio) за већину независних варијабли за интервал поверења од 95% није обухватао јединицу, што значи да је њихов утицај на зависну варијаблу значајан. Из табеле се види да ризик од клиничке интернализације повећавају: узраст, српска национална припадност, више образовање оца и мајке, као и

њихова запосленост, а *смањују*: бољи успех у школи, већи коефицијент интелигенције, већи број одраслих чланова и деце у породици, каснији ред рођења и становање у граду.

У Табели 15 приказане су вредности прилагођених односа шанси (adjusted Odds Ratio) за независне варијабле које су мултиваријантном регресијом, након прилагођавања, издвојене као значајне.

Табела 15: Прилагођени утицаји независних варијабли као ризико фактора за клиничку интернализацију

| Независна варијабла | OR _{прилагођен*} | 95% CI за OR | | p вредност |
|---------------------|---------------------------|--------------|--------|------------|
| | | donji | gornji | |
| Пол | 2,009 | 1,107 | 3,646 | 0,022 |
| Школски успех | 0,588 | 0,442 | 0,782 | <0,0001 |
| Редослед рођења | 0,730 | 0,0,560 | 0,949 | 0,019 |
| Национална прип. | 5,664 | 2,689 | 11,933 | <0,0001 |
| Образовање оца | 1,838 | 1,163 | 2,905 | 0,009 |
| Социјална помоћ | 3,439 | 1,493 | 7,924 | 0,004 |

*Прилагођено за: пол, узраст, школски успех, КИ, број чланова домаћинства, број деце у породици, редослед рођења, националну припадност, образовање и запослење оца и мајке

Након прилагођавања издвојило се неколико ризико фактора који имају значајан утицај на испољавање *клинички сигнификантне интернализације*:

- **Пол** – код девојчица постоји два пута већи ризик за испољавање клинички значајне интернализације,
- **Школски успех** – бољи школски успех два пута смањује ризик од испољавања клинички значајне интернализације,
- **Редослед рођења** – редослед рођења већи за 1 смањује ризик од клиничке интернализације за 37%,

- **Национална припадност** – деца српске националности су под пет пута већим ризиком за испољавање клинички значајне интернализације,
- **Образовање оца** – сваки следећи виши степен образовања оца појачава ризик од клиничке интернализације код деце за 83,8%,
- **Социјална помоћ** – деца чије породице не примају социјалну помоћ под три пута су већим ризиком за испољавање клинички значајне интернализације.

Методом мултипле регресионе анализе утврђено је да, од свих обухваћених фактора, на клинички значајну интернализацију *не утичу*: узраст детета, промена едукативне средине (прелаз у специјалну школу након почетка школовања у редовном систему), коефицијент интелигенције, број одраслих чланова домаћинства и број деце у породици, место становања, ниво образовања мајке, ни запосленост оца и мајке. *Пол*, који није представљао значајан ризико фактор у униваријантном моделу, након комбинације са осталим варијаблима, испољава значајно дејство на клинички исход. Исто тако, *социјална помоћ* породици, након симултане анализе, постаје значајан заштитни фактор, који умањује вероватноћу *клиничке интернализације*, што може бити у повезано са ниским образовањем родитеља, посебно оца (такође заштитни фактор), али и припадношћу ромској националној заједници (још један заштитни фактор), где је знатно већа фреквенција незапослених родитеља који су корисници материјалне помоћи државе.

4.4. ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА

У овом поглављу биће размотрена друга шира димензија дечјих проблема која обухвата проблеме усмерене ка социјалном пољу, а то је димензија *екстернализације*.

Први корак статистичке анализе било је утврђивање *распрострањености клинички значајне екстернализације* код деце узорка и стратификовање узорка на *екстернализовану клиничку и екстернализовану неклиничку* групу, као и утврђивање корелација и значајности корелација које постоје између скупних скорова *екстернализације, интернализације и тоталног проблемског скор*а, као и појединачних синдромских скала сваког од најширих фактора у целом узорку. Принцип класификовања клиничких скорова исти је као и за димензију *интернализације*, где је као гранична узимана вредност Т скорa од 63. Потоња анализа бави се утицајем социо-демографских фактора на поменуте скорове и завршава методом бинарне логистичке регресије, са циљем да се утврди комплексна констелација ризико-фактора за испољавање клиничке екстернализације код деце у узорку.

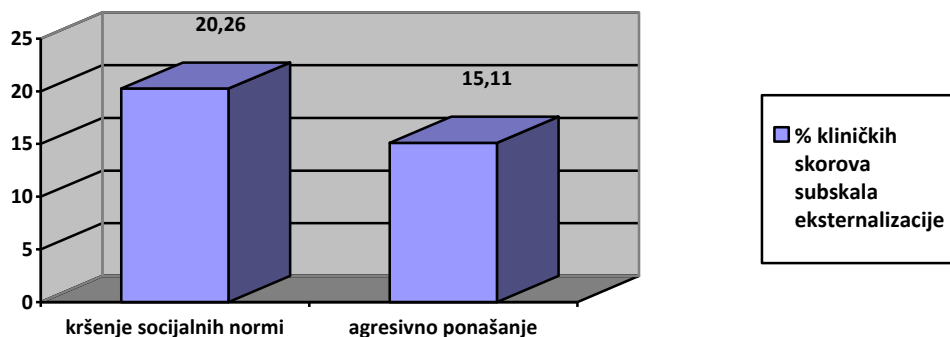
4.4.1. ЗАСТУПЉЕНОСТ КЛИНИЧКИ ЗНАЧАЈНИХ СКОРОВА

Од укупног броја деце у узорку (N=311), њих **145 (46,6%)** имало је Т скорове *скупне екстернализације* који су прелазили клиничку границу ($T \geq 63$) (Табела 16):

Табела 16: Заступљеност клиничких скорова екстернализације

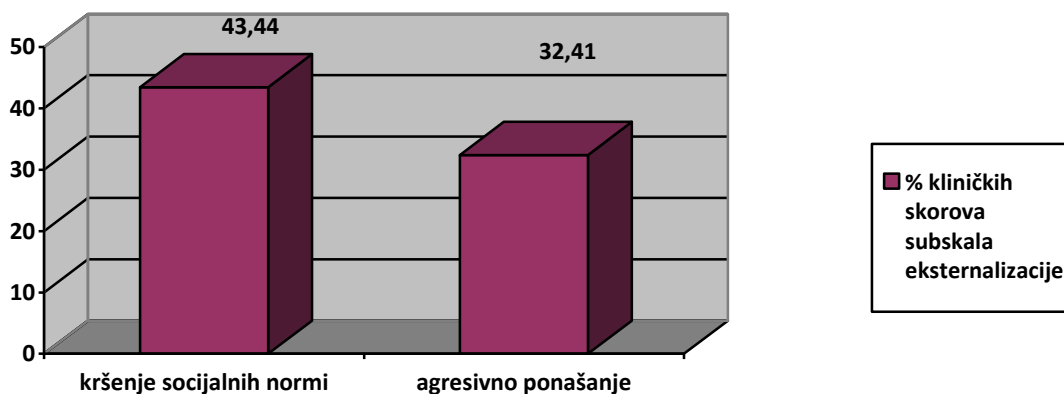
| Скор екстернализације | Број | % |
|--------------------------|------------|------------|
| Клинички ($T \geq 63$) | 145 | 46,6 |
| Неклинички ($T < 63$) | 166 | 53,4 |
| Укупно | 311 | 100 |

Када су у питању појединачне скале димензије екстернализације, од укупног броја деце у узорку њих **63 (20,26%)** имало је клиничке скорове на скали *понашања са кршењем социјалних норми*, а **47 (15,11%)** на скали *агресивног понашања* (Слика 13).



Слика 13: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала екстернализације у укупном узорку

У подгрупи деце са клиничком екстернализацијом (N=145), 63 деце (43,44%) имало је клиничке скорове на синдромској скали *кршења социјалних норми*, а 47 (32,41%) на скали *агресивности* (Слика 14).



Слика 14: Процентуална заступљеност клиничких скорова синдромских скала екстернализације у узорку деце са клиничким скоровима екстернализације

Фреквенције клинички значајних скорова екстернализованих сметњи знатно су веће него интернализованих, јер је добијена већа заступљеност клиничких скорова свих појединачних синдромских скала, као и скупне *екстернализације* у односу на димензију *интернализације*.

4.4.2. ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА – КОРЕЛАЦИОНА АНАЛИЗА

У Табели 17 приказане су вредности коефицијената корелације скупног скора *екстернализације* и појединачних синдромских скала те димензије са скоровима на осталим сегментима ТРФ скале.

Табела 17: Статистички значајне корелације скупног скора *екстернализације* и појединачних синдромских скорова са осталим сегментима ТРФ скале

| | Екстернализација | Понашање са кршењем соц. норми | Агресивно понашање |
|--------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------|
| Екстернализација | 1,00** | 0,862** | 0,920** |
| Интернализација | 0,185** | 0,094 | 0,256** |
| Тотални пробл. | 0,770** | 0,582** | 0,780** |
| Понашање са кршењем соц. норми | 0,862** | 1,00** | 0,695** |
| Агресивно понашање | 0,920** | 0,695** | 1,00** |
| Анкс/депресив. | 0,181** | 0,036 | 0,254** |
| Повлач/депресив. | 0,166** | 0,064 | 0,201** |
| Сомат. жалбе | 0,147* | 0,020 | 0,219** |
| Социјал. пробл. | 0,468** | 0,256** | 0,562** |
| Пробл. мишљења | 0,361** | 0,177* | 0,422** |
| Проблеми пажње | 0,658** | 0,524** | 0,683** |

** значајно на нивоу 0,001

* значајно на нивоу 0,01

Већина испитиваних варијабли димензије *екстернализације* има статистички значајне међусобне везе, као и везе са осталим сегментима скале, што још једном потврђује свеобухватност процене понашања деце помоћу овог инструмента. Шира димензија *екстернализације* значајно је повезана са синдромским скалама које је чине, при чему је снажнија веза добијена за субскалу *агресивног понашања* ($r=0,920$, $p<0,001$), него *понашања са кршењем социјалних норми* ($r=0,862$, $p<0,001$), иако је оно заступљеније у нашем узорку. Слаба, али статистички високо значајна корелација добијена је за димензије *скупне екстернализације* и *интернализације*, што је већ појашњено у поглављу о интернализованим сметњама, где је и дато могуће објашњење о јаснијој дистинкцији врста сметњи код деце нашег узорка. Сличне корелације добијене су и између скупног скорa *екстернализације* и појединачних синдромских скала *интернализације* (Табела 17). Када су у питању укрштене корелације појединачних скала обе димензије, *понашање са кршењем социјалних норми* није у корелацији ни са скупном *интернализацијом*, ни са појединачним синдромским скалама, док *агресивно понашање* јесте. Корелација скупне *екстернализације* са скором *тоталних проблема* је висока ($r=0,770$, $p<0,001$) и нешто већа него добијена корелација скорa скупне *интернализације* и *тоталног проблемског скорa* ($r=0,648$, $p<0,001$), што се уклапа у већ уочену већу заступљеност екстернализованих сметњи код деце узорка.

Занимљиве податке даје нам проучавање корелација тзв. неутралних скала ТРФ-а, скала *социјалних проблема*, *проблема мишљења* и *проблема пажње*, које факторска анализа није уврстила ни у једну ширу димензију, због подједнаке засићености. Скупна *екстернализација* у најјачој је корелацији са проблемима *пажње* ($r=0,658$, $p<0,001$), на супрот налазима за скупну *интернализацију*, која је најјаче повезана са скором *социјалних проблема* ($r=0,648$, $p<0,001$), а најслабије са скором поремећаја *пажње*. Исти тренд примећен је и када су у питању појединачне скале димензије *екстернализације*, где је најјача веза утврђена између скорa *агресивног понашања* и проблема *пажње* ($r=0,683$, $p<0,001$). Такође, значајно су веће све појединачне корелације скале *агресивног понашања* са свим неутралним скалама у односу на скалу *кршења социјалних норми*. Разлике коефицијената корелације обе димензије за *проблеме пажње* и *социјалне проблеме* износе $\approx 0,2$, што би могло да буде значајно у ревидирању структуре ширих димензија понашања. Очито је да неутралне скале могу да пронађу

своје место у ширим димензијама понашања, с обзиром на то да је јасно да постоји веза између социјалних проблема и склоности интернализованим сметњама, као и веза између проблема пажње и склоности екстернализацији, посебно агресивном понашању, што може бити путоказ за даља истраживања у смислу ревизије факторске структуре скале када је у питању популација деце са лаком ИО.

4.4.3. ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И СОЦИО-ДЕМОГРАФСKE И ПЕРСОНАЛНЕ ВАРИЈАБЛЕ

Статистичком анализом утврђене су значајне везе и утицаји одређених социо-демографских и персоналних варијабли на скорове скупне екстернализације и појединачних субскала те димензије. Свака од независних варијабли биће најпре посматрана појединачно, а потом и у групној анализи фактора који утичу на бихејвиоралне сметње кроз методу бинарне логистичке регресије.

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ПОЛ

Упоређивањем скорова димензије екстернализације код деце оба пола нису утврђене статистички значајне разлике у скоровима *скупне екстернализације* нити њених субскала између дечака и девојчица. Традиционално, очекивано је да дечаци чешће испољавају екстернализоване проблеме, тешкоће прилагођавања и оспољену агресивност, што наше истраживање није потврдило. Девојчице су имале више средње скорове скупне екстернализације од дечака (Med=63 према Med=61), али та разлика, као што је речено, није била статистички значајна ($p=0,096$). Исто тако, подсећамо да значајне разлике нису нађене ни на пољу *интернализованих сметњи* (осим *повлачења/депресивности*), што додатно усложњава поимање традиционално прихваћеног "полног диверзитета" у погледу испољавања и особина клиничких слика менталних поремећаја и сметњи понашања код деце. Разлике су утврђене у скоровима *Тоталних проблема* ($Z=-3,234$, $p=0,001$), где су девојчице предњачиле висином средњих

скорова (Med=65) у односу на дечаке (Med=61), што је статистички значајна разлика ($Z=-1,249$, $p=0,001$) и представља извесно изненађење, јер је мушки пол у ранијим истраживањима представљао фактор ризика за озбиљније проблеме. У стратуму са клиничким скоровима екстернализације има 79 дечака, што чини 54,4% овог подузорка и 66 девојчица, или 45,5% (Табела 18). Ако се погледају резултати поређења група по скору екстернализације (клинички и неклинички), добија се да *не постоји* статистички значајна разлика у погледу присуства клиничке екстернализације код дечака и девојчица ($\chi^2=2,132$, $df=1$, $p=0,144$). Штавише, упоређивањем података о дистрибуцији полова у клиничким подгрупама, види се да је процентуална заступљеност оба пола у обе клиничке групе готово подједнака.

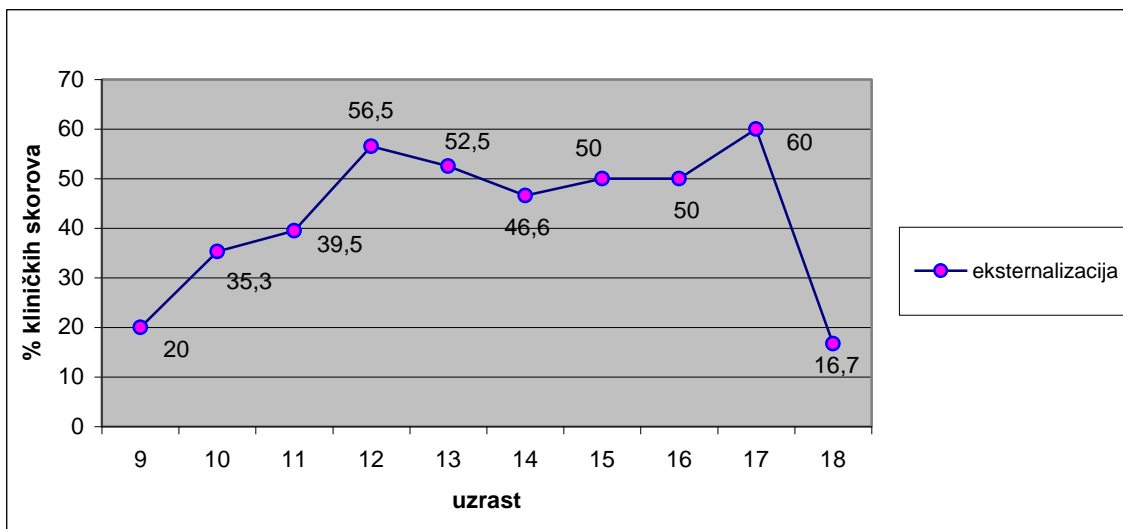
Табела 18: Полна структура подузорка са клинички сигнификантном екстернализацијом

| Пол | Број | % |
|---------------|------------|------------|
| Мушки | 79 | 54,5 |
| Женски | 66 | 45,5 |
| Укупно | 145 | 100 |

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И УЗРАСТ

Варијабла *узrast* није у статистички значајној корелацији ни са једним скором димензије екстернализације. Разлике висина средњих скорова *скупне екстернализације* за различите узрасте нису статистички значајне ($\chi^2=10,674$, $df=9$, $p=0,293$). Поређењем узрасних група нису пронађене статистички значајне разлике ни у погледу фреквенција клиничких скорова екстернализације за појединачне узрасте ($\chi^2=13,624$, $df=9$, $p=0,136$). Ово је такође био неочекиван резултат, с обзиром на то да ранија истраживања указују на већу заступљеност екстернализованих сметњи код деце млађег узраста. Ако се

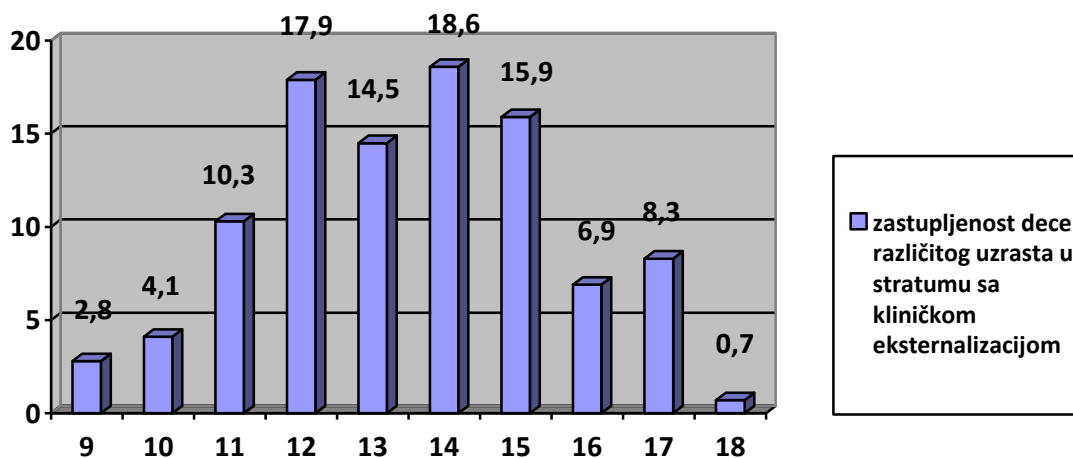
погледа кривуља учесталости клинички значајних скорова екстернализације у појединачним узрасним групама (Слика 15), јасно је да до раних адолесцентних година фреквенције константно расту, достижући неку врсту равнотеже у периоду ране адолесценције (13-17 година), а затим нагло падајући на финалном испитиваном узрасту од 18 година. Наравно, овај резултат у вези је и са бројем деце на појединачним узрастима, јер је у нашем узорку најмања заступљеност узраста 17 и 18 година, па се они не могу сматрати репрезентативним за коначан резултат. Ипак, тренд раста екстернализованих симптома са узрастом је изненађујућ, с обзиром на то да се очекује мања учесталост на старијим узрастима. Јасно је да је период уласка у адолесцентне године критичан на неки начин и да појачава вулнерабилност, за шта би вероватно објашњење могло бити наступање фазе интензивних телесно-хормоналних и психолошких промена, која код деце са ИО (на основу овог истраживања) повећава ризик од проблема уопште, а не специфично интернализованих или екстернализованих.



Слика 15: Процентуална заступљеност клинички значајних скорова екстернализације код деце различитог узраста

У стратуму деце са клинички значајним скоровима екстернализације највише је деце старости 12 (17,9%), 13 (14,5%), 14 (18,6%) и 15 (15,9%) година, а најмање деце

старости 9 (2,8%), 10 (4,1%) и 18 (0,7%) година (Слика 16). Наравно, оваква расподела условљена је делимично и бројем деце у појединачним узрасним групама, јер је јасно да је највише деце из нашег узорка управо узраста од 11 до 15 година, јер овим групама припада 73% од укупног броја деце.



Слика 16: Процентуална заступљеност деце различитог узраста у стратуму са клинички значајном екстернализацијом

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ШКОЛСКИ УСПЕХ

Поређењем деце различитог *школског успеха* по димензији *екстернализације* добијене су статистички значајне разлике скупних скорова *екстернализације* ($\chi^2=11,170$, $df=4$, $p=0,025$) и скорова појединачне субскеале *агресивног понашања* ($\chi^2=12,652$, $df=4$, $p=0,013$) код деце различитих академских перформанси, док разлике за *кршење социјалних норми* нису утврђене. Изненађујуће је то да су средњи скорови скупне *екстернализације* и *агресивног понашања* расли са бољим школским успехом, супротно тренду који је уочен на димензији *интернализације*, где су деца лошијег школског успеха имала више средње скупне и појединачне скорове. Раст средњих скорова обе скале присутан је до врло доброг успеха, док су деца са одличним успехом имала ниже средње скорове обе скале, чак и најниже када је у питању скупна

екстернализација (Табела 19). Поређењем клиничког ($N_e=145$) и неклиничког стратума добијене су статистички значајне разлике ($\chi^2=10,156$, $df=4$, $p<0,038$) у школском успеху деце.

Табела 19: Разлике средњих скорова димензије екстернализације код деце различитог школског успеха

| Димензија | Екстернализација | | | | | Агресивно понашање | | | | |
|-----------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Шк. успех | нед | дов | доб | врд | одл | нед | дов | доб | врд | одл |
| Медијана | 60,00 | 62,00 | 63,00 | 64,00 | 58,50 | 56,00 | 61,00 | 61,00 | 62,00 | 59,00 |
| χ^2 | 11,170 (df=4) p=0,025 | | | | | 12,652 (df=4) p=0,013 | | | | |

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ИНТЕЛЕКТУАЛНЕ СПОСОБНОСТИ

Коефицијент интелигенције (КИ) у статистички је значајној корелацији са скупним скором екстернализације ($r = 0,121$, $p=0,033$), као и са кршењем социјалних норми ($r = 0,213$, $p<0,0005$), док није добијена корелација КИ са агресивним понашањем. За разлику од корелација ове независне варијабле са скоровима на димензији интернализације, где су корелације негативне, овде добијене корелације су позитивне, што може бити у складу и са претходно изнесеним налазом везаним за школски успех, где скорови екстернализације расту са бољим успехом. Просечна вредност КИ код деце у стратуму са клиничким скоровима екстернализације је 62,89 ($SD = 7,60$), што је више у односу на просечни КИ деце без клиничких симптома (60,11, $SD=6,75$) и та разлика је статистички значајна ($p=0,017$). Исто тако, деца са клиничком екстернализацијом имала су значајно више средње вредности КИ у односу на децу са клиничком интернализацијом ($p=0,004$) Могло би се закључити да се код интелектуално и академски успешније деце чешће испољавају екстернализовани проблеми. Штавише, код деце са вишим вредностима КИ расту и вредности понашања са кршењем

социјалних норми, али не и агресивности, а ако се сетимо да су интернализација и агресивно понашање, али не и интернализација и кршење социјалних норми, повезани, долазимо на исти колосек, а то је да су интернализоване сметње чешће повезане са агресивношћу и да је та комбинација заступљенија код деце лошијег успеха и мањих способности.

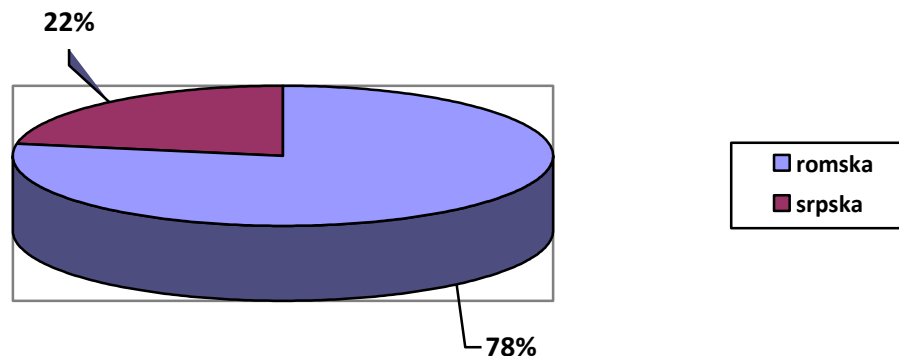
ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И РЕД РОЂЕЊА

За разлику од резултата добијених за димензију интернализације, када је у питању независна варијабла *ред рођења*, нису добијене статистички значајне корелације реда рођења детета и скорова скупне *екстернализације*, нити скорова њених синдромских скала. Штавише, поређењем клиничког и неклиничког стратума димензије *екстернализације* нису пронађене статистички значајне разлике у реду рођења ($p=0,473$), што може упутити на чињеницу да ред рођења може деловати као фактор вулнерабилности када је у питању *интернализација*, али да нема значаја за испољавање екстернализованих проблема.

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ

Исто тако, нису добијене статистички значајне разлике у скоровима ове димензије међу децом различите *националне припадности*, осим када је у питању скала *кршења социјалних норми*, где су деца ромске националности имала више средње скорове ($Med=64$) у односу на децу српске националности ($Med=59$) и та разлика је статистички значајна ($Z=-3,910$, $p<0,001$), што има практичан значај у погледу евентуалног уважавања проблема које ова деца имају са поимањем норми и правила понашања у већинској српској култури, које може имати другачије захтеве и представљати за њих већи притисак. Од укупног броја деце са клинички значајним скоровима *кршења социјалних норми* (63 деце), чак 49 (77,8%) је припадника ромске националне скупине, а само 14 (22,2%) српске (Слика 17). Дакле, чак 28,6% деце ромске популације има

клиничке скорове кршења социјалних норми, док је тај проценат у групи деце српске националности знатно мањи и износи 9,3%.



Слика 17: Национална припадност деце са клинички значајним скоровима на субскали кршења социјалних норми

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И ОБРАЗОВАЊЕ И ЗАПОСЛЕЊЕ РОДИТЕЉА

Степен образовања и запослење родитеља су варијабле које су такође значајно повезане са екстернализованим сметњама, али само са једном од скала те димензије, а то је, опет, скала кршења социјалних норми. Скупни скорови екстернализације код деце чији су очеви различитог степена образовања нису се статистички значајно разликовали ($p=0,725$), што је добијено и за нивое образовања мајки ($p=0,443$). Средњи скорови скале агресивног понашања такође се нису значајно разликовали код деце чији су очеви различитог нивоа образовања ($p=0,978$), што је, опет, резултат добијен и за степен образовања мајки ($p=0,190$). С друге стране, деца чији су очеви вишег нивоа образовања имала су ниже средње скорове понашања са кршењем социјалних норми ($\chi^2=10,498$, $df=3$, $p=0,015$), што је, такође, добијено и за образовање мајке ($\chi^2=11,097$, $df=3$, $p=0,011$) (Табела 20).

Табела 20: Разлике средњих скорова скале кршења социјаних норми код деце чији су родитељи различитог нивоа образовања

| | Образовање оца | | | | Образовање мајке | | | |
|---------------|--------------------------------|-----|-----|-----|--------------------------------|----|----|----|
| | НОШ* | ОШ* | СШ* | ВШ* | НОШ | ОШ | СШ | ВШ |
| Медијана | 63 | 63 | 60 | 59 | 63 | 62 | 58 | 56 |
| Крускал-Валис | $\chi^2=10,498$ (df=3) p=0,015 | | | | $\chi^2=11,097$ (df=3) p=0,011 | | | |

*НОШ-непотпуна основна школа, ОШ-основна школа, СШ-средња школа, ВШ-виша или висока школа

Деца незапослених очева имала су више просечне скорове на скали кршења социјалних норми (Med=63) од деце чији очеви раде (Med=59) и та разлика је статистички значајна ($Z=-2,487$, $p=0,013$), док разлике скорова деце запослених и незапослених мајки нису пронађене ни за једну синдромску скалу ове димензије понашања, за шта би разлог, једноставно, могао бити веома мали број запослених мајки у односу на очеве, на нивоу читавог узорка, а и на нивоу клиничког стратума. Наиме, у стратуму са клиничким скоровима екстернализације, запослено је укупно само 14 мајки (9,7%), а 39 очеве (26,9%). Дакле, запослење мајке није повезано са екстернализацијом, већ само интернализацијом, док је запослење оца повезано са обе димензије. Слично као и у стратуму са клиничком интернализацијом, социјалну помоћ на нивоу клинички екстернализованог стратума прима 96 породица (66,2% стратума). Описан тренд кретања и односа средњих скорова димензије екстернализације је потпуно супротан оном који је примећен за димензију интернализације, где су више образовање и запосленост родитеља повећавали ризик постојања проблема, док су на димензији бихејвиоралних потешкоћа незапослености и нижи степен образовања родитеља повезани са већим проблемима.

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И СМЕШТАЈ ДЕТЕТА

Даља анализа показала је значајне разлике у скоровима на димензији екстернализације међу децом која имају различите услове смештаја. Најмање просечне скорове скупне екстернализације, као и скорове скала агресивности и кршења социјалних норми имала су деца која станују с оба родитеља, а највише деца која станују у дому за децу без родитељског старања, што је и очекивано (Табела 21).

Табела 21: Разлике средњих вредности скорова димензије екстернализације код деце смештене у различитим условима

| Смештај детета | Скупна екстернализација | Агресивно понашање | Кршење социјалних норми |
|----------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| Са оба родитеља | 61 | 61 | 62 |
| Са једним родитељем | 62 | 61 | 64 |
| Хранитељ. породица | 64 | 63 | 64 |
| Дом за децу | 68 | 69 | 68 |
| Крускал-Валис | $\chi^2=12,227$ | $\chi^2=12,438$ | $\chi^2=9,828$ |
| p | 0,016 (df=4) | 0,014 (df=4) | 0,043 (df=4) |

Од укупно 13 деце која су смештена у дому за децу без родитељског старања, њих 11 (84,6%) има скорове скупне екстернализације који прелазе клиничку границу.

Подсетимо овом приликом и на чињеницу да разлике по овој независној варијабли нису добијене када је у питању димензија интернализације, осим у случају када дете живи само са оцем, а мајка је преминула, када имамо више просечне скорове повлачења/депресивности, што значи да врста смештаја детета у главном утиче на маладаптацију и проблеме у понашању, посебно ако је дете смештено у установи колективног типа, као што су домови за децу без родитељског старања, што се показало најризицијом могућношћу повезаном са проблемима у понашању.

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И МЕСТО СТАНОВАЊА

Деца која станују на селу имала су ниже средње скорове на скали *понашања са кршењем социјалних норми* (Med=59) од деце из града (Med=62) и та разлика је статистички значајна ($Z=-3,016$, $p=0,003$). Разлике за скупни скор *екстернализације*, као и скор *агресивног понашања* нису нађене. Примећује се да постоји разлика у односу на димензију емоционалних тегоба, где су у проблемима предњачила деца са села.

ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И БРОЈ ЧЛАНОВА ДОМАЋИНСТВА

Број деце у породици показао статистички значајно повезаним са скоровима на овој димензији понашања и то скоровима *скупне екстернализације*, као и са скором *понашања са кршењем социјалних норми*, док значајне везе са агресивним понашањем нису добијене (Табела 22).

Табела 22: Корелације димензије екстернализације са бројем деце у породици

| | Екстернализација | Агресивно понаш. | Кршење соц. нор, |
|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Број деце у породици | $r=0,134$ $p=0,019$ | $r=0,020$ $p=0,727$ | $r=0,173$ $p=0,002$ |

Види се да су корелације скупног скорa *екстернализације*, као и *кршења социјалних норми*, са бројем деце у породици позитивне, слабе, али статистички значајне, за разлику од корелација димензије *интарнализације*, које су биле негативне, што може указивати на чињеницу да већи број деце у породици представља фактор ризика за испољавање бихејвиоралних поремећаја. Поређењем стратума са клинички значајним скоровима *екстернализације* са неклиничким старумом по броју деце у породици, добијене су статистички значајне разлике ($p=0,022$) у корист породица са више деце, где је било и више екстернализованих сметњи. Исти резултат добијен је и за

понашање са кршењем социјалних норми, где су се породице деце са клиничким скоровима кршења норми значајно разликовале по броју деце од породица деце без клиничких симптома ($p < 0,0001$).

4.4.4. РИЗИКО ФАКТОРИ КЛИНИЧКЕ ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈЕ

Поступком бинарне логистичке регресије, са скором *скупне екстернализације* као дихотомном зависном варијаблом, са исходима: клиничка екстернализација (кодирано јединицом), неклиничка екстернализација (кодирано нулом), процењен је предиктивни утицај социо-демографских и персоналних фактора на ризик од испољавања клинички значајних бихејвиоралних тегоба код деце узорка. Вредности сирових и прилагођених односа шанси (Odds Ratios) дати су у Табели 23.

Табела 23: Сирови и прилагођени односи шанси (Odds Ratios) ризико фактора за клинички значајну екстернализацију

| Ризико фактори | Сирови "OR" (95% интервал поверења) | Прилагођени "OR"* (95% интервал поверења) |
|-------------------------------------|---|---|
| Коефицијент интелигенције | 1,080 (1,025-1,137) p= 0,004 | 1,076 (1,027-1,128) p= 0,002 |
| Број одраслих чланова домаћинства | 0,717 (0,524-0,982) p= 0,038 | 0,722 (0,534-0,977) p= 0,035 |
| Број деце у породици | 1,574 (1,049-2,362) p= 0,028 | 1,454 (1,030-2,050) p= 0,033 |
| Смештај у дому за децу без родитеља | 4,654 (2,175-11.303) p= 0,031 | 7,024 (1,515-32,561) p= 0,013 |

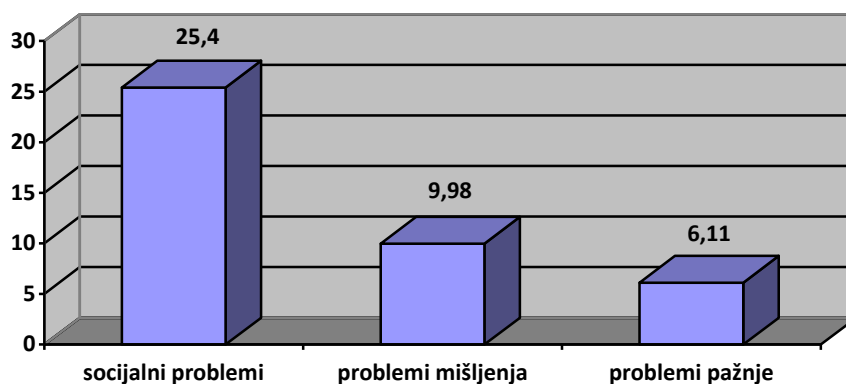
*Прилагођено за: пол, узраст, редослед рођења, школски успех, смештај детета, националност, образовање и запослење родитеља, КИ, место становања, број чланова домаћинства и број деце у породици

Из табеле је уочљиво да клинички скорови *екстернализације* зависе од следећих фактора:

- **Висине коефицијента интелигенције** – КИ већи за један повећава ризик од клиничке екстернализације за 7,6%,
- **Броја одраслих чланова домаћинства** – број чланова домаћинства већи за један смањује ризик од клиничке екстернализације за 27,8%,
- **Броја деце у породици** – повећање броја деце у породици за један повећава ризик од клиничке екстернализације за 45% и
- **Смештаја у дому за децу без родитељског старања** – боравак у дому за децу без родитеља, у поређењу са децом која живе са родитељима (хранитељима), повећава ризик од испољавања клинички значајне екстернализације за чак 7 пута.

4.5. СОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ, ПРОБЛЕМИ МИШЉЕЊА И ПАЖЊЕ

Међу тзв. *неутралним скалама*, које по својим карактеристикама не припадају специфично ни једној широј димензији дечје психопатологије, највећа заступљеност клинички значајних скорова добијена је за скалу *социјалних проблема*, затим за скалу *проблема мишљења*, а најмања за *проблеме пажње*. Деце са клиничким скоровима *социјалних проблема* било је укупно 79 (25,4%), док је клинички значајне скорове *проблема мишљења* имало 31 дете (9,98%), а *проблема пажње* само 19 деце (6,11%) (Слика 18).



Слика 18: Процентуална заступљеност клинички значајних скорова неутралних субскала на целом узорку

Ако се ове вредности упореде са заступљеношћу клиничких скорова осталих скала, види се да *социјални проблеми* представљају доминантну патологију наше популације деце, с обзиром на то да је за ту скалу добијен највећи проценат клинички значајних скорова.

С друге стране, остале две неутралне скале имају релативно ниску фреквенцију клинички значајних скорова, што се посебно односи на скалу *проблема пажње* (само 6,11%), пре свега зато што је очекивано да деца нашег узорка, с обзиром на развојно-когнитивне специфичности, имају више изражене потешкоће у том домену функционисања.

4.5.1. КОРЕЛАЦИЈЕ СКОРОВА НЕУТРАЛНИХ СКАЛА

У претходним поглављима већ су приказане корелације неутралних скала са обе шире димензије понашања и тада је појашњено да постоји јача повезаност скорова *социјалних проблема* са димензијом *интернализације* ($r=0,638$, $p<0,01$) и, с друге стране, повезаност *проблема пажње* са димензијом *екстернализације* ($r=0,658$, $p<0,01$). Највиша корелација посматраних скорова добијена је за *агресивно понашање* и *проблема пажње* ($r=0,683$, $p<0,01$), што свакако сугерише снажну веза између поремећаја у понашању, посебно склоности ка агресивности, и тешкоћа с пажњом. Занимљив налаз јесте релативно слаба корелација скорова *социјалних проблема* са *кршењем социјалних норми* ($r=0,256$, $p<0,01$), јер би се очекивала интензивнија повезаност тешкоћа у развоју социјалних вештина и склоности ка кршењу правила понашања у социјалној групи. Корелације неутралних скала са *агресивним понашањем* су веће, па тако и сами *социјални проблеми* имају релативно високу корелацију са скором *агресивног понашања* ($r=0,562$, $p<0,01$). Треба подсетити и на чињеницу да скорови *понашања са кршењем социјалних норми* нису били у корелацији ни са једном димензијом *интернализације*, док скорови *агресивног понашања* јесу, и то посебно са скалом *анксиозност/депресивност*, тако да се може указати на један кластер високо корелираних проблема, који се појединачно налазе на различитим димензијама скале, а који обухвата *анксиозност/депресивност*, *склоност агресивном понашању* и *социјалне проблеме*, јер су везе тих сегмената најјаче. Корелације скале *поремећаја мишљења* мање су од свих до сад наведених, што иде у прилог високој специфичности ових проблема и малој учесталости у нашем узорку.

Високе корелације скорова скале *социјалних проблема* и скупне *интернализације* с једне, и *проблема пажње* и скупне *екстернализације*, с друге стране, представљале су повод да се дубље истраже међусобне везе тих димензија. Наиме, анализом су пронађене статистички високо значајне разлике у средњим скоровима *интернализације* код деце која имају и деце која немају клинички значајне скорове скале *социјалних проблема* ($Z=-7,862$, $p<0,0001$). Исто тако, деца која имају клинички значајне скорове *проблема пажње* имају значајно више средње скорове скупне *екстернализације* од деце која немају сигнификантне проблеме с пажњом ($Z=-5,500$, $p<0,0001$) (Табела 24).

Табела 24: Разлике средњих скорова скупне интернализације и екстернализације код деце са клиничким и неклиничким скоровима синдромских скала социјалних проблема и проблема пажње

| Димензија | Скор на скали | Медијана | р |
|-------------------------|--|-----------|---------|
| Интернализација | Скор социјалних проблема <63 | 56 | <0,0001 |
| | Скор социјалних проблема >63 (клинички) | 68 | |
| Екстернализација | Скор проблема пажње <63 | 61 | <0,0001 |
| | Скор проблема пажње >63 (клинички) | 73 | |

Од укупно 79 деце која имају клиничке скорове *социјалних проблема*, њих 55 (69,6%) има и клиничку *интернализацију*. Број деце из те клиничке групе која имају и клинички значајну *екстернализацију* је, занимљиво, потпуно исти, тако да 55 од 79 деце са клиничким *социјалним проблемима* (69,6%) има и *клиничку екстернализацију*. Деце са *коморбидним* клиничким сметњама међу децом са клиничким *социјалним проблемима* је 36, што је 57,14% коморбидне групе. С друге стране, од укупно 19 деце са клиничким *проблемима пажње*, њих 18 (94,8) има и клинички сигнификантну *екстернализацију*, што значи да само једно дете са значајним проблемима пажње нема уједно и клиничке бихејвиоралне сметње.

Методом бинарне логистичке регресије утврђен је степен ризика за клиничке исходе обе шире димензије дечје психопатологије када су у питању клинички скорови скала социјалних проблема и проблема пажње (Табела 25).

Табела 25: Сирови и прилагођен однос шанси за испољавање клиничке интернализације и екстернализације у односу на клиничке социјалне проблеме и проблеме пажње

| | Клиничка интернализација | | Клиничка екстернализација | |
|------------------------------------|---|---|--|--|
| | OR (95% CI) | OR _{прилагођен*} (95% CI) | OR (95% CI) | OR _{прилагођен*} (95% CI) |
| Клинички социјални проблеми | 5,527 (3,168-9,643), p<0,0001 | 3,846 (2,026-7,300), p<0,0001 | 4,701 (1,648-13,411), p=0,004 | 5,032 (2,574-9,837), p<0,0001 |
| Клинички проблеми пажње | 4,701 (1,648-13 | није значајан | 23,714 (3,124-180,012), p=0,002 | 18,243 (2,319-143,523), p=0,006 |

*прилагођено за: пол, узраст, школски успех, коефицијент интелигенције, смештај детета, националност, образовање и запослење родитеља.

Јасно је да клинички скорови обе анализиране неутралне скале значајно повећавају ризик од испољавања клинички значајних емоционалних и бихејвиоралних проблема. Поларизована веза доказана је за *проблеме пажње* и *екстернализацију*, зато што клинички скорови *проблема пажње* чак осамнаест пута повећавају ризик од испољавања клиничке *екстернализације* и то након контролисања социо-демографских и персоналних варијабли, а с друге стране, не делују значајно на клиничку *интернализацију* (прилагођен однос шанси). *Социјални проблеми* појединачно, без контроле осталих варијбли, испољавају јачи утицај на клиничку *интернализацију* него *екстернализацију*, али након прилагођавања, значајно повећавају ризик од оба врсте психопатолошких испољавања и то више *екстернализованих*.

4.5.2. СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ ВАРИЈАБЛЕ И НЕУТРАЛНЕ СКАЛЕ

Осим мале учесталости клиничких скорова *проблема пажње*, изненађење за нас представљао је и податак да *девојчице* на овој скали имају веће средње скорове него дечаци ($Z=-5,707$, $p<0,0005$), с обзиром на то да ранија истраживања потврђују већу учесталост проблема пажње и хиперактивности код дечака, што важи и за популацију деце са когнитивним сметњама. Скорови остале две неутралне скале нису се значајно разликовали код дечака и девојчица. *Узраст* такође није био у значајној корелацији ни са једном неутралном скалом, док коефицијент интелигенције јесте (Табела 26)

Табела 26: Корелације КИ са скоровима неутралних скала

| Корелације | Коефицијент интелигенције | |
|---------------------------|---------------------------|------------|
| Социјални проблеми | $r=-0,308$ | $p<0,0005$ |
| Проблеми мишљења | $r=-0,203$ | $p<0,0005$ |
| Проблеми пажње | $r=-0,173$ | $P=0,002$ |

Поређењем деце различитих нивоа школског постигнућа добијене су статистички значајне разлике средњих скорова на све три испитиване скале, па су тако више средње скорове *социјалних проблема* имала деца са лошијим школским успехом ($\chi^2=27,492$, $df=4$, $p<0,0005$), што је добијено и за *проблеми мишљења* ($\chi^2=21,799$, $df=4$, $p<0,0005$), као и за *проблеми пажње* ($\chi^2=39,356$, $df=4$, $p<0,0005$). Овакав резултат је и очекиван, с обзиром на значај социјалног функционисања, пажње и мишљења за академске перформансе.

Ред рођења детета био је у значајним корелацијама са скоровима на скалама *социјалних проблема* ($r=-0,177$, $p=0,002$) и *проблеми мишљења* ($r=-0,242$, $p<0,0005$), док корелација са *проблемима пажње* није нађена. Добијене корелације су негативне, слабе, али статистички значајне. Осим са овим испитиваним факторима, ред рођења у значајим је корелацијама још само са димензијом и скалама *интернализације*, а не и

екстернализације, што нас опет упућује на постојање вероватне везе између социјалних проблема и интернализације, о којој је већ било речи. Потврду за ову везу може представљати и постојање слабих, али статистички значајних негативних корелација између социјалних проблема и броја чланова породице ($r=-0,176$, $p<0,0005$), као и броја деце у породици ($r=-0,187$, $p<0,0005$), што је пронађено и за проблеме мишљења и број чланова породице ($r=-0,175$, $p<0,0005$), као и проблеме мишљења и број деце у породици ($r=-0,200$, $p<0,0005$). Корелације скорова проблема пажње са овим независним варијаблама нису нађене.

Деца српске националности имала су више средње скорове социјалних проблема ($Z=-7,048$, $p<0,0005$), као и проблема мишљења ($Z=-6,027$, $p<0,0005$) и проблема пажње ($Z=-3,475$, $p=0,001$). Већ је поменуто да су разлике између ове две групе деце нађене на свим димензијама и скалама и да су више средње скорове имала деца српске националности, осим на скали понашања са кршењем социјалних норми, где су ромска деца имала више средње скорове.

Ниво образовања и запослење родитеља показали су се значајним фактором разликовања деце и кад су у питању скорови на неутралним скалама. Деца чији су очеви вишег образовања имала су више средње скорове на скали социјалних проблема ($\chi^2=18,385$, $df=3$, $p<0,0005$) и проблема мишљења ($\chi^2=18,256$, $df=3$, $p<0,0005$), док разлике за скалу проблема пажње нису пронађене. Више образовање мајке било такође је повезано са већим социјалним проблемима ($\chi^2=29,186$, $df=3$, $p<0,0005$), проблемима мишљења ($\chi^2=27,406$, $df=3$, $p<0,0005$), али и проблемима пажње ($\chi^2=9,668$, $df=3$, $p=0,022$), што додатно потврђује генерално веће бихејвиоралне и емоционалне тешкоће деце чији су родитељи вишег образовања. Деца запослених очева имала су више средње скорове на скалама социјалних проблема ($Z=-2,956$, $p=0,003$) и проблема мишљења ($Z=-2,027$, $p=0,043$), као и деца запослених мајки. Разлике за проблеме пажње нису нађене.

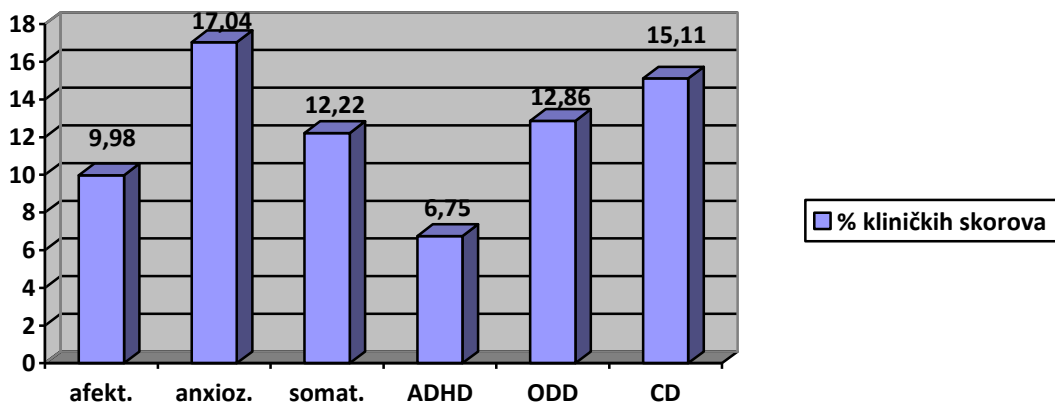
Деца која се од првог разреда образују у специјалној школи имала су више средње скорове на све три испитиване скале у односу на децу која су након неуспелог

школовања у редовној школи одлуком надлежне комисије пребачена у специјалну школу. Разлике по варијабли тока школовања пронађене су само за скорове ових скала, али не и осталих испитиваних сегмената. Тако, није било разлика ни на једној скали димензије *интернализације*, нити *екстернализације*, као ни на скупним скоровима и *тоталним проблемима*. Најзначајније разлике добијене су за *проблеме мишљења* ($Z=-2,615$, $p=0,009$), затим *проблеме пажње* ($Z=-2,245$, $p=0,025$), па *социјалне проблеме* ($Z=-2,185$, $p=0,029$). Може се претпоставити да су деца која су дошла из редовних школа виших способности и да се боравак у редовној школи вероватно позитивно одражава на ширење репертоара социјалних вештина и овладавање успешним когнитивним стратегијама. Највеће разлике у погледу *проблема мишљења* су очекиване, с обзиром на већ уочену специфичност и малу распрострањеност те врсте патологије код деце нашег узорка, посебно код оне која су проводила одређено време образујући се у редовним школама по редовним едукативним програмима.

Тип смештаја детета није био повезан са проблемима у овом сегменту функционисања, што је слично налазима за димензију *интернализације*. Деца која живе на селу имала су више средње скорове *социјалних проблема* ($Z=-2,769$, $p=0,006$), а разлике за остале две скале нису пронађене. Већ је примећено, анализом осталих скорова, да су деца са села имала више средње скорове на димензији *интернализације*, али не и *екстернализације*, тако да је овај налаз, с обзиром на постојање корелације скорова *социјалних проблема* и *интернализације*, очекиван.

4.6. ДСМ-IV ОРИЈЕНТИСАНЕ СКАЛЕ

На Слици 19 приказане су фреквенције клинички значајних скорова појединачних ДСМ-4 оријентисаних скала код деце нашег узорка.



Слика 19: Фреквенције клинички значајних скорова на ДСМ-4 оријентисаним скалама (*afekt.* - афективни проблеми, *anxioz.* - анксиозност, *somat.* - соматски проблеми, *ADHD* - поремећај пажње са хиперактивношћу, *ODD* - понашање са противљењем и пркосом, *CD* - поремећај понашања)

Јасно је да су најзаступљенији проблеми анксиозности са 17,04% деце која имају клинички значајне скорове, као и поремећај понашања, са 15,11% клиничких скорова на нашем узорку. Ако се најпре погледају фреквенције клинички значајних скорова синдромских скала на димензији интернализације, види се да постоји слагање, зато што су од синдромских скала те димензије, најфреквентнији клинички скорови скала анксиозност/депресивност и соматске жалбе, док су симптоми повлачења/депресивности, који одговарају афективним проблемима, мање заступљени. Проблеми анксиозности, осим ајтема из ТРФ статистичке скале анксиозност/депресивност, обухватају и један ајтем са високом конзистентношћу са клиничким категоријама који припада статистичкој скали социјалних проблема, ајтем бр. 11. Држи се одраслих, претерано завистан, који је можда најсликовитији приказ анксиозних тегоба детета са ИО, што потврђује и чињеница да је означен позитивно

(оценама 1 или 2) код 100% деце са клиничким скоровима скале *анксиозности*. И ови налази потврђују претпоставку да се код деце са ИО интернализоване тегобе испољавају пре свега кроз симптоме анксиозности и соматизације, а најмање кроз симптоме повлачења, туге, мањка енергије и социјалну изолацију.

Од специфичних проблема у понашању, заступљенији су клинички скорови поремећаја понашања него противљења и пркоса, што је у складу да заступљеношћу клиничких скорова синдромских скала димензије *екстернализације*, где је најзаступљеније било понашање са *кришењем социјалних норми*, а нешто мање *агресивно понашање*, чији ајтеме искључиво садржи ДСМ-IV оријентисана скала *противљења и пркоса*.

Ови налази такође показују ниску учесталост клиничких *проблема пажње* у нашем узорку (најмање фреквентни проблеми), што је већ приказано анализирањем емпиријских скала, а супротно очекивањима. ДСМ-IV оријентисане скале дају, у складу са ДСМ-IV дијагностичким критеријумима, могућност поларизације проблема пажње на *доминантно непажљив тип* и тип са доминацијом *хиперактивности/импулсивности*, што су разлике у клиничкој слици које препознаје класификациони систем америчке асоцијације. Збрајањем скорова ове две подскеле добија се скупни скор проблема с *пажњом и хиперактивношћу*. У нашем узорку, 21 дете (6,75%) имало је клинички значај скор *поремећаја пажње – доминантно непажљив тип*, а 31 дете (9,97%) клиничке проблеме *хиперактивности/импулсивности*. Дакле, нешто су заступљенији знаци хиперактивности/импулсивности, него специфични проблеми с пажњом и коцентрацијом.

4.6.1. СОЦИО-ДЕМОГРАФСKE ВАРИЈАБЛЕ И ДСМ-IV ОРИЈЕНТИСАНЕ СКАЛЕ

Упоређивањем скорова *дечака и девојчица*, статистички значајне разлике пронађене су једино за скупни *поремећај пажње са хиперактивношћу*, при чему су девојчице имале више средње скорове ($Z=-3,988$, $p<0,0005$) од дечака, што је

изненађујући резултат, већ презентован приликом анализирања скорова емпиријских синдромских субскала.

Узраст деце у статистички је значајној корелацији са скором *соматских проблема* ($r=0,203$, $p<0,0005$), као и са појединачним скором *поремећаја пажње-доминантно непажљив тип* ($r=-0,139$, $p=0,014$). Корелације су слабе, али статистички значајне. Негативан предзнак корелације узраста и *поремећаја пажње* сугерисао би слабљење проблема пажње са узрастом, што је очекивано, с обзиром на когнитивни напредак и овладавање новим стратегијама учења који се постиже сазревањем. Изненађује непостојање корелација узраста са емоционалним проблемима, нити поремећајима понашања.

Коефицијент интелигенције је, слично стању виђеном код емпиријских скала, у значајним корелацијама са свим ДСМ-IV скоровима, осим *скупног поремећаја пажње* и *хиперактивно/импулсивног* субтипа. Негативне корелације КИ добијене су за потешкоће које припадају емоционалној димензији: *афективне проблеме* ($r=-0,270$, $p<0,0005$), *анксиозност* ($r=-0,384$, $p<0,0005$) и *соматске проблеме* ($r=-0,129$, $p=0,005$), док су позитивне корелације добијене за димензију проблема понашања: *проблема с противљењем и пркосом* ($r=0,118$, $p=0,038$) и *поремећај понашања* ($r=0,161$, $p=0,004$). Корелације КИ са димензијом поремећаја понашања су слабије од корелација КИ и емоционалних потешкоћа, што сугерише јачу везу емоционалних сметњи са интелектуалним потенцијалима, при чему ниже когнитивне способности условљавају веће емоционалне сметње, посебно анксиозност, где су добијене најјаче корелације. КИ је у значајној корелацији само са доминантно *непажљивим типом поремећаја пажње* ($r=-0,315$, $p<0,0005$), при чему је корелација негативна, што значи да се, очекивано, са вишим интелектуалним способностима смањују и проблеми с пажњом и концентрацијом. Већ је речено да КИ није повезан са скоровима хиперактивности/импулсивности, нити са скупним скором поремећаја пажње.

Упоређивањем група деце са различитим *школским успехом*, установљене су статистички значајне разлике свих ДСМ-IV скорова, осим *скора хиперактивности/импулсивности* синдрома поремећаја пажње. Деца лошијег школског

успеха имала су више средње скорове *афективних проблема* ($\chi^2=47,682$, $df=4$, $p<0,0005$), *анксиозности* ($\chi^2=25,966$, $df=4$, $p<0,0005$), *соматских проблема* ($\chi^2=11,555$, $df=4$, $p=0,021$) и *скупног поремећаја пажње* ($\chi^2=24,712$, $df=4$, $p<0,0005$), а ниже средње скорове *противљења и пркоса* ($\chi^2=14,789$, $df=4$, $p=0,005$) и *поремећаја понашања* ($\chi^2=10,836$, $df=4$, $p=0,028$). И овде је очито да су деца виших способности чешће испољавала сметње понашања и прилагођавања, а да су код деце нижих способности и лошијег школског успеха израженије емоционалне сметње.

Ред рођења детета у значајној је вези са испољавањем *анксиозности* ($r=-0,271$, $p<0,0005$), *афективних* ($r=-0,177$, $p=0,002$) и *соматских проблема* ($r=-0,219$, $p<0,0005$), али не и са осталим скоровима ДСМ-4 оријентисаних скала. Као што се види, ове корелације су негативне, што сугерише да је ранији ред рођења повезан са већим проблемима, што је добијено и за димензију интернализације на емпиријскоом делу ТРФ скале. Редослед рођења није у вези са проблемима у понашању.

Деца *српке националности* значајно су предњачила у средњим скоровима већине ДСМ-IV скала. Наиме, статистички значајне разлике у корист српске деце пронађене су за скорове *афективних проблема* ($Z=-6,363$, $p<0,0005$), *анксиозности* ($Z=-8,450$, $p<0,0005$), *соматских проблема* ($Z=-5,827$, $p<0,0005$), *скупних проблема пажње* ($Z=-2,633$, $p=0,008$), као и домена *непажљивости* ($Z=-5,542$, $p<0,0005$), док разлике нису нађене на домену *хиперактивности/импулсивности*. Једини аспект понашања где су деца ромске националности имала више просечне скорове јесу *проблеми понашања* ($Z=-2,838$, $p=0,005$), док разлике у *противљењу и пркосу* нису добијене.

Школска спрема родитеља такође је повезана са ДСМ-IV скоровима. Деца чији су очеви били вишег образовања имала су више средње скорове *афективних проблема* ($\chi^2=12,611$, $df=3$, $p=0,006$), *анксиозности* ($\chi^2=39,601$, $df=3$, $p<0,0005$) и *соматских проблема* ($\chi^2=13,171$, $df=3$, $p=0,004$), док разлике скорова осталих проблема нису пронађене. Виши степен образовања мајке такође је био повезан са већим емоционалним проблемима и то је евидентно у статистички значајним разликама

скорова *афективних проблема* ($\chi^2=29,923$, $df=3$, $p<0,0005$), *анксиозности* ($\chi^2=57,657$, $df=3$, $p<0,0005$) и *соматских проблема* ($\chi^2=14,498$, $df=3$, $p=0,004$). Поред тога, више образовање мајки било је повезано и са разликама у скоровима *проблема пажње* без хиперактивности, где су деца образованијих мајки такође имала више средње скорове ($\chi^2=22,445$, $df=3$, $p<0,0005$). Школска спрема оба родитеља повезана је само са скоровима емоционалних проблема, али не и поремећаја понашања. Ту је присутна разлика у односу на емпиријске скале ТРФ, где је понашање са *кришењем социјалних норми* било више изражено код деце чији су очеви нижег образовања, док на ДСМ-IV оријентисаним скалама нема разлике у изражености поремећаја понашања нити противљења и пркоса међу децом чији су родитељи различитих образовних нивоа. Деца *запослених очева* имала су више средње скорове емоционалних проблема: *афективних* ($Z=-2,394$, $p=0,017$), *анксиозних* ($Z=-3,885$, $p<0,0005$) и *соматских* ($Z=-3,999$, $p<0,0005$), а ниже средње скорове *поремећаја понашања* ($Z=-2,018$, $p<0,0005$). Запослење мајке било је у вези са скоровима *афективних проблема* и *анксиозности*, али не и *соматизације*, нити *поремећаја у понашању*. Деца *запослених мајки* имала су више средње скорове *афективних проблема* ($Z=-2,672$, $p<0,008$) и *анксиозности* ($Z=-3,756$, $p<0,0005$), као и *скупних поремећаја пажње* ($Z=-2,208$, $p=0,027$) и скорова *непажње* као димензије скупног поремећаја ($Z=-3,507$, $p<0,0005$). Остали скорови нису се значајно разликовали.

Деца која се у *специјалној школи* образују након што су започела похађање редовне основне школе имала су ниже средње скорове *скупних проблема пажње* ($Z=-2,321$, $p=0,025$), као и као и скорове *непажњивости* ($Z=-3,589$, $p<0,0005$) у односу на децу која се од почетка школују у специјалним условима. Разлике осталих скорова нису нађене, иако су на емпиријским скалама биле присутне разлике скорова неутралних скала – *социјалних проблема*, *проблема мишљења* и *пажње*, а све у корист деце која се од првог разреда школују у специјалним школама и која су, тиме, имала више просечне скорове тих синдромских скала у односу на децу која су пребачена из редовних у специјална одељења.

Смештај детета и карактеристике породичне средине и овде су показали значајне утицаје, који такође иду у већ уоченом смеру. Највише средње скорове дијагностичких ДСМ-4 оријентисаних скала проблема са *противљењем и пркосом*, ако и *хиперактивности/импулсивности* имала су деца која су смештена у домове за децу без родитељског старања, а најмање деца која живе са оба родитеља. Разлике средњих скорова ове две ДСМ-IV скале у зависности од смештаја детета биле су статистички значајне (на нивоу $p=0,013$ за *противљење и пркос*, а $p=0,037$ за *хиперактивност/импулсивност*). Остале разлике нису значајне. Ако се сетимо емпиријских синдромских скала, управо је димензија *екстернализације*, дакле проблематика у понашању и маладаптација, била повезана са пребивањем детета у дому за децу без родитеља, док *интернализација* није. Исти смер везе показују и ДСМ-4 оријентисане скале, с тим што су карактеристике смештаја детета биле значајно повезане само са проблемима с *противљењем и пркосом*, али не и *поремећајем понашања*, где нису уочене значајне разлике скорова у односу на тип смештаја.

Даље, деца која долазе *са села* имала су више средње скорове *анксиозности* ($Z=-2,566$, $p=0,010$) и *соматских проблема* ($Z=-3,391$, $p=0,001$), док остале разлике нису нађене. Већ је анализом емпиријских синдромских скала уочена веза између склоности ка интернализацији и живота на селу, што је потврђено и на нивоу ДСМ-IV дијагностичких скала, али искључиво за *анксиозност* и *соматске проблеме*, за које, ипак, подсећамо да фреквенцијски доминирају у односу на афективне проблеме код деце нашег узорка.

4.6.2. ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА КЛИНИЧКЕ ПОРЕМЕЋАЈЕ

Моделом мултиваријантне бинарне логистичке регресије, примењеним за сваки појединачан клинички исход на ДСМ-IV оријентисаним скалама, дошли смо до скупова ризико фактора који предвиђају такве исходе. У табеларном приказу који следи, дате су вредности прилагођених односа шанси (adjusted Odds Ratios) за значајне ризико факторе, као и њихов распон за интервал поверења од 95% (Табела 27).

Табела 27: Ризико фактори за клиничке ДСМ-IV поремећаје

| Клинички исход | Независне варијабле | Прилагођени "OR"* (95% интервал поверења) |
|--|---------------------------------|---|
| <i>АФЕКТИВНИ ПОРЕМЕЋАЈ</i> | Школски успех | 0,415 (0,260-0,663), p<0,0001 |
| | Смештај у хранитељској породици | 5,341 (1,150-24,802), p=0,032 |
| | Школска спрема мајке | 3,365 (1,805-6,273), p<0,0001 |
| <i>АНКСИОЗНОСТ</i> | Пол (ж) | 2,308 (1,048-5,083), p=0,038 |
| | Узраст | 1,200 (1,010-1,426), p=0,038 |
| | Школски успех | 0,611 (0,425-0,877), p=0,008 |
| | Национална припадност (Срб.) | 2,898 (1,069-7,853), p=0,036 |
| | Школска спрема мајке | 2,093 (1,229-3,562), p=0,007 |
| <i>СОМАТСКИ ПРОБЛЕМИ</i> | Школски успех | 0,633 (0,422-0,951), p=0,028 |
| | Смештај у хранитељској породици | 9,383 (2,500-35,215), p=0,001 |
| | Број чланова домаћинства | 0,620 (0,437-0,880), p<0,0001 |
| | Запослење оца | 6,048 (2,245-16,293), p<0,0001 |
| <i>ПОРЕМЕЋАЈ ПАЖЊЕ СА ХИПЕРАКТИВН.</i> | Школски успех | 0,484 (0,283-0,829), p=0,008 |
| | Број деце у породици | 1,675 (1,284-2,184), p<0,0001 |
| | Школска спрема мајке | 2,632 (1,186-5,843), p=0,017 |
| <i>ПОНАШАЊЕ СА ПРОТИВЉЕЊЕМ И ПРКОСОМ</i> | Број деце у породици | 1,430 (1,192-1,717), p<0,0001 |
| <i>ПОРЕМЕЋАЈ ПОНАШАЊА</i> | Коефицијент интелигенције | 1,151 (1,057-1,257), p=0,001 |
| | Број деце у породици | 1,309 (1,094-1,567), p=0,003 |

*Прилагођено за: пол, узраст, успех у школи, националну припадност, број деце у породици, број одраслих чланова домаћинства, коефицијент интелигенције, школску спрему и запослење родитеља

Из табеле се види да *афективни поремећаји* зависе од школског успеха, врсте смештаја деце и школске спреме мајке. Бољи школски успех за 59% умањује ризик од испољавања клиничких афективних проблема. Деца која су смештена у хранитељским породицама су, у односу на децу која живе са једним или оба родитеља, под 5 пута већим ризиком од афективних поремећаја. Исто тако, виши степен школске спреме мајке повећава ризик од афективних проблема детета за више од три пута.

Анксиозни поремећај зависи од пола детета, узраста, школског успеха, националне припадности и школске спреме мајке. Девојчице су под два пута већим ризиком за испољавање клинички сигнификантне анксиозности него дечаки. Са сваком годином сазревања, шансе за анксиозне сметње увећавају се за 20%. Бољи успех у школи смањује вероватноћу проблема на овом пољу за 39%. Деца српске националности под готово три пута су већим ризиком од испољавања клиничке анксиозности од деце ромске националне припадности. Сваки виши степен образовања мајке и код ове врсте проблема повећава ризик од клиничких симптома за два пута.

Фактори који значајно утичу на испољавање *соматских поремећаја* су: школски успех, смештај у хранитељској породици, број чланова домаћинства и запослење оца. Бољи школски успех смањује вероватноћу испољавања соматских проблема за 37%. Деца смештена у хранитељским породицама су, у односу на децу која живе са једним или оба родитеља, под 9 пута већим ризиком од испољавања клиничких соматских тегоба. Пораст броја одраслих чланова домаћинства за 1 умањује ризик од клиничке соматизације за 38%. Деца запослених очева су под шест пута већим ризиком од испољавања значајних соматских тегоба.

Поремећај пажње са хиперактивношћу (ADHD) зависи од школског успеха, броја деце у породици и образовања мајке. Још једном, деца са бољим успехом у школи имају 52% мање шансе за испољавање поремећаја. Повећање броја деце у породици за 1 увећава ризик од клиничких проблема са пажњом за 67,5%. Деца образованијих мајки су под више него двоструким ризиком од манифестовања поремећаја пажње са хиперактивношћу.

Једини фактор који значајно предвиђа *понашање са противљењем и пркосом* код деце нашег узорка јесте број деце у породици. Са порастом броја деце за 1, шансе за испољавање поремећаја увећавају се за 43%.

Поремећај понашања условљен је интелектуалним способностима и бројем деце у породици. Наиме, пораст коефицијента интелигенције за јединицу скале, појачава ризик од поремећаја понашања за 15%. Пораст броја деце у породици за један условљава пораст шанси за клиничке проблеме у понашању за 30%.

Евидентно је, још једном, да је лепеза спољашњих фактора који значајно утичу на емоционалне проблеме знатно шира од чинилаца који делују на проблеме социјализације, адаптације и понашања.

4.7. КОМОРБИДИТЕТ

Осим посматрања менталних проблема код деце из угла њихове поларизације на *интернализацију* и *екстернализацију*, сматрали смо да је важно да се процени и заступљеност коморбидних клинички значајних стања. На нивоу целог узорка, код 63 деце (20,26%) скрининг скала показала је постојање клинички значајних интернализованих и екстернализованих сметњи истовремено. Коморбидитет је био фреквентнији код *девојчица*, од којих је чак 27,3% имало двојне клиничке скорове, што је статистички значајна разлика у односу на 15,3% дечака ($\chi^2=6,763$, $df=1$, $p=0,009$). Значајних разлика у фреквенцијама двоструких клиничких скорова било је и међу децом са различитим *школским успехом* ($\chi^2=12,065$, $df=4$, $p=0,017$), где је учесталост опадала са бољим школским перформансама, као и међу децом *српске и ромске националности*, са значајно већом фреквенцијом код деце српске националне припадности ($\chi^2=12,848$, $df=1$, $p<0,0001$). Просечан КИ деце са коморбидном

проблематиком ($AS=60,6$, $SD=9,7$) био је нижи од КИ деце без проблема ($AS=62,5$, $SD=5,8$) и та разлика била је статистички значајна ($t=2,039$, $p=0,042$).

Иако су се многе независне варијабле у униваријантној регресивној анализи показале значајним ризико факторима за двоструке клиничке скорове (пол, узраст, школски успех, КИ, редослед рођења, национална припадност, школска спрема родитеља и запослење мајке), након прилагођавања екстрахована су само два значајна фактора која повећавају ризик од испољавања клиничких коморбидних сметњи (Табела 28).

Табела 28: Ризико фактори испољавања клинички значајних коморбидних сметњи

| Независна варијабла | OR _{прилагођен*} | 95% CI за OR | | p вредност |
|---------------------|---------------------------|--------------|--------|------------|
| | | donji | gornji | |
| Пол | 2,509 | 1,319 | 4,773 | 0,005 |
| Националност | 2,902 | 1,514 | 5,565 | 0,001 |

*Прилагођено за: пол, узраст, школски успех, КИ, редослед рођења, број чланова породице, смештај, националну припадност, образовање и запослење родитеља

Јасно је да на двојне скорове утичу пол и национална припадности. Што се тиче пола, девојчице су под више него двоструким ризиком од испољавања коморбидних поремећаја ($OR=2,509$). Анализом односа шанси за варијаблу националне припадности утврђено је да су деца српске националности под готово троструко већим ризиком од деце ромске националне заједнице ($OR=2,902$).

5. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

Резултати овог истраживања потврђују тезу о повећаној учесталости емоционалних и бихејвиоралних проблема код деце са лаком ИО у односу на децу просечне популације, коју приказују и претходна истраживања. Јасно је да је процена психопатологије у овом истраживању димензионална и да се ослања на ”психометријско-емпиријски” приступ (Wallander et al., 2003: 109), што значи да су критеријуми класификовања засновани на емпиријској предикцији клиничких проблема дефинисаних у категоријалном приступу. У том смислу, подаци о преваленци упоређују се са подацима ранијих истраживања која су користила исти модел дијагностиковања, а који подразумева израчунавање и упоређивање скорова дефинисаних ширих и ужих димензија понашања, које обухватају ајтеме са описима типичних клиничких манифестација. Добијена фреквенција клинички значајних *тоталних проблемских скорова*, који репрезентују укупну психопатологију испитиване деце, од **49,8%**, знатно превазилази учесталост од **10-18%**, која се обично налази код деце без интелектуалне ометености (Wallander et al, 2003, Achenbach & Rescorla, 2001) и приближава се горњој граници распона учесталости од **30-60%** који налазимо у истраживањима различитих аутора који су у истраживачкој дијагностици примењивали емпиријске скале понашања (Wallander et al., 2003, Dekker et al, 2002, Koskentausta et al, 2004, Nachsen et al, 2005). Значај овог резултата постаје још већи ако се узме у обзир чињеница да је у нашем истраживању као критеријум класификације клиничких манифестација за шире димензије и тоталне проблеме узиман Т скор већи од 63, док су остала истраживања уважавала и зону граничних вредности од 60-63, што значи да би преваленца клиничких манифестација у нашем узорку по тим критеријумима била још и већа. Претходна истраживања обухватала су у главном децу са широким распонем способности и нивоа ИО, али без обзира на когнитивне, комуникативне и социјално-адаптивне предности деце са лаком ИО у односу на децу са дубљом ИО, ова категорија испољавала је проминентније бихејвиоралне и емоционалне сметње, које се групишу око анксиозно-депресивних поремећаја и проблема у понашању, при чему су нпр. скорови тоталних проблема, као и екстернализације били највиши у групи деце са

лаком и умереном ИО (Koskentausta et al, 2004). Наше истраживање потврдило је високу учесталост клинички значајних скорова *екстернализованих* сметњи од **46,6%**, која је превазишла учесталост клиничке *интернализације* од **39,2%**, што је налаз који се фреквентно понавља у различитим истраживањима (Wallander et al, 2003, Embregts et al, 2010). Већа учесталост екстернализованих проблема може једноставно бити последица њихове симптоматологије и начина испољавања, јер су бихејвиоралне манифестације дисруптивније и лакше се уочавају од стране особа које информишу о дететовим проблемима. Ранија истраживања потврђују да су маладаптивна понашања код деце са ИО проблеми о којима и родитељи и наставници најчешће извештавају и да, у том смислу, постоји реална опасност занемаривања учесталости и тежине интернализованих-емоционалних потешкоћа. Екстернализоване сметње представљају највећи изазов у васпитању и нези детета, па оне производе и највише негативних ефеката у непосредном социјалном окружењу (Embregts et al, 2010). С друге стране, позната је и тенденција "оспољавања" интернализованих сметњи код деце (и одраслих) са ИО и манифестовања емоционалних проблема, посебно анксиозности и депресивности, кроз иритабилност, промене у понашању, импулсивност и хиперактивност, што може додатно допринети дијагностичкој конфузији и пренаглашености екстернализованих проблема код ове популације деце.

5.1. ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА

Учесталост клиничких скорова појединачних субскала које чине димензију интернализације највећа је за субскалу *анксиозност/депресивност*, а најмања за субскалу *повлачење/депресивност*. Постоји тенденција испољавања интернализованих сметњи пре свега кроз комбинацију анксиозности и депресивних симптома, као и соматске тегобе, а не повлачење, што је резултат супротан неким ранијим истраживањима и на деци опште популације (без интелектуалних сметњи), где се интернализоване сметње најчешће везују за повлачење из социјалних контаката и соматске тегобе, али и истраживањима на деци са ИО, где се такође извештава о

високој фреквенцији повлачења и депресивности у односу на две остале синдромске скупине (Dagnan & Sandhu, 1999, Nachsen et al, 2005). Ипак, фактор нивоа интелектуалне ометености опет се мора узети у обзир. У поређењу са децом просечне популације, највеће разлике у интернализованим сметњама деце са лаком ИО нађене су управо за анксиозност/депресивност и соматске тегобе, док су значајне разлике за децу са тежим облицима ометености пронађене само за повлачење/депресивност (Dekker et al, 2002), што би значило да комбинација анксиозно/депресивних сметњи заиста доминира интернализованом симптоматологијом деце са лаком ИО. Субскала *анксиозност/депресивност* садржи ајтеме који осликавају специфичан конструкт интернализованих тегоба, који обухвата комбинацију анксиозности и депресивности, што је, уз чињеницу о снажним везама ова два патолошка ентитета, показатељ да су код деце нашег узорка доминантне сметње везане управо за ту комбинацију. Јасно је да статистичка структура ове субскеале на неки начин одговара феноменологији коморбидних депресивних и анксиозних симптома, посматрано из перспективе званичних категоријалних приступа, те у том смислу можемо говорити о највећој учесталости мешаних анксиозно-депресивних стања код деце нашег узорка. Већ се дуго у научној и стручној јавности спекулише о природи везе ова два феномена, уз доминацију претпоставки да се ради о заједничкој етиолошкој (генетској) подлози оба поремећаја (*дијатеза*), при чему констелација спољашњих фактора (*стрес*) доводи до испоњаваља једног или другог. Емпиријске скале имају тенденцију да групишу шире кластере сродних психопатолошких феномена у тзв. *синдроме*, па се на тај начин и ова субскала може тумачити ко синдром сродних депресивних и анксиозних тенденција, при чему тешко можемо, само на основу емпиријско-статистичког приступа, закључити који од поремећаја доминира и да ли се уопште ради о коморбидитету. Социјална изолација и повлачење као симптоми интернализације чешћи су код деце са дубљом ометеношћу и ту као индикатори емоционалних проблема доминирају клиничком сликом (Dekker et al, 2002). Анксиозност и депресија су веома често коморбидна стања код деце просечне популације, посебно на старијем школском узрасту и са уласком у адолесценцију (Mash, Barkley, 2003: 301), тако да можемо претпоставити сличне клиничке закономерности и код испитиване деце са лаком ИО. Ово се може објаснити релативном очуваношћу когнитивних капацитета код деце са лаком ИО у односу на

децу која функционишу на дубљим нивоима ометености, који донекле омогућавају присуство когнитивних симптома интернализованих поремећаја, отварајући могућност за испољавање симптома анксиозности, когнитивних дисторзија и елаборације реалности и искустава на негативан начин.

Релативно слабе корелације димензије *интернализације* са димензијом и субскалама *екстернализације* говоре у прилог боље дистинкције емоционалних и бихевиоралних тегоба код деце у нашем узорку, што делимично одступа од налаза ранијих истраживања феномена дијагностичке замагљености симптома менталних поремећаја и бихевиоралних еквивалената интернализованих сметњи код деце са ИО (Reiss et al, 1982, Clarke & Gomez, 1999), који упућују на тешкоће да се емоционални проблеми тачно дијагностикују због склоности ка маскирању симптома проблемима у понашању и прилагођавању. Када се анализирају корелације интернализације и појединачних субскала димензије поремећаја понашања, јасно је да постоји статистички значајна, иако релативно слаба, корелација интернализације са *агресивним понашањем* ($r=0,256$, $p<0,0001$), а да нема корелације са *понашањем са кршењем социјалних норми* ($r=0,094$). У најјачој вези са агресивним понашањем је управо субскала анксиозност/депресивност. Овде се може уочити у многим студијама утврђена веза између емоционалних сметњи (анксиозност, депресивност, повлачење, соматизација) и *агресивности*, присутна посебно на дечјем узрасту (Burke et al, 2005, Kempes et al, 2005). Оно што је карактеристично јесте непостојање корелације између димензије *интернализације* и субскале *понашања са кршењем социјалних норми*, која по ајтемима и емпиријској структури у главном одговара дијагностичкој категорији поремећаја понашања (*conduct disorder*), а познато је да је управо поремећај понашања најчешћа коморбидна дијагноза за анксиозне и депресивне сметње код деце (Arngold et al, 1999). Може се спекулисати да се у овом случају ипак ради о претакању и оспољењу симптома емоционалних поремећаја у манифестне знаке појачане фрустрираности, импулсивности и мањка контроле (в. ајтем - структура субскале *агресивности*, Табела 2), и да, у овој скали емпиријски дефинисано *агресивно понашање*, у одређеном степену представља одраз унутрашњег стања и емоционалних проблема детета, као и карактеристичан начин њиховог манифестовања, посебно као знак емоционалне ускраћености, тражења пажње, мањка самопоуздања и тешкоћа емоционалне контроле,

док *понашање са кршењем норми* представља самосталан психопатолошки ентитет, са основном карактеристикама недограђености вредносног система и недостатка осећања кривице (ајтеми ове субскеале су нпр. крађе, лагање, варање других, лоше друштво, конзумирање дрога и алкохола, изостајање из школе и слично).

5.1.1. ИНТЕРНАЛИЗАЦИЈА И СОЦИО-ДЕМОГРАФСKE И ПЕРСОНАЛНЕ ВАРИЈАБЛЕ

Поређење скорова на димензији интернализације код деце различитог пола, узраста, способности, као и социо-демографског порекла, дало је неке предвиђене, али и неке изненађујуће резултате.

Када је у питању *пол*, није било значајних разлика у скоровима интернализације код дечака и девојчица, што је и очекивано за млађе, доадолесцентне узрасте, али је очекивана сигнификантна предност девојчица у периоду адолесценције, што појединачним поређењем група није потврђено. Девојчице јесу имале више средње скорове на свим субскалама интернализације, али је статистички значајна била само разлика на субскали *повлачење/депресивност*, што одговара универзалном моделу начина испољавања емоционалних сметњи код припадника мушког и женског пола. Наиме, познато је да су девојчице у испољавању емоционалних тегоба склоније руминацији, избегавајућем понашању и социјалној изолацији, што је условљено културолошким утицајима у процесу васпитања и полним разликама у социјалном понашању и интерперсоналним стиловима (Kovacs & Devlin, 1998, Lack & Green, 2009). Због тога не чуди податак да су код девојчица чешћи склоност ка повлачењу, стидљивости, плашљивости и избегавању социјалних контаката. Иако појединачном анализом скорова димензије интернализације није било разлика међу дечацима и девојчицама, па ни појединачним мерењем утицаја пола као фактора ризика (сирови однос шанси), метода мултиваријантне бинарне логистичке регресије (Stepwise Regression) показала је да код девојчица постоји више него двоструко већи ризик од испољавања клинички значајних интернализационих сметњи него код дечака (OR=2,009; CI=1,107-3,646), што је добијено након контролисања осталих независних варијабли.

Поред женског пола, значајне факторе ризика за клиничке скорове интернализације представљали су и: лошији школски успех, ранији редослед рођења, српска национална припадност, виши степен образовања оца, као и виши економски стандард породице (као мерило ове варијабле коришћено је примање социјалне помоћи од државе, комбиновано са ниским образовањем и незапосленошћу родитеља).

Деца са лошијим *школским успехом* имала су више средње скорове свих субскала као и скупне димензије интернализације. Треба напоменути да се однос варијабли *успеха у школи* и поремећаја из домена *интернализације* мора свакако посматрати двосмерно. Наиме, интернализација подразумева повлачење, анксиозност, избегавање социјалних контаката, мањак самопоуздања, соматске тегобе (које узрокују често изостајање из школе), пад концентрације и проблеме с пажњом, што се рефлектује на академску успешност и школске перформансе (Dagnan & Sandhu, 1999). Осим тога, веза ових параметара може указивати и на другачији смер – лошији успех у школи, поновљени академски неуспеси и неспособност да се одговори захтевима школских обавеза повећавају ризик од испољавања депресивно-анксиозних поремећаја, што је у литератури јасно назначено (Heiman & Margalit, 1998, Matson et al, 2006). Академски неуспех утиче негативно на слику о себи и самопоуздање, чинећи дете (адолесцента) осетљивијим на когнитивне дисторзије које мењају слику о себи и свету, чиме настаје погодно тле за развијање интернализованих сметњи.

Фактор ризика за емоционалне сметње представљао је и *ранији ред рођења* детета. Наиме, деца са клинички значајном интернализацијом била су најчешће прворођена (59% тог стратума). Овај резултат поткрепљује тезу да су прворођена деца склонија психопатолошким манифестацијама, посебно из групе интернализованих сметњи (депресија, анксиозност, соматизација, повлачење, мањак самопоуздања), што се делимично објашњава појачаним притиском и очекивањима родитеља, строжијим васпитним мерама и недостатком претходног искуства у одгајању деце (Koskentausta et al, 2007, Wallander et al, 2006). Додатни фактор који штити млађу децу може бити и присуство старијег брата или сестре, од ког се лакше могу, на свакодневној бази и кроз интензивне узајамне контакте, усвајати одређени облици понашања и учити из туђег искуства. Родитељи деце са сметњама у развоју много су вулнерабилнији уколико је то дете прворођено и тада имају много више проблема да прихвате ситуацију и адекватно

се адаптирају. Исто тако, пред прворођеним дететом стоји и опасност претеране бриге и презаштићивања, што се негативно одражава на самосталност, самопоштовање и успешну социјалну адаптацију.

Деца српске националности била су под невероватним пет пута већим ризиком од клиничких емоционалних сметњи него деца ромске националне заједнице. Разлог за то може да лежи у осталим ризико-факторима који утичу на психопатологију уопште, па и на интернализацију, а то су ниво развијености интелигенције, материјално-економски стандард породица, образовање родитеља, као и одређени културолошки фактори већинске заједнице у коју се ова деца укључују. Ромска деца склонија су екстернализацији тегоба и маскирању потешкоћа ектинг-аут понашањем, имају директан стил комуникације, њихово понашање чешће се описује као дисруптивно и за њих је карактеристичан типичан недостатак идентификационих узора међу одраслима, па је, самим тим, и смањен притисак да се задовоље стандарди и очекивања социјалне средине (Глумбић, 2005). Исто тако, у нашем узорку ромска деца су имала значајно више скорове интелигенције, као и бољи школски успех, што упућује на више способности и потенцијалну функционалну ИО, која је последица социо-емоционалне депривације, билингвизма и културолошког диверзитета, а не реалног когнитивног заостајања. Због свега тога, јасно је да постоји разлика у склоности ка психопатологији између српске и ромске деце и да постоје индивидуални, породични и културолошки протективни фактори који умањују вероватноћу интернализованих сметњи код ромске деце.

Виши економски стандард живота породица, који подразумева више образовање родитеља и запосленост, представљао је такође значајан фактор ризика за емоционалне сметње код деце. Објашњење за то може да лежи у већим очекивањима образованијих родитеља, који имају више стандарде у вредновању развоја деце и вероватно су склонији нереалним очекивањима и дисфункционалним реакцијама на дететову ометеност. Запосленост родитеља негативно је утицала на емоционалне потешкоће деце, због смањене фреквенције међусобних интеракција, чешћег одвајања и дисконтинуираног праћења развоја и напретка детета током школовања.

Од осталих фактора, који након регресионе анализе нису укључени у финални предикциони модел, а показују извесне утицаје приликом појединачних поређења

перформанси група, треба поменути и *коэффициент интелигенције*, који је у значајним негативним корелацијама са димензијом интернализације, што сугерише да су више интелектуалне способности заштитни фактор који умањује ризик од емоционалних проблема, што је у складу са претходним истраживањима (Koskentausta et al, 2007, Emerson, 2003). Деца која живе само са оцем, а чија је *мајка преминула* имају највише средње скорове скупне интернализације и повлачења/депресивности ($p < 0,01$), чиме се потврђује значај материнске фигуре у социо-емоционалном развоју детета, као и емоционално - патолошке последице депривације очекиваних развојно неопходних интеракција детета и мајке, што су показала и ранија истраживања (Koskentausta et al, 2007). Скорови скупне интернализације, анксиозности/депресивности и соматизације су у позитивним, значајним, али веома slabим корелацијама са *узрастом* деце ($r = 0,142 - 0,174$), што упућује на чињеницу да у нашем истраживању потврђена хипотеза усложњавања интернализације сметњи са одрастањем. Наиме, било је значајних разлика у средњим скоровима интернализације ($r = 0,019$) код деце различитог узраста, а скорови су показивали стабилан раст почев од 13. године, што се поклапа са уласком у адолесценцију и очекиваним појачавањем социјалних притисака, интензивнијом самоелaborацијом и усложњавањем емоционалних проблема.

5.2. ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА

На димензији *екстернализације*, већа учесталост клиничких скорова добијена је за понашање са *кршењем социјалних норми* (20,26%) него за *агресивно понашање* (15,11%), што је козистентно са ранијим налазима који од бихејвиоралне патологије код ове деце чешће детектују асоцијална понашања, усмерена на супротстављање социјалним правилима (Dekker et al, 2002). Поређењем са децом просечне интелигенције, као и са децом на дубљим нивоима ометености, највећа "предност" деце са лаком ИО управо је везана за асоцијално понашање, које је, уз анксиозност и депресивност, најчешћа форма патологије у овој популацији (Dekker et al, 2002, Ruiters et al, 2007). На дубљим нивоима ометености агресивна испољавања имају примат,

представљајући основне елементе тзв. изазовних понашања (challenging behaviors), која могу да садрже различите елементе психопатологије, од самоповређивања до агресије усмерене на спољашњу средину и најчешће су везана за манифестовање унутрашњег дискомфора или представљају универзалну реакцију на неку промену у социјалној средини, рестриктивну васпитну меру или појачан стрес. Појачана агресивност се, у популацији деце са ИО, везује такође и за присуство поремећаја из аутистичног спектра, што је коморбидна патологија која није присутна код деце нашег узорка (критеријум за искључивање). Ипак, учесталост клиничких скорова агресивног понашања код деце нашег узорка такође није занемарљива, што се делимично може приписати веома високој учесталости позитивних оцена (1и2) за поједине ајтеме ове субскеале, посебно за ајтем 19. *Тражи пуно пажње*, као и ајтеме 77. *Захтевима се мора одмах удовољити, лако се фрустрира*, 87. *Нагло мења расположења или осећања*, 88. *Често се дури* 89. *Сумњичав је* и 95. *Лако плане*, који имају преко 80% позитивних оцена. Понашања која покривају ови ајтеми на неки начин су блиска конститутивним карактеристикама деце са лаком ИО, коју одликују тешкоће емоционалне контроле и инхибиције, ниска толеранција на фрустрације и интензивнија потреба за спољашњим поткрепљењем, тако да је очекивано овако фреквентно испољавање проблема из домена агресивног понашања. Агресивност је, као што је већ објашњено у претходном поглављу, у корелацији са емоционалним потешкоћама, док кршење социјалних норми није, што опет указује да би агресивни испади бар делимично могли да представљају одраз емоционалних проблема и код деце са лаком ИО. Примат клиничких скорова кршења социјалних норми може бити делимично и последица начина на који наставници доживљавају понашање деце, чешће уочавајући дисруптивна понашања која подразумевају непоштовање одређених норми постављених у школској средини, а посматрајући толерантније она која се донекле сматрају конститутивном карактеристиком ометеног детета, а спадају у домен агресивних испада. Ајтеми субскеале кршења норми који су код великог броја деце (91%) добили позитивне оцене (1 или 2) су они који се односе на кашњење у школу и неоправдане изостанке, што је заиста честа појава у специјалним школама, као и они који подразумевају кршење школских правила и изостанак осећања кривице због лошег понашања, што су такође универзалне особине ученика ових школа, што је могло утицати на наглашенију

фреквенцију клиничких скорова субскеале која садржи те ајтеме. Интересантно је истаћи да се унутар субскеале кршења социјалних норми налазе и два ајтема на којима ни један ученик није оцењен ни са 1 или 2, а то су ајтеми: 96. *Често мисли о сексу* и 105. *Користи алкохол или дрогу*, тако да се може закључити да они не морају бити индикативни кад је у питању процена понашања деце са лаком ИО и да би можда требало извршити прилагођавање ајтемске структуре скеале када је у питању њена примена код ове деце.

5.2.1. ЕКСТЕРНАЛИЗАЦИЈА И СОЦИО-ДЕМОГРАФСКЕ И ПЕРСОНАЛНЕ ВАРИЈАБЛЕ

За разлику од димензије интернализације, на коју утиче нешто шири спектар испитиваних ризико фактора, клиничке бихејвиоралне сметње код деце нашег узорка, по симултаном регресионом моделу, условљене су висином коефицијента интелигенције, бројем одраслих чланова домаћинства, бројем деце у породици и боравком детета у дому за децу без родитеља. Виши коефицијент интелигенције је повезан са манифестовањем озбиљнијих бихејвиоралних сметњи, посебно *понашања са кршењем социјалних норми*. Деца са клиничким скоровима понашања са кршењем социјалних норми имала су значајно виши просечан коефицијент интелигенције од деце без клиничких скорова ($p < 0,0001$), што није уочено када је у питању агресивно понашање. За то је делимично заслужна чињеница да је значајно кршење норми било много чешће присутно код деце *ромске популације* и да представља једини облик психопатологије где су ромска деца предњачила висином скорова, а већ је истакнуто да су она виших просечних интелектуалних способности од деце српске националности и да су академски успешнија. У подгрупи деце са клиничким скоровима *кршења социјалних норми* чак 78% представљају ромска деца. Већ је указано на одређене специфичности деце ромске популације у специјалним школама које припадају доминантној већинској српској култури. Познато је да ова деца, као припадници субкултуре и мањинске националне групе, потичу најчешће из социо-културно депривираних средине, са ниским животним стандардом и недовољном едукативном

просвећеношћу, што може значајно утицати на њихово понашање у школи, посебно ако се узме у обзир могућност да се, узимајући у обзир тако неповољне социо-демографске утицаје и културолошке различитости, код њих ради о функционалној интелектуалној ометености, а не о конститутивном развојном заостајању. Ајтми скале кршења социјалних норми управо одговарају најчешћим замеркама наставника специјалних школа на понашање ромске деце, тако да је то вероватно утицало на исход њихове процене. Наиме, ромска деца се најчешће "оптужују" за неповиновање правилима, пружање отпора било каквој организацији, склоност лагању, варању, кашњење на часове, као и учествовање у крађама, организованим тучама и сл., што се може донекле сматрати "профилом" поједине ромске деце у специјалним школама.

Смештај детета у дому за децу без родитеља показао се као значајан ризико фактор за испољавање клинички значајних бихејвиоралних проблема. У односу на децу која живе са родитељима, ова деца су под скоро пет пута већим ризиком. Највећа разлика скорова на димензији екстернализације, а везано за смештај детета, уочена је за скорове субскале *кршења социјалних норми*, где су деца из домова имала највише средње скорове. То се може лако разумети, ако се узму у обзир смањене могућности мониторинга дечјег понашања у таквим условима, с обзиром на уобичајено непропорционалан број деце и васпитача, када су и смањене могућности успостављања блиских контаката и дубљих емоционалних веза, које су неопходан услов за позитивну идентификацију и учење адекватних образаца понашања. То је вероватно и један од разлога што се смештај деце без родитеља све више ослања на процес хранитељства или усвојење, ако адекватније замене за примарну, биолошку породицу. Наравно, постоји још читав низ фактора који доводе до психопатологије код деце без родитељског старања, као што су питања ране емоционалне депривације, генетско-конститутивни фактори или злостављање и занемаривање, тако да су за већа уопштавања на овом плану потребна додатна истраживања.

Породица са више деце показала се као неповољан фактор за бихејвиоралне сметње код деце, јер је свако дете више повећавало ризик маладаптације за 50%. Разлике су, опет, посебно изражене када је у питању *понашање са кршењем социјалних норми*. Објашњење за то може лежати, такође, у смањеној могућности мониторинга и недовољној контроли дечјег понашања, али и у чињеници да су управо ромске

породице, из којих се регрутује највећи број деце са сметњама понашања у нашем узорку, управо породице са највише деце. Проблеми у понашању били у израженији код деце чије породице имају нижа примања, добијају социјалну помоћ и где су присутни нижи степен образовања и већа стопа незапослености родитеља, што опет чешће одговара профили ромске него српске породице у нашем истраживању. Очигледно је да неповољни социо-економски фактори снажно утичу на бихејвиоралне сметње и појачавају ризик од асоцијалног и антисоцијалног понашања, што је конзистентно са ранијим налазима (Koskentausta et al, 2007, Emerson & Hatton, 2007, Embregts et al, 2010). Интересантно је напоменути да ови неповољни социјални фактори утичу скоро искључиво на *асоцијално понашање и кршење социјалних норми*, али не и на *агресивно понашање*, где нису пронађене значајније разлике међу групама деце упоређиваним по различитим социо-демографским варијаблама. Очигледно је да ове две врсте маладаптивног понашања, на основу резултата овог истраживања, следе другачији етиолошко-развојни пут, при чему кршење социјалних норми и склоност асоцијалном и антисоцијалном понашању много више него агресивно понашање, зависи од спољашњих фактора, док је утицај развојних фактора, као и веза са интернализованим сметњама много израженији код агресивности.

Истраживање није потврдило раније налазе о смањивању изражености екстернализованих сметњи код деце са ИО са *узрастом* (Nieuwenhuijzen van et al, 2006, Ruiters de et al, 2007) јер није било значајних разлика у фреквенцијама клиничких скорова, нити разлика у висинама средњих скорова код деце различитог узраста. Оно што је, ипак, конзистентно претходним налазима јесте да је највећа фреквенција клиничких бихејвиоралних проблема присутна у периоду средње адолесценције, јер су, у нашем узорку, фреквенције клиничких скорова највеће код деце старе од 12 до 15 година, с тим што ни након тог периода не налазимо значајан пад тих фреквенција. Исто тако, изненађење представља и непостојање разлика између *дечака и девојчица* у висини скупних скорова екстернализације, као и скорова кршења социјалних норми и агресивног понашања, зато што резултати ранијих истраживања предвиђају већу склоност екстернализованим сметњама и озбиљнију бихејвиоралну патологију код дечака (Dekker & Koot, 2003, Dekker et al, 2002). Штавише, девојчице су имале више

средње скорове свих скала екстернализације, али разлике нису биле статистички значајне.

5.3. СОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ, ПРОБЛЕМИ МИШЉЕЊА И ПАЖЊЕ

Највећи проценат скорова који су превазилазили клиничку границу од $T=70$ на нивоу појединачних субскала добијен је за субскалу *социјалних проблема*, где је чак 25,4% деце имало клинички значајне скорове. Налази у литератури, који се односе на резултате коришћења ТРФ скале понашања, наглашавају поларизацију проблема на димензије екстернализације и интернализације, ослањајући се на скорове субскала које припадају овим димензијама, док наше истраживање у фокус ставља управо субскалу *социјалних проблема*, која по статистичким карактеристикама инструмента не припада ни једној од ширих димензија, што значи да би ајтеми те субскале могли бити осетљивији на специфичности проблематике ове популације деце. Ранија истраживања и потврђују да су социјални проблеми и усвајање социјалних норми оно што највише разликује децу са ИО од вршњака просечног развоја, у смислу кашњења развоја социјалних вештина и знатно сиромашнијих социјалних односа. Уколико се погледају појединачни ајтеми ове субскале, може се приметити да међу њима има доста оних који одговарају некој врсти "личности лако интелектуално ометеног детета", онако како је најчешће виде наставници и остали учесници у васпитном процесу, где се такво дете најчешће означава као детињасто, незрело, претерано зависно, склоно љубомори, социјално неприлагођено, са проблемима уклапања у социјални колектив. Можда је то један од разлога што у нашем узорку има највише клинички значајних скорова управо на овој субскали коришћеног инструмента. И претходна истраживања потврдила су значај субскала *социјалних проблема*, *проблема мишљења* и *пажње* у процени и манифестовању психопатологије код деце са ИО, јер су управо на њима деца са ИО најчешће имала клинички значајне скорове. Неки аутори наглашавају да проблеми које обухватају ове субскале треба да буду у фокусу интересовања клиничара и истраживача који се баве децом са ИО, јер вероватно садрже есенцијалне проблеме који карактеришу

ову популацију и њиховим занемаривањем тиме што се ослањамо на скорове ширих димензија интернализације и екстернализације ризикујемо да не узмемо у обзир саму срж проблематике (Dekker et al, 2002, Nachsen et al, 2005).

За разлику од високе учесталости *социјалних проблема*, утврђена је релативно ниска фреквенција клиничких скорова *проблема пажње*, само 6,11%, што одступа од ранијих истраживања, која наглашавају да су проблеми пажње доминантан вид придружених сметњи код деце са ИО (Dekker et al, 2002, Koskentausta et al., 2004). Познато је да деца са интелектуалном ометеношћу често испољавају импулсивност, тешкоће концентрације и самоконтроле, проблеме у учењу и ниске академске перформансе, као и потешкоће у извршавању школских задатака и хиперактивност, што није доминирало проблематиком код деце нашег узорка. Истраживања наглашавају да се симптоми поремећаја пажње код деце са граничним способностима и лаком ИО испољавају на исти начин као и код деце без ометености, тако да постоји могућност да ниска фреквенција клиничких скорова у нашем узорку осликава ту сродност симптоматологије. Исто тако, поремећај пажње код деце са лаком ИО дијагностикује се знатно ређе у едукативним срединама које одговарају способностима деце, што може значити да специјална школа својим функционалним приступом и индивидуализацијом наставе умањује типичне проблеме концентрације, селективности пажње и хиперактивности који се јављају уколико едукативни захтеви превазилазе способности детета (Antshel et al, 2006). Та непримереност едукативних захтева управо би и могла бити разлог важеће веће преваленце поремећаја пажње код деце са лаком ИО. Још увек, на жалост, не постоје валидни дијагностички инструменти који би детектовали типичне симптоме поремећаја пажње код ове деце истовремено их екстрахујући из шире слике синдрома ниских интелектуалних способности.

Ниска фреквенција клиничких скорова *поремећаја мишљења* била је и очекивана, с обзиром на то да су из овог истраживања искључена деца са клиничким психијатријским дијагнозама, посебно деца са синдромима из аутистичног спектра и осталим первазивним развојним поремећајима, где би се могла очекивати повећана учесталост озбиљнијих девијација у мишљењу и понашању, тј. присуство ригидности, репетитивности, халуцинација, самоповређивања, опсесивно-компулзивних тенденција и сличних карактеристика. Ипак, изненађује да је фреквенција тих понашања ипак била

већа од фреквенције проблема с пажњом, вероватно зато што велики удео у коначним скоровима имају следећи ајтеми субскеале проблема мишљења: ајтем број 9. *Не може да се ослободи неких мисли/опсесија*, број 46. *Има нервозне покрете или трзаје* и број 58. *Копи нос, гребне кожу или друге делове тела*, који имају највећу фреквенцију позитивних одговора (означени са 1 или 2) код деце нашег узорка и који показују извесну већу учесталост у односу на остале ајтеме те субскеале.

Корелације скорова *социјалних проблема* су снажније са димензијом *интернализације*, а проблема *пажње* са димензијом *екстернализације*, што је у складу са налазима факторске анализе и засићеносћу неутралних синдромских субскеала на ширим факторима. Наиме, засићеност социјалних проблема фактором интернализације је 0,52, а фактором екстернализације 0,42. За проблеме пажње засићеност фактором екстернализације је 0,55, а интернализације само 0,25, што заиста сугерише јачу везу проблема пажње са екстернализацијом, а социјалних проблема интернализацијом (Achenbach & Rescorla, 2001, стр. 94). *Социјални проблеми*, као доминантан вид сметњи код деце нашег узорка, повезани су са ризиком од испољавања клинички значајне *интернализације*, али и *екстернализације*. Без обзира на то што су корелације скорова биле знатно веће за социјалне проблеме и интернализацију, клинички скор социјалних проблема је за чак пет пута повећавао ризик од испољавања значајних бихејвиоралних сметњи, посебно агресивног понашања, а скоро четири пута ризик од испољавања интернализацијом проблема који прелазе клиничку границу. Тиме се додатно потврђује значај ове субскеале примењеног инструмента у процени психопатологије деце са ИО. Јасно је да социјални дефицити карактеристични за децу са лаком ИО доприносе моделовању психопатолошких манифестација, што ово истраживање и потврђује. Спорост развоја социјалних вештина и дефицит социјалне когниције доводе до уначајних тешкоћа уклапања у социјалну групу и развијања социјално пожељних понашања, што може резултирати израженом маладаптацијом, агресивношћу и интернализацијом проблема. Дефицитарне социјалне вештине имају двоструку везу са испољавањем психопатологије код ове деце. Постојање анксиозно/депресивних тенденција може негативно утицати на социјално уклапање и изазивати негативне реакције социјалне средине (социјално одбацивање), а с друге стране, социјални проблеми, неразвијеност социјалних вештина и друштвена изолованост могу сами по

себи утицати на појачавање депресивних симптома, као и анксиозности и даљег повлачења из друштвених контаката. Дефицит разумевања социјалних правила, тешкоће контроле импулса и низак праг толеранције фрустрација, с друге стране, ствара погодне услове за манифестовање агресивности и развој маладаптивног и асоцијалног понашања, што опет појачава социјалну изолованост и смањује вероватноћу позитивног социјалног учења. Спрега психопатолошких испољавања зависи и од карактеристика саме социјалне средине у којој дете обитава, са посебним нагласком на типове поткрепљиваних понашања и односе актера социјалних интеракција према бихејвиоралним испољавањима детета. Социјално поткрепљење, карактеристике идентификационих узора и начини моделовања негативних бихејвиоралних образаца кључни су у мониторингу и кориговању децјег понашања. С тим у вези, средина као што је специјална школа, вероватно не може у потпуности да одговори задатку социјалне интеграције детета које се припрема за живот у отвореној средини. Доказ за то је велика фреквенција социјалних потешкоћа, као и проблема понашања код деце нашег узорка.

Проблеми пажње, с друге стране, показују неку врсту искључивог афинитета према екстернализованим сметњама. Логистичка регресиона анализа показала је да клинички значајне тешкоће пажње чак осамнаест пута повећавају ризик од испољавања клинички значајне *екстернализације*, док на клиничку *интернализацију* утичу знатно слабије (однос шанси прилагођен за конфундирајуће варијабле није био статистички значајан, иако сирови јесте). Само једно од 19 деце нашег узорка са клинички значајним тешкоћама пажње није имало клинички значајан скор екстернализације. Већ је позната веза између поремећаја пажње и проблема у понашању, коју потврђују многа истраживања, наглашавајући значајне бихејвиоралне проблеме деце са ИО, посебно у раној адолесценцији, која имају симптоме поремећаја пажње са хиперактивношћу ("*ADHD*", по ДСМ-IV) у односу на ону која немају (Aman, 1996 ро Došen & Day, 2001: 10). Деца са поремећајима пажње и ИО чешће испољавају коморбидне сметње понашања, као што су: агресивност, понашање са противљењем и пркосом или асоцијално понашање (Antshel et al., 2006), што је потврђено и нашим резултатима.

5.4. ДСМ-IV СИНДРОМИ

ДСМ-IV синдромске скале дале су могућност кластерисања проблема деце у категорије које одговарају стандардним дијагностичким системима. Највећа учесталост клинички значајних скорова добијена је за *анксиозност* (17,4%) и *поремећај понашања* (15,11%), а најмања за *поремећај пажње са хиперактивношћу* (6,75%). Овакав налаз одговара распону који је добијен на основу претходних истраживања која су се ослањала на категоријалан приступ, осим што се фреквентно пријављује највећа учесталост поремећаја понашања, док у нашем узорку доминирају анксиозне клиничке сметње (Dekker & Koot, 2003). Исто тако, учесталост поремећаја пажње знатно је већа у ранијим истраживањима, што је већ назначено и у поглављу дискусије резултата емпиријских скала. С обзиром на ајтеме емпиријских скала које садрже ове ДСМ-IV оријентисане скале, оваква расподела клиничких скорова конзистентна је налазима димензионалне процене објашњене у претходном поглављу, зато што ајтеми скале анксиозности припадају махом статистичкој синдромској субскали анксиозности/депресивности, док ајтеми поремећаја понашања потичу махом из субскале кршења социјалних норми.

Мултипли регресиони модел дефинисао је комбинације ризико фактора који утичу на испољавање ДСМ- IV клиничких поремећаја, са највећом разноликошћу ризико фактора везаних за испољавање *анксиозности*. Овде је такође евидентна већ истакнута поларизација предиктивних фактора који се односе на емоционалне проблеме и оних који узрокују проблеме у понашању. Наиме, женски пол, српска национална припадност, лошији успех у школи и више образовање родитеља представљају факторе који негативно утичу на испољавање анксиозности, афективних поремећаја и соматских проблема, док већи број деце у породици и виши коефицијент интелигенције и овде доводе до веће вероватноће испољавања сметњи у понашању. То је, очекивано, слика коју смо видели и приликом тумачења ризико фактора за клиничке скорове димензија интернализације и екстернализације у емпиријском делу скале. Оно што је новина јесте чињеница да на клиничку *анксиозност*, посматрано у овом случају одвојено од симптома депресивности, утиче и *узраст* деце, са већим ризиком код деце старијег узраста (OR=1,200, 95% CI: 1,010-1,426), што одговара ранијим налазима о

усложњавању анксиозне проблематике са узрастом (Ruiter de et al, 2007), као и *виша школска спрема мајке* (OR=2,093, 95% CI: 1,229-3,562), што може бити доказ веће забринутости због ометености детета, чешћег презаштићивања, јаче контроле и већег притиска на дете од стране образованијих мајки. С друге стране, додатни фактор који се појављује као значајан у моделовању *афективних и соматских поремећаја* јесте смештај детета у хранитељској породици, који чак девет пута повећава ризик од испољавања клиничких *соматских проблема*, а пет пута од испољавања *афективних поремећаја* (Табела 30). Јасно је да одвајањем ајтема који се односе на анксиозност и депресију добијамо и неке нове значајне утицаје, посебно боравак у хранитељској породици, који значајно увећава шансу за патолошку *депресивност*, што је очекивано с обзиром на емоционалну депривацију, проблеме раног везивања, негативну слику о себи и честе промене старатеља и хранитељских породица којима су ова деца изложена (Rutter, 2000). Значајан ризик од испољавања депресије и соматске проблематике код ове деце може бити последица "примарне афективне глади" (Levy, 1937) и потребе да се на неки начин окупира пажња старатеља и добије емоционална сатисфакција. Јасно је да деца без родитеља испољавају различит спектар емоционалних и бихејвиоралних проблема, с тим што се чини, на основу наших налаза, да су код деце са лаком ИО у институционалном смештају (домови за децу) фреквентнији проблеми у понашању, хиперактивност и маладаптација, који су последица недостатка идентификационих узора и адекватног мониторинга, негативног социјалног учења, мањка осећања кривице и емпатије, а код деце смештене у хранитељским породицама емоционалне потешкоће, посебно депресија и соматски проблеми, као одраз осиромашеног афективитета, емоционалне депривираности и смањене могућности за успостављање трајних и дубљих емоционалних веза са значајним особама.

5.5. КОМОРБИДИТЕТ

Поред *хомотипичног* коморбидитета, који је карактеристичан за коегзистирање више поремећаја из исте дијагностичке скупине – димензије, а који је већ објашњен на

примерима поремећаја пажње и понашања (екстернализација) и анксиозности и депресивности (интернализација), при чему треба нагласити и да је груписање синдрома у шире димензије само по себи последица уочене коморбидности и блискости одређених поремећаја, значајно питање везано је и за коегзистирање менталних сметњи које припадају различитим категоријама/димензијама, што се означава термином *хетеротипични* коморбидитет. Познато је да се обе врсте коморбидитета фреквентно јављају код деце (Arngold et al, 1999), што је типично и за децу са сметњама у интелектуалном развоју. Посматрано димензионално, коегзистирање клинички значајне скупне *интернализације* и *екстернализације* код деце нашег узорка било је присутно у 20,26% случајева, док ранија истраживања пријављују фреквенције од 15% (Emerson, 2003) до 20% (Weiss et al, 2003). Фактори који су значајно предвиђали коморбидна стања јесу женски пол, са више од два пута већом вероватноћом придружених сметњи и српска национална припадност, где је ризик већи готово три пута у односу на децу ромске националности. Очигледно је да наше истраживање показује значајно веће проблеме код девојчица него код дечака са лаком ИО, без уобичајено прихваћеног "афинитета" мушког пола за проблеме у понашању или коморбидне сметње, јер је ризик за девојчице у свим сегментима већи. Деца српске националности, с обзиром на ниже интелектуалне потенцијале, лошији успех и више скорове на скоро свим скалама овог инструмента (осим субскеале кршења социјалних норми) очекивано имају и већи ризик од испољавања коморбидних клиничких феномена.

6. ЗАКЉУЧЦИ И ПРАКТИЧНЕ ИМПЛИКАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Из спроведене студије могу се извести следећи закључци:

1. Учесталост бихејвиоралних и емоционалних сметњи код деце са лаком ИО, изолованих и коморбидних, мерено на основу података чек-листе понашања, бар три пута је већа од оне коју срећемо код деце без ометености. С обзиром на то да је ово истраживање обухватило само децу са лаком ИО која немају придружене сметње, дијагностиковане психијатријске поремећаје, ни генетску и неуролошку патологију, ова учесталост мора се сматрати веома великом. Тако велика учесталост клинички значајних тегоба, које су недијагностиковане и нетретиране, треба да алармира научну, а посебно стручну јавност која се бави овом децом на проблем занемаривања психопатологије код ове популације због раширеног тренда приписивања знакова и симптома менталних болести базичном синдрому интелектуалне ометености, без разматрања могућности да се ради о двојној дијагнози.

2. Клинички значајни проблеми у понашању код деце са лаком ИО чешћи су од интернализованих тегоба и то је тренд запажен на свим узрастима, од детињства до касне адолесценције. Такође, са узрастом не долази до смањења фреквенција значајних проблема, с тим што је најризичнији период ране адолесценције, када постоји највећа учесталост емоционалних сметњи, поремећаја у понашању, као и њихове комбинације. Потребно је уочити специфичне проблеме са којима се ова деца срећу уласком у адолесценцију и на томе базирати превентивне програме. Чињеница да се екстернализоване сметње не побољшавају с узрастом треба да укаже на потенцијалне ризике развијања озбиљних асоцијалних и антисоцијалних понашања у одраслом добу, посебно уколико постоји коморбидитет са емоционалним тегобама, што такође спада у домен терцијално превентивних програма обухвата и праћења адолесцената са лаком ИО након завршетка школовања и по почетку самосталног живота у социјалној средини.

3. Од *интернализованих* сметњи најчесталије су анксиозне тегобе у комбинацији са симптомима депресивности и соматским сметњама. Ова деца нису склона социјалном повлачењу, симптомима ексцесивне туге и губитка енергије, већ се чешће ради о агитираној депресивности, иритабилности и испољавању унутрашњих сметњи кроз оспољене симптоме, било да се ради о вегетативно-соматским проблемима, било да су у питању манифестни страхови и бриге или често плакање, потреба да се привуче пажња особа из окружења, низак фрустрациони праг, мањак самопоуздања, тешкоће прихватања себе и сумња у своје способности. Од *екстернализованих* тегоба најчесталије је понашање са кршењем социјалних норми, што јасно указује на проблеме социјалне когниције, учења и развијања социјалних вештина и упућује на чињеницу да брига о социјалном развоју ове деце треба да буде у фокусу свих релевантних социјалних структура, посебно примарне породице и едукативно-васпитних институција.

4. На емоционалне проблеме и поремећаје у понашању код испитиване деце значајно утичу пол, узраст, национална припадност, успех у школи, ниво интелектуалних способности, као и фактори породичне и шире социјалне средине. Спектар утврђених фактора који повећавају ризик од емоционалних тегоба шири је од групе фактора ризичних по проблеме у понашању. Више интелектуалне способности и бољи школски успех, али, с друге стране, низак социо-економски статус породице, незапосленост родитеља, живот у непотпуној породици, као и припадност ромској националној заједници, значајно повећавају ризик од поремећаја у понашању, посебно (асоцијалног) понашања са кршењем социјалних норми. Чињеница да нису нађене разлике у екстернализацији код дечака и девојчица може да буде потврда већ примећеног тренда брисања "полне преференције" код поремећаја у понашању и знак да такве сметње код девојчица имају тенденцију да постају све експлицитније, при чему се прикривене форме агресивности и суптилна асоцијална проблематика типичне за девојчице све више претварају у спољашње, лакше уочљиве знаке поремећаја понашања. Припадност субкултури, јасно, угрожава усвајање и поштовање стандарда понашања у већинској културној заједници, што може бити разлог учесталије социјалне проблематике код ромске деце. С обзиром на то да она, за сада, чине већину ученика специјалних школа, потребно је озбиљније узети у обзир услове живота, ако и

културолошке и језичке различитости и баријере у процесу едукације и васпитавања ове деце у школама. За разлику од поменутих утицаја, на емоционалне проблеме утичу ниже интелектуалне способности, лошије академске перформансе, женски пол, ранији ред рођења, припадност већинској, српској, националној заједници, као и, изненађујуће, виши социо-економски стандард породица, виши степен образовања и запосленост родитеља. Изгледа као да постоји поларизација спољашњих фактора чији се утицаји групишу у повећавању ризика од једног и другог пола психопатологије.

5. *Социјални проблеми* представљају темељ на ком почивају емоционалне и бихејвиоралне тегобе код деце са лаком ИО, с обзиром на то да предвиђају и клиничку интернализацију и клиничку екстернализацију. У овом тернутку, друштво, породица и институције васпитања и образовања нису у потпуности способни да одговоре на задатак социјалног развоја и интеграције ове деце, зато што нису створени прилагођени услови који одговарају њиховим карактеристикама и способностима. Чињеница да су информације наставника послужиле као основа за извођење овог истраживања довољно илуструје колико је, у тако неприлагођеним условима, тешко задовољити њихове потребе и од њих створити социјално интегрисане, успешне и задовољне чланове друштва.

7. МЕТОДОЛОШКА РАЗМАТРАЊА

Студија је спроведена на довољно великом, случајном, репрезентативном узорку деце са лаком ИО, тако да се изведени закључци, у том смислу, могу сматрати валидним и погодним за генерализацију. Поред тога, узорак истраживања прочишћен је у смислу нивоа интелектуалне ометености, као и етиолошких фактора и придружених сметњи, што је дозволило фокусирање на социо-демографске и едукативне факторе значајне за испољавање психопатологије код ове популације. Намера истраживача је и била усмерена на идентификовање фреквенције клинички значајних, а недијагностикованих случајева различитих димензија психопатологије.

Процена деце заснована је на чек – листи (ТРФ) која се већ дуже време користи у нашој средини за дијагностиковање проблема код деце просечне популације, али која, на жалост, до сада није коришћена у процени деце са интелектуалним сметњама. Поузданост и валидност овог инструмента, када је у питању популација деце са лаком ИО, доказане су у различитим студијама страних аутора, али не можемо рећи да имамо податке из наше средине, тако да су те емпиријске погодности претпостављене. Наравно, потребно је извршити провере валидности и поузданости и у нашој средини, па тек онда донети закључак да је инструмент погодан за популацију којој се намењује. Исто тако, свеобухватна процена на основу ове чек листе подразумева систем мултиплих информаната и поређења резултата, што наше истраживање није обезбедило, пре свега због великих проблема у сарадњи са родитељима укључене деце, као и чињенице да се, у главном, радило или о родитељима који и сами имају ометеност у интелектуалном развоју, па тиме и когнитивне проблеме и потешкоће са писаним говором, или о родитељима ромске националне припадности, који су већином имали веома низак ниво образовања и базичне писмености. Вредна напомена је и подсећање да процена на основу коришћеног емпиријског инструмента нема клинички значај док се не комбинује са стандардном клиничком опсервацијом и критеријумима дијагностиковања поремећаја.

Ово истраживање замишљено је као студија пресека и у том смислу подразумева примену система процена у једном одређеном тренутку. Позната су ограничења таквог

дизајна у истраживању психопатологије код деце, пре свега зато што не даје информације везане за развојни ток и прогнозу поремећаја, које може да обезбеди само лонгитудиналан приступ. Ипак, намера аутора била је да изврши прелиминарну процену учесталости и типова психопатологије код деце са лаком ИО, да би нека будућа истраживања у нашој средини могла да је користе као полазну основу за дубље анализе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Helplessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychol Rev* 1989; 96: 358-72.
2. Achenbach TM. *Child Behavior Checklist for Ages 4-18 (CBCL)*. Burlington, VT: University of Vermont Press; 1991.
3. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull* 1978; 85:1275-301.
4. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2001.
5. Ainsworth P, Baker PC. *Understanding Mental Retardation*. MS, USA: University Press of Mississippi Jackson; 2004.
6. Allen J. *Inclusion, Participation and Democracy: What is the Purpose?* Netherlands: Springer; 2003.
7. American Association on Intellectual and Developmental disabilities. *Intellectual Disability: Definition, Classification and Systems of Supports*, 11 th edition. USA: Washington DC; 2010
8. Antshel K, Phillips MH, Gordon M, Barkley R., Faraone SV. Is ADHD a valid disorder in children with intellectual delays? *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 555-72.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Ed. Arlington, VA; 2000.
10. Argus GR, Terry PC, Bramston P, Dinsdale SL. Measurement of mood in adolescents with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2004; 25: 493-507.
11. Arngold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiat* 1999; 40(1): 57-87.
12. Baker BL., McIntyre LL, Blacher J, Crnic K, Edelbrock C, Low C. Pre-school children with and without developmental delay: behavioral problems and parenting stress over time. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47 (4/5): 217-30.
13. Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York, USA: Guilford Press; 1998.

14. Barton B, North K. Social skills of children with neurofibromatosis. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46: 553–63.
15. Bean AG, Roszkowski MJ. Item-Domain Relationships in the Adaptive Behavior Scale (ABS). *Appl Res Ment Retard* 1982; 3: 359-67.
16. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York, USA: Harper & Row; 1967.
17. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pensilvania Press; 2009.
18. Bell MV et al. Physical mapping across the fragile X: Hypermethylation and clinical expression of the fragile X syndrome. *Cell* 1991; 64 (4): 861-6.
19. Bellanti CJ, Bierman KL. Disentangling the impact of low cognitive ability and inattention on social behavior and peer relationships. *J Clin Child Psychol* 2000; 29: 66-75.
20. Bennet-Gates D, Zigler E. Resolving the developmental-difference debate: an evaluation of the triarchic and systems theory model. In Burack JA, Hodapp RM, Zigler E. (Eds.). *Handbook of mental retardation and development*: 209–239. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1998.
21. Bigby C, Fyffe C, Ozanne E. *Planning and Support for People with Intellectual Disabilities*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 2007.
22. Biro, M. *Samoubistvo – psihologija i psihopatologija*. Beograd: Nolit; 1982.
23. Blair RJR. A cognitive developmental approach to morality: investigating the psychopath. *Cognition* 1995; 57: 1-29.
24. Blair RJR. Moral reasoning in the child with psychopathic tendencies. *Pers Individ Differ* 1997; 22: 731-39.
25. Blair RJR., Monson J, Frederickson N. Moral reasoning and conduct problems in children with emotional and behavioral difficulties. *Pers Individ Differ* 2001; 31: 799-811.
26. Borthwick-Duffy, SA. Epidemiology and prevalence pf psychopathology in people with mental retardation. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 17-27.
27. Borthwick-Duffy SA, Lane KL, Widaman KF. Measuring Problem Behaviors in Children with Mental Retardation: Dimensions and Predictors. *Res Dev Disabil* 1997; 18(6): 415-33.

28. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1: Attachment. New York, USA: Basic Books; 1969.
29. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York, USA: Basic Books; 1980.
30. Brazelton T, Kramer BG ().: Драма раног везивања. Београд: ZUNS; 2002.
31. Brereton AV, Tonge BJ, Einfeld SL. Psychopathology in Children and Adolescents with Autism Compared to Young People with Intellectual Disability. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 863-70.
32. Breton J, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, Georges St M, Houde L, Lepine S. Quebec Children Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 375-84.
33. Bruininks RH, Woodcock RW, Weatherman RF et al. Scales of independent behavior revised (SIB-R). Toronto: Thomas Nelson Corp; 1996.
34. Brunner HG et al. Abnormal behaviour associated with a point mutation in the structural gene for Monoamine Oxidase A. *Sciences* 1993; 262: 578–80.
35. Burke JD, Loeber R, Lahey BB, Rathouz PJ. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(11): 1200–10.
36. Carlson GA. Child and adolescent mania – diagnostic consideration. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 331-41.
37. Capaldi DM, Stoolmiller M. Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Dev Psychopathol* 1999; 11:59–84.
38. Caspi A. Personality development across the life course. In Damon W (Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional and personality development* (5th ed) (pp. 311–388). New York: Wiley; 1998.
39. Clarke DJ, Gomez GA. Utility of modified DCR-10 criteria in the diagnosis of depression associated with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1999; 43:413-20.
40. Connor DF, Doerfler LA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Current Attention Disorder Reports* 2009; 1: 5–11.

41. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychol Bull* 1994; 115: 74-101.
42. Culham A, Nind M. Deconstructing normalisation: clearing the way for inclusion. *J Intellect Dev Disabil* 2003; 28(1): 65- 78.
43. Curry CJ, Stevenson RE, Aughton D, Byrne J, Carey JC, Cassidy S et al. Evaluation of mental retardation: recommendations of a consensus conference: *Am J Med Genet* 1997; 72(4):468-77.
44. Czeizel AE. Folic acid in the prevention of neural tube defects. *J Pediatr Gastr Nutr* 1995; 20(1): 4-16.
45. Dagnan D, Sandhu S. Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 1999; 43: 372-97.
46. Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability: child and family predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 923-31.
47. Dekker MC, Koot HM, Van der Ende J, Verhulst FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43 (8): 1087-98.
48. Dodge KA. The structure and function of reactive and proactive aggression. In Pepler DJ, Rubin KH. (Eds). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1991.
49. Došen A, Day K. *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (1st ed); Washington DC: American Psychiatric Press Inc; 2001.
50. Durkin M, Schupf N, Susser M, Stein Z. Epidemiology of mental retardation. In Levene M, Lilford ., Bennet MJ, Punt J. (Eds.). *Fetal neurology and neurosurgery* (pp 719-818). London: Churchill Livingstone; 2001.
51. Dykens EM. Measuring behavioral phenotypes: Provocations from the "new genetics". *Am J Ment Retar* 1995; 99: 522-32.
52. Dykens EM. Psychopathology in children with intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 407-17.

53. Einfeld SL, Tonge BJ. The developmental behaviour checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioural and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *J Autism Dev Disord* 1995; 25(2): 81–104.
54. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40: 99–109.
55. Einfeld SL, Tonge BJ, Gray K, Taffe J. Evolution of Symptoms and Syndromes of Psychopathology in Young People with Mental Retardation. *Int Rev Res Ment Ret* 2007; 33:247-65.
56. Einfeld SL, Tonge BJ, Turner G, Parmenter T, Smith A. Longitudinal course of behavioural and emotional problems of young persons with Prader-Willi, Fragile X, Williams and Down syndromes. *J Intellect Dev Disabil* 1999; 24 (4): 349-54.
57. Embregts PJCM. Reliability of the Child Behavior Checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mild mental retardation. *Res Dev Disabil* 2000; 21: 31-41.
58. Embregts PJCM, du Bois MG, Graef N. Behavior problems in children with mild intellectual disabilities: An initial step towards prevention. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1398-403
59. Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 2003; 47: 51-8.
60. Emerson E, Einfeld S, Stancliffe R. The mental health of young Australian children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning (in press).
61. Emerson E, Hatton C. The mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 493-9.
62. Emerson E, Kiernan C, Turner S, Hatton C, Alborz A. Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behavior. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 452-6.
63. Emerson E, Turnbull L. Self-reported smoking and alcohol use by adolescents with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil* 2005; 9: 58-69.
64. Emslie G, Rush AJ, Weinberg WA et al. (): Recurrence of major depressive disorder in hospitalised children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1997; 36: 785-92.

65. Fagot BI, Leve LD. Teacher Ratings of Externalizing Behavior at School Entry for Boys and Girls: Similar Early Predictors and Different Correlates. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 555-66.
66. Farmer CA, Aman MG. Development of the Children's Scale of Hostility and Aggression: Reactive/Proactive (C-SHARP). *Res Dev Disabil* 2009; 30: 1155-67.
67. Freeman SFN, Alkin MC. Academic and Social Attainments of Children with Mental Retardation in General Education and Special Education Settings. *Rem Spec Educ* 2000; 21 (1): 3-26.
68. Frojd A. Normalnost i patologija u detinjstvu. Beograd: ZUNS; 2000.
69. Garai EP, Forehand R, Colletti CJM, Rakow A. The Role of Anxiety/Depression in the Development of Youth High Risk Behaviors: An Examination of Two Competing Hypotheses in a Sample of African-American, Single Mother Families. *J Psychopathol Behav Assess* 2009; 31:340-6.
70. Glumbić N. Razvojne specifičnosti romske populacije u školama za decu ometenu u mentalnom razvoju. *Pedagogija* 2005; 15(4): 495-510.
71. Gomez R. Social Information Processing in Mild Mentally Retarded children. *Res Dev Disabil* 1996; 17(3): 217-27.
72. Goodman R. Brain abnormalities and psychological development. In Hay DF & Angold A. (Eds.). *Precursors and causes in development and psychopathology* (pp. 51-86). Chichester, England: Wiley; 1993.
73. Goodman SH, Gottlieb IH. Risk for psychopathology in children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999; 106: 458-90.
74. Gottlieb J, Weinberg S. Comparison of students referred and not referred for special education. *Elem school J* 1999; 99: 187-99.
75. Gray KM, Piccinin AM, Hofer SM, Mackinnon A, Bontempo DE, Einfeld SL, Parmenter T, Tonge BJ. The longitudinal relationship between behavior and emotional disturbance in young people with intellectual disability and maternal mental health. *Res Dev Disabil* 2011; 32(3): 1194-204.

76. Hardiman S et al. A Comparison of Social Competence of Children with Moderate Intellectual Disability in Inclusive Versus Segregated School Settings. *Res Dev Disabil* 2009; 30: 397-407.
77. Harris JC. *Intellectual Disability: Understanding It's Development, Causes, Classification, Evaluation and Treatment*. NC, USA: Oxford University Press, Cary; 2005.
78. Harrison P, Oakland T. *Adaptive Behavior Assessment System-II*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment; 2003.
79. Hartley SL, Lickel AH, MacLean WE. Reassurance seeking and depression in adults with mild intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(11): 917–29.
80. Hasket ME, Willoughby M. Paths to child social adjustment. parenting quality and children's processing of social information. *Child Care Hlth Dev* 2006; 33 (1): 67-77.
81. Hasselhorn M, Mähler C. Phonological working memory of children in two special schools in Germany. *Int J Disabil Dev Educ* 2007; 54: 225-44.
82. Hatton C, Emerson E. Poverty and the mental health of families with a child with intellectual disabilities. *Psychiatry* 2009; 8(11): 433-7.
83. Heiman T. Depressive mood in students with mild intellectual disability: students' reports and teachers' evaluations. *J Intell Disabil Res* 2001; 45(6): 526-34.
84. Heiman T, Margalit M. Loneliness, Depression and Social Skills Among Students With Mild Mental Retardation in Different Educational Settings. *J Spec Educ* 1998; 32: 154-63.
85. Hemmings CP, Gravestock S, Pickard M, Bouras N. Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *J Intell Disabil Res* 2006; 50(4): 269-76.
86. Hennessy MB, Deak T, Schiml-Webb PA. Early attachment-figure separation and increased risk for later depression: Potential mediation by proinflammatory processes. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34(6): 782-90.
87. Henry LA. How does the severity of learning disability affect working memory performance. *Memory* 2001; 9: 233-47.
88. Hinshaw SP. Externalizing Behavior Problems and Academic Underachievement in Childhood and Adolescence: Causal Relationships and Underlying Mechanisms. *Psychol Bull* 1992; 111(1): 127-55.

89. Hodapp R, Dykens M. Strengthening Behavioral research on Genetic Mental Retardation Syndromes. *Am J Ment Retard* 2001; 106 (1): 4-15.
90. Hodapp R, Dykens M. Issues in Clinical Child Psychology IV. In: Bell DJ, Foster SL, Mash EJ. *Handbook of Behavioral and Emotional Problems in Girls* (pp 239-262). USA: Springer-Kluwer; 2005.
91. Holden B, Gitlesen JP. The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *J Intell Disabil Res* 2004; 48: 556–62.
92. Holden B, Gitlesen JP. The overlap between psychiatric symptoms and challenging behaviour: A preliminary study. *Res Dev Disabil* 2009; 30: 210-18.
93. Hughes C et al. Increasing Social Interaction Between General Education High School Students and Their Peers with Mental Retardation. *J Dev Phys Disabil* 2002; 14(4): 387-402.
94. Hughes C, Carter EW. Increasing Social Interaction Among Adolescents with Intellectual Disabilities and Their General Education Peers: Effective Interventions. *Res Pract Per Sev Disabil* 2005; 30(4): 179–93.
95. Kazdin A. Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *Am Psychol* 1993; 48: 127-41.
96. Keenan K, Loeber R, Green S. Conduct Disorder in Girls: A Review of the Literature. *Clin Child Family Psychol Rev* 1999; 2(1): 3-17.
97. Kempes M, Matthys W, de Vries H, van Engeland H. Reactive and proactive aggression in children: A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14:11–9.
98. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998; 7: 3–14.
99. Kobe FH. Parenting stress and depression in children with mental retardation and developmental disabilities. *Res Dev Disabil* 1994; 15: 209-21.
100. Koskentausta T, Livanainen M, Almqvist F. CBCL in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2004; 25:341–54.
101. Koskentausta T, Livanainen M, Almqvist F. Risk factors for psychiatric disturbance in children with ID. *J Intell Disabil Res* 2007; 51 (1): 45-53.

102. Kovacs M. Children`s Depression Inventory. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 1992.
103. Kovacs M. The course of childhood onset depressive disorders. *Psychiat Ann* 1996; 26(6): 326-30.
104. Kovacs M. Depressive disorders in childhood: an impressionistic landscape. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 287 -98.
105. Kovacs M, Devlin B. Internalizing disorders in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 47-63.
106. Kovacs M, Paulauskas S, Gatsonis C, Richards C. Depressive disorders in childhood. III: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *J. Affect. Disord* 1988; 15: 205–17.
107. Lack CW, Green AL. Mood Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr Nurs* 2009; 24(1): 13-25.
108. Lahey BB et al. Relation of Age of Onset to the type and Severity of Child and Adolescent Conduct Problems. *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27(4): 247-60.
109. Lambert KG. Rising rates of depression in today`s society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30: 497-510.
110. Lee VE, Burkam DT, Zimiles H, Ladewski B. Family-structure and it`s effect on behavioral and emotional problems in young adolescents. *J Res Adolesc* 1994; 4: 405-37.
111. Leffert JS, Siperstein GN, Millikan E. Understanding social adaptation in children with mental retardation: A social-cognitive perspective. *Except Child* 2000; 66(4): 530–45.
112. Leonard H et al. Association of sociodemographic characteristics of children with intellectual disability in Western Australia. *Soc Sci Med* 2005; 60(7): 1499-513.
113. Levy D. Primary affect hunger. *Am J Psychiatry* 1937; 94: 643-52.
114. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 133–44.
115. Lewis DO. Conduct Disorder. In: Lewis M. *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook* (2nd edition). Baltimor: Williams&Wilkins; 1996.

116. Lieshout van CFM, Meyer de RE, Curfs LMG, Koot HM, Fryns JP. Problem Behaviors and Personality of Children and Adolescents With Prader-Willi Syndrome. *J Pediatr Psychol* 1998; 23(2): 111-20.
117. Linna SL et al. Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8:77-82.
118. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the last 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1468–84.
119. Loeber R, Lahey BB, Thomas C. Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 379–90.
120. Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Family Factors as Correlates and Predictors of Juvenile Conduct Problems and Delinquency. In: Tonry M, Morris N (eds). *Crime and Justice* (pp. 29–149). Chicago, IL: University of Chicago Press; 1986.
121. Luby L. Early Childhood Depression. *Am J Psychiat* 2009; 166: 974-79.
122. Luckasson R et al. *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation; 2002.
123. Mash JE, Barkley RA. *Child Psychopathology*. NY, USA: The Guilford Press; 2003.
124. Masi GL, Favilla MM. Depressive disorder in children and adolescents. *Eur J Paediatr Neurol* 1998; 2(6): 287-95.
125. Matson JL et al. Depression and Social Skills Among Individuals with Severe and Profound Mental Retardation. *J Dev Physical Disabil* 2006; 18(4): 393-400.
126. McGee R, Fehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J. DSM - III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 611-19.
127. McGee R, Stanton WR. Sources of distress among New Zealand adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33:999-1010.
128. McInnis MG, McMahon FJ, Chase GA, Simpson SG, Ross CA, DePaulo RJ Jr. Anticipation in Bipolar Affective Disorder. *Am J Hum Genet* 1993; 53: 385-90.
129. Meadows SO, McLanahan SS, Brooks-Gunn J. Parental depression and anxiety and childhood behaviour problems across family types. *J Marriage Fam* 2007; 69(5): 1162-77.

130. Measelle JR, Stice E, Hogansen JM. Developmental Trajectories of Co-Occurring Depressive, Eating, Antisocial, and Substance Abuse Problems in Adolescent Girls. *J Abnorm Psychol* 2006. 115(3): 524-38.
131. Meece DW, Luster T. Temperament moderates association between young children's hostile attributions and aggression II: results from NICHD SECC data. Poster session presented at the biennial meeting of the Society of Research on Child Development. Boston MA; 2007.
132. Meins W. Prevalence and risk factors for depressive disorders in adults with intellectual disability. *Aust N Z J Dev Disabil* 1993; 18: 147-56.
133. Milan S, Snow S, Belay S. Depressed Symptoms in Mothers and Children: Preschool Attachment as a Moderator of Risk. *Dev Psychol* 2009; 45(4): 1019-33.
134. Miller A. Social neuroscience of child and adolescent depression. *Brain Cogn* 2007; 65: 47-68.
135. Miller WR, Seligman ME. Depression and learned helplessness in man. *J Abnorm Psychol* 1975; 84 (3): 228-38.
136. Moffit TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental Taxonomy. *Psychol Rev* 1993; 100: 674-701.
137. Moreti M, Holland FRCP, McKay S. Self-other representations and relational and overt aggression in adolescent girls and boys. *Behav Sci Law* 2001; 19(1): 109-26.
138. Myrbakk E, Tetzchner von S. Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2008; 29: 316-32.
139. Nachsen JS, Garcin N, Minnes P. Problem Behavior in Children with Intellectual Disabilities: Parenting Stress, Empowerment and School Services. *Ment Health Asp Intell Disabil* 2005; 8(4): 105-14.
140. Nihira K, Foster R, Shellhaas M, Leland H. AAMD Adaptive Behavior Scale. Washington DC: American Association of Mental Deficiency; 1974.
141. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2006; 36: 699-710.
142. Nolen-Hoeksema S. Children coping with uncontrollable stressors. *Appl Prevent Psychol* 1992; 1(4): 183-9.

143. Nolen-Hoeksema S. An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. *J Res Adolesc* 1994; 4(4): 519-34.
144. Norwich B, Kelley N. Pupils' views on inclusion: moderate learning difficulties and bullying in mainstream and special schools. *Br Educ Res J* 2004; 30(1): 43-65.
145. Novović Z. Anksiozni i depresivni poremećaj. *Psihologija* 2004; 27(3): 251-67.
146. O'Donnell KJ et al. Effects of iodine supplementation during pregnancy on child growth and development at school age. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44(2): 76-81.
147. Overbeek G, Vollebergh W, Meeus W, Engels R, Luijpers E. Course, Co-Occurrence, and Longitudinal Associations of Emotional Disturbance and Delinquency From adolescence to Young Adulthood: A Six-Year Three-Wave Study. *J Youth Adolesc* 2001; 30 (4): 401-26.
148. Patterson GR, Stoolmiller M. Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(4): 491-98.
149. Pepler DJ. A developmental profile of risks for aggressive girls. Toronto, Canada: York University (unpublished manuscript); 1995.
150. Peters S, Oliver LA. Achieving quality and equity through inclusive education in an era of high-stakes testing. *Prospects* 2009; 39: 265-79.
151. Pijaže Ž, Inhelder B. *Intelektualni razvoj deteta*. Beograd: ZUNS; 1988.
152. Pueschel SM, Bernier JC, Pezzullo JC. Behavioural observations in children with Down's syndrome. *J Ment Defic Res* 1991; 35:502-11.
153. Puura K et al. Children with symptoms of depression-what do the adults see? *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 577-85.
154. Ramsden SR, Hubbard JA. Family Expressiveness and Parental Emotional Coaching: Their Role in Children's Emotion Regulation and Aggression. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30 (6): 657-67.
155. Reiss AL, Freund L. Behavioral phenotype of fragile X syndrome: the DSM-III-R autistic behavior in male children. *Am J Med Genet* 1992; 43 (1-2): 35-46.
156. Reiss S; Levitan GW, Szyszko J. Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic* 1982; 86(6): 567-74.
157. Reiss S, Rojahn J. Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *J Intell Disabil Res* 1993; 37: 287-94.

158. Repley M. Social construction of intellectual disability. Cambridge, UK: Cambridge university press; 2004.
159. Reynolds WM, Johnston HF. Handbook of depression in children and adolescents. New York, NY: Plenum Press; 1994.
160. Rojahn J, Matson J, Naglieri JA, Mayville E. Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *Am J Ment Retard* 2004; 109: 21-33.
161. Ruiter de KP, Dekker MC, Verhulst FC, Koot HM. Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(5): 498-507.
162. Rutter M. Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Child Youth Serv Rev* 2000; 22(9-10): 685-703.
163. Salmivalli C, Kaukiainen A. "Female Aggression" Revisited: Variable- and Person-Centered Approaches to Studying Gender Differences in Different Types of Aggression. *Aggressive Behav* 2004; 30: 158–63.
164. Sloman L, Gilbert P, Hasey G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *J Affec Disord* 2003; 74: 107–21.
165. Smith M. Mental Retardation and Developmental Delay: Genetic and Epigenetic Factors. Cary, NC: Oxford University Press; 2005.
166. Sparrow SS, Cicchetti DV, Balla DA et al. (): Vineland Adaptive Behavior Scales (2nd ed); Shoreview, MN: AGS; 2005.
167. Strober M, Lampert C, Schmidt S, Morrel W. The course of major depressive disorder in adolescents: recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and non psychotic subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1993; 32: 34-42.
168. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: ZUNS; 1992.
169. Szymanski L, Grossman H. Dual implications of ‘Dual diagnosis’. *Ment Retard* 1984; 22: 155-6.
170. Taggart LP, McMullan P. An exploratory study of teachers’ knowledge about the symptoms of depression in young people with and without intellectual disabilities. *J Intell Disabil* 2007; 11(2): 183-95.

171. Terry PC, Lane AM, Lane HJ, Keohane L. Development and validation of a mood measure for adolescents. *J Sports Sci* 1999; 17: 861-72.
172. Van Nieuwenhuijzen M, de Castro OB, Van der Valk I, Wijnrok L, Vermeer, A, Matthys W. Do social information processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *J Intell Disabil Res* 2006; 50: 801–12.
173. Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence, course, and risk. In: Glidden LM. *Int Rev Res Ment Ret* 2003; 26: 3–134. San Diego, CA: Academic Press.
174. Weiss B, Harris V, Catron T, Han SS. Efficacy of RECAP Intervention Program for Children with Concurrent Internalizing and Externalizing Problems. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(2): 364-74.
175. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–99.
176. Weissman MM et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999; 281: 1701-13.
177. Welsh JA, Bierman KL. Social competence. *Gale encyclopaedia of childhood and adolescence*. Gale research; 1998.
178. Wilmshurst L. *Essentials of Child Psychopathology*. Hoboken, NJ, USA: Wiley; 2009.
179. World Health Organization. *ICD-10 Guide for Mental Retardation*. Geneve: WHO; 1996.
180. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneve: WHO; 2001.
181. Zahn-Waxler C. Warriors and worriers: Gender and psychopathology. Special issue: Toward a developmental perspective on conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1993; 5: 79-89.
182. Zoccolillo M. Co-occurrence of conduct disorder and it's adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 547-56.

ПРИЛОЗИ

- *Упитник о персоналним карактеристикама деце – испитаника и социо-економском статусу њихових породица*
- *Чек – листа понашања деце – форма за наставнике*
- *Информација за учеснике истраживања и информисани пристанак родитеља (старатеља)*
- *Кључна документацијска информатика*

▪ **Упитник о персоналним карактеристикама деце - испитаника и социо-економском статусу њихових породица**

Пред Вама је упитник који се односи на личне податке и материјалне прилике ученика/це (његове/њене породице). Потребно је заокружити један од понуђених одговора или допунити одговор на празној линији. Молимо Вас да одговорите на сва питања, уколико имате податке. Хвала на сарадњи!

1. Име и презиме ученика/це:

2. Пол: М Ж

3. Школа: _____

4. Разред и одељење: _____

5. Датум и место рођења: _____

6. Школски успех у претходној години: _____

7. Ученик/ца је:

а) од првог разреда у овој школи б) дошао/ла из редовне школе и када _____

8. Да ли је понављао/ла неки разред? ДА НЕ

9. Колико дуго познајете ученика/цу (месеци или година): _____

10. Да ли ученик/ца има неку хроничну болест/медицинску дијагнозу и коју?

11. Да ли ученик/ца користи неке лекове и које? _____

12. Коефицијент интелигенције: _____

13. Ученик/ца живи (заокружити):

- а) са оба родитеља б) са једним родитељем
в) у хранитељској породици г) у дому за децу без родитеља в) остало

14. Колико је чланова домаћинства? _____

15. Колико је деце у породици? _____

16. Ученик/ца је по реду рођења (упишите)

17. Ученик/ца станује

- а) у граду б) у селу

18. Национална припадност (српска, ромска и сл...): _____

19. Школска спрема оца (без основне школе, основна шк., средња шк., факултет) :

20. Школска спрема мајке (без основне школе, основна шк., средња шк., факултет):

21. Занимање оца _____; занимање мајке _____

22. Отац запослен: ДА НЕ

23. Мајка запослена ДА НЕ

24. Породица је корисник социјалне помоћи ДА НЕ

Хвала на сарадњи!

Процену вршио:

(име и презиме)

▪ **Чек – листа понашања деце – форма за наставнике**

У следећем делу се налази списак који описује понашање ученика. За сваку тврдњу која описује ученика сада или у задња 2 месеца, молимо да заокружите број 2 ако је то врло тачно или често тачно за дотичног ученика. Број 1 заокружите уколико је тврдња везана за понашање дотичног ученика понекад тачна или донекле тачна. Ако тврдња никако није тачна за дотичног ученика, заокружите 0. Молимо вас да одговорите на све наведене тврдње најбоље што можете, чак иако вам се чини да нису ни у каквој вези са понашањем дотичног ученика.

0 = Није тачно (барем колико знам)

1 = Понекад тачно или донекле тачно

2 = Врло тачно или често тачно

| | |
|--|--|
| <p>0 1 2 1. Понаша се превише детињасто за своје године</p> <p>0 1 2 2. Мрмља или производи чудне звуке на часу</p> <p>0 1 2 3. Пуно се свађа</p> <p>0 1 2 4. Што започне не заврши</p> <p>0 1 2 5. У мало чему ужива</p> <p>0 1 2 6. Дрзак/дрска, дрско одговара наставницима</p> <p>0 1 2 7. Воли да се хвали, прави се важан/важна</p> <p>0 1 2 8. Не може да се концентрише, пажња краткотрајна</p> <p>0 1 2 9. Не може да се ослободи неких мисли/опсесија (опишите):</p> <hr/> <p>0 1 2 10. Не може да седи мирно, немиран/а је или хиперактиван/на</p> <p>0 1 2 11. Држи се одраслих, превише је зависан/на од одраслих</p> <p>0 1 2 12. Жали се на усамљеност</p> <p>0 1 2 13. Збуњен/а, изгледа као да је сметен/а</p> <p>0 1 2 14. Пуно плаче</p> <p>0 1 2 15. Врпољи се</p> <p>0 1 2 16. Груб/а, застрашује или се понаша злочесто према деци</p> <p>0 1 2 17. Сањари или се изгуби у својим мислима</p> <p>0 1 2 18. Намерно се повређује или је покушао/ла самоубиство</p> <p>0 1 2 19. Тражи пуно пажње</p> <p>0 1 2 20. Уништава своје ствари</p> | <p>0 1 2 22. Тешко следи упутства/инструкције</p> <p>0 1 2 23. Непослушан/на је у школи</p> <p>0 1 2 24. Омета остале ученике</p> <p>0 1 2 25. Не слаже се са другим ученицима</p> <p>0 1 2 26. Изгледа као да се не осећа кривим/ом после лошег понашања</p> <p>0 1 2 27. Лако постаје љубоморан/на</p> <p>0 1 2 28. Крши школска правила</p> <p>0 1 2 29. Боји се одређених животиња, ситуација или места, осим школе (опишите)</p> <hr/> <p>0 1 2 30. Боји се одласка у школу</p> <p>0 1 2 31. Боји се да би могао/ла помислити или урадити нешто лоше</p> <p>0 1 2 32. Мисли да мора бити савршен/а</p> <p>0 1 2 33. Осећа или се жали да га/је нико не воли</p> <p>0 1 2 34. Мисли да су други против њрга/ње</p> <p>0 1 2 35. Осећа се безвредно или мање вредно</p> <p>0 1 2 36. Лако се повреди, склон/а је незгодама</p> <p>0 1 2 37. Често се туче</p> <p>0 1 2 38. Често га/је задиркују</p> <p>0 1 2 39. Дружи се са децом која често упадају у неприлике</p> <p>0 1 2 40. Чује звукове или гласове којих нема (опишите):</p> <hr/> <p>0 1 2 41. Импулсиван/на и реагује без размишљања</p> <p>0 1 2 42. Радије би био/ла сам/а него са</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>0 1 2 21. Уништава туђе ствари 0 1 2 44. Грицка нокте 0 1 2 45. Нервозан/на, раздражљив/а, напет/а 0 1 2 46. Има нервозне покрете или трзаје (опишите):</p> | <p>другима 0 1 2 43. Лаже или вара 0 1 2 70. Види ствари којих нема (опишите):</p> |
| <p>0 1 2 47. Превише послушан/на, превише поштује правила 0 1 2 48. Други ученици га/је не воле 0 1 2 49. Има потешкоћа са учењем 0 1 2 50. Превише је бојажљив/а или тескобан/а 0 1 2 51. Има вртоглавице или се осећа ошамућено 0 1 2 52. Има претерани осећај кривице 0 1 2 53. Говори и када се не пита 0 1 2 54. Превише је уморан/на без правог разлога 0 1 2 55. Има превише килограма 0 1 2 56. Телесни проблеми без познатих медицин. урока: 0 1 2 а. Тегобе или болови (не главобоље или бол у стомаку) 0 1 2 б. Главобоље 0 1 2 в. Мучнина, осећај слабости 0 1 2 г. Проблеми са очима (не они који се исправљају ношењем наочара)(опишите):</p> | <p>0 1 2 71. Сметен/а је или се лако збуну 0 1 2 72. Неуредан рад 0 1 2 73. Понаша се неодговорно (опишите):</p> |
| <p>0 1 2 д. Осипи или други проблеми са кожом 0 1 2 ђ. Болови у стомаку 0 1 2 е. Повраћање 0 1 2 ф. Друго (опишите):</p> | <p>0 1 2 74. Прави се важан/на или се лудира 0 1 2 75. Превише је стидљив/а или плашљив/а 0 1 2 76. Експлозивно и непредвидљиво понашање 0 1 2 77. Захтевима се мора одмах удовољити, лако се фрустрира 0 1 2 78. тешко се концентрише и лако му/јој је одвратити пажњу 0 1 2 79. Проблеми са говором (опишите):</p> |
| <p>0 1 2 57. Физички напада људе 0 1 2 58. Копа нос, гребе кожу или друге делове тела (опишите):</p> | <p>0 1 2 80. Гледа у празно 0 1 2 81. Осећа се повређено када га/је критикују 0 1 2 82. Краде 0 1 2 83. гомила ствари које му/јој нису потребне (опишите):</p> |
| <p>0 1 2 59. Спава на часу 0 1 2 60. Апатичан/на или немотивисан/на 0 1 2 61. Лоше учи у школи 0 1 2 62. Слабо усклађује своје покрете или је неспретан/на 0 1 2 63. Радије је у друштву старије деце 0 1 2 64. Радије је у друштву млађе деце 0 1 2 65. Одбија да говори 0 1 2 66. Непрестано понавља одређене радње; присилне радње (опишите).</p> | <p>0 1 2 84. Понаша се чудно (опишите):</p> |
| <p>0 1 2 67. Омета дисциплину у разреду 0 1 2 68. Пуно врши</p> | <p>0 1 2 85. Има чудне идеје (опишите):</p> <p>0 1 2 86. Тврдоглав/а је, мрзовољан/а или раздражљив/а 0 1 2 87. Нагло мења расположења или осећања 0 1 2 88. Често се дури 0 1 2 89. Сумњичав/а је 0 1 2 90. Псује и простачи се 0 1 2 91. Говори да ће се убити 0 1 2 92. Постигнућа испод очекиваног, остварује мање од потенцијала 0 1 2 93. Превише прича 0 1 2 94. Пуно задиркује 0 1 2 95. Наступи беса, лако плане 0 1 2 96. Превише мисли о сексу 0 1 2 97. Прети људима 0 1 2 98. Касни у школи или на часове 0 1 2 99. Пуши, жваће или шмрче дуван 0 1 2 100. Не успева да изврши задате задатке 0 1 2 101. Бежи из школе, има неоправдане изостанке</p> |

| | |
|--|--|
| <p>0 1 2 69. Тајанствен/а је</p> <p>0 1 2 103. Несрећан/на, тужан/на или депресиван/на</p> <p>0 1 2 104. Неуобичајено гласан/на</p> <p>0 1 2 105. Користи дроге или алкохол у немедицинске сврхе (не укључујући дуван)(описите): _____</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 106. Превише настоји да удовољи</p> <p>0 1 2 107. Не воли школу</p> | <p>0 1 2 102. Премало активан/на, успорених покрета или му/јој недостаје енергије</p> <p>0 1 2 108. Боји се да не погреша</p> <p>0 1 2 109. Кмезав/а је</p> <p>0 1 2 110. Неуредног спољног изгледа</p> <p>0 1 2 111. Повучен/а је, не дружи се</p> <p>0 1 2 112. Забринут/а је</p> <p>0 1 2 113. Молимо Вас да допишете ако ученик има још неких проблема који овде нису наведени:</p> <p>0 1 2 _____</p> <p>0 1 2 _____</p> <p>0 1 2 _____</p> |
|--|--|

▪ ***Информација за учеснике истраживања и информисани пристанак родитеља (старатеља)***

Поштовани,

Уколико желите, можете одобрити да Ваше дете учествује у истраживању под горе наведеним називом, које се бави узроцима и карактеристикама поремећаја понашања и депресивности деце која похађају специјалне основне школе. Ово истраживање треба да размотри потенцијалне узроке тих проблема и помогне у њиховом дијагностиковању и лечењу, чему бисте и Ви са својим дететом могли дати допринос. Учешће у овој студији неће утицати ни на који начин на положај Вашег детета у школи, на његово даље школовање и обучавање, нити Вас приморати на било какве промене и изазвати и најмање непријатности и у том смислу потпуно је безбедно и добровољно.

Истраживање ће бити спроведено под руководством **проф. др Горана Михајловића**, психијатра и редовног професора Медицинског факултета у Крагујевцу.

Учешће Вашег детета у истраживању ограничено је коришћење података о његовом понашању, потенцијалним знацима депресивности и проблема у понашању од његових наставника, као и социо-демографских података, преузетих из досијеа ученика.

Сви подаци добијени од Вас, наставника и самог детета, укључујући и податке добијене из школског досијеа и медицинске документације Вашег детета остаће заштићени (чуваће се у тајности) и неће бити изношени у било ком облику. Резултати овог истраживања ће бити објављивани само као **групни подаци**, без личних података било ког детета.

За учешће у овој студији није предвиђена никаква материјална надокнада, већ је оно на потпуно добровољној основи. У сваком моменту можете одустати од даљег учешћа, без икаквих последица.

Уколико Вам нешто није јасно у вези са овим истраживањем, можете контактирати главног истраживача путем телефона 064-130-75-66 или и-мејла goran.sm@eunet.rs, или питати разредног старешину Вашег детета, који такође учествује у истраживању.

**ФОРМУЛАР ИНФОРМИСАНОГ ПРИСТАНКА РОДИТЕЉА ИЛИ
СТАРАТЕЉА ДЕЦЕ која учествују у студији „ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА И
ДЕПРЕСИВНОСТ КОД ДЕЦЕ СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ
ОМЕТЕНОШЋУ“**

Ја, доле потписан/а, изјављујем да сам схватио/ла све информације везане за учешће мог детета у горе наведеној студији и да сам примио/ла копију информације за учеснике истраживања. Такође, изјављујем да пристајем да моје дете учествује у овом истраживању и да дозвољавам увид у његову медицинску документацију у школи, ради прикупљања података потребних за истраживање.

Име и презиме

Датум

Потпис

ПРИЛОГ

8.1 КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Редни број:

РБ

Идентификациони број:

ИБР

Тип документације:

Монографска публикација

ТД

Тип записа:

Текстуални штампани материјал

ТЗ

Врста рада:

Докторска дисертација

ВР

Аутор:

Катарина Томић

АУ

Ментор/коментор:

Проф. др Горан Михајловић

МН

Наслов рада:

Поремећаји понашања и депресивност код деце са лаком интелектуалном ометеношћу

НР

| | |
|--|---|
| Језик публикације: ЈП | Српски (ћирилица) |
| Језик извода: ЈИ | Српски/енглески |
| Земља публиковања: ЗП | Србија |
| Уже географско подручје: УГП | Србија |
| Година: ГО | 2012 |
| Издавач: ИЗ | Ауторски репринт |
| Место и адреса: МС | 34000 Крагујевац, Србија Светозара Марковића 69 |
| Физички опис рада: ФО | Дисертација има 220 страна, садржи 7 поглавља, 19 слика, 28 табела, 182 референце |
| Научна област: | Медицина |

Научна дисциплина:

Психијатрија

ДИ

Предметна одредница/ кључне речи:

лака интелектуална ометеност,
депресија, поремећаји понашања
интернализоване сметње,
екстернализоване сметње

ПО

УДК

Чува се:

У библиотеци Факултета медицинских
наука у Крагујевцу, 34 000 Крагујевац,
Србија, Светозара Марковића 69

ЧУ

Важна напомена:

МН

Извод:

ИД

Истраживања менталног здравља деце са интелектуалном ометеношћу (ИО) показују да постоји чак три до четири пута већи ризик од испољавања клиничких емоционалних и бихејвиоралних поремећаја код ове деце у поређењу са децом без ометености. Најфреквентније сметње емоција и понашања, са симптомима који одговарају стандардним дијагностичким категоријама, типичне су за децу са лаком ИО, а релативна очуваност когнитивних капацитета и комуникационих способности омогућава коришћење мерила и дијагностичких инструмената који су у стандардној примени и када су у питању деца без ометености.

Циљ овог истраживања био је да се утврде фреквенција, типови и социо-демографски и персонални предикциони фактори менталних и бихејвиоралних поремећаја код деце са лаком ИО, узраста од 9-18 година, који похађају специјалне школе за образовање деце са сметњама у интелектуалном развоју.

Узорак истраживања одабран је методом кластерског случајног узорковања и обухвата осам специјалних основних школа на територији Србије, у којима су испитивани сви ученици који су задовољавали критеријуме избора: лака ИО (кофицијент интелигенције у распону од 50-69, мерено стандардизованим скалама за децу), предвиђен узраст и непостојање озбиљних коморбидних стања, посебно неуропатологије и аутизма. Укупан узорак броји 311 деце, са уједначеном полном дистрибуцијом и највећим бројем деце узраста од 10 до 16 година.

У истраживању је коришћена *Чек листа понашања деце* узраста 6-18 година, *форма за наставнике* (TRF – Teacher Report Form, Achenbach & Rescorla, 2001), са 113 проблемских ајтема који покривају читав спектар проблемских понашања, која се вреднују на скали од 0-2, као и за потребе истраживања конструисан *Упитник о персоналним карактеристикама деце - испитаника и социо-економском статусу њихових породица*. Информанти су били наставници – разредне старешине.

Резултати истраживања показују повећану учесталост психопатологије код деце узорка у поређењу са нормама просечне популације. Израженији су екстернализовани – бихејвиорални, него интернализовани – емоционални проблеми. Такође, коморбидитет обе димензије сметњи показује већу фреквентност од очекиване. На обе димензије проблема значајно утичу лични и социо-демографски фактори, посебно пол, узраст, ред рођења, национална припадност, интелектуалне способности, тип смештаја детета, као и економски статус породице, образовање и запослење родитеља. Девојчице су, генерално, под већим ризиком за испољавање патологије од дечака. Деца са лошијим школским успехом и нижим способностима имала су озбиљније интернализоване сметње, док су деца виших способности, посебно ромске националности, показивала фреквентније поремећаје у понашању. Лоша социо-економска ситуација породице и незапосленост родитеља утицали су негативно на понашање, а виши нивои образовања родитеља и виши економски стандард породице на емоционалне сметње. Под највећим ризиком од интернализованих сметњи била су прворођена деца и деца која живе у

непотпуним породицама, док су екстернализоване сметње фреквентније код млађе деце из вишечланих породица, као и код деце без родитељског старања смештене у домовима за децу.

Резултати истраживања упућују на потребу озбиљнијег разматрања услова живота и едукације деце са лаком ИО, у циљу превенције поремећаја менталног здравља. Детектовани фактори појачане вулнерабилности спадају у групу фактора који су подложни модификацији, што има практичан значај у смислу предузимања конкретних корака превенције, посебно ангажовањем релевантних чинилаца у едукативној средини. Препоручује се стављање већег акцента на рану детекцију психопатолошких сметњи, што подразумева едуковање образовних кадрова, као и родитеља и старатеља у смислу упознавања и ублажавања фактора ризика, али и у смислу препознавања атипичних знакова и показатеља емоционалних и бихејвиоралних тегоба.

Датум прихватања теме од стране ННВ: 23. 06. 2010.

ДП

Датум одбране:

ДО

Чланови комисије:

КО

Председник:

Проф. др Славица Ђукић – Дејановић, редовни
професор Факултета медицинских наука Универзитета
у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија

Ментор: **Проф. др Горан Михајловић**, редовни професор
Факултета медицинских наука Универзитета
у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија

Члан: **Проф. др Драган Раванић**, ванредни професор
Факултета медицинских наука Универзитета
у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија

Члан: **Доц. др Срђан Миловановић**, доцент
Медицинског факултета Универзитета у Београду
За ужу научну област Психијатрија

8.2 KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC FACULTY OF MEDICINE KRAGUJEVAC

Accession number:

ANO

Identification number:

INO

Documentation type:

Monographic publication

DT

Type of record:

Textual printed material

TR

Contents code:

PhD Thesis

CC

Author:

Katarina Tomić

AU

Menthor/co-mentor:

Prof. dr Goran Mihajlović

MN

Title:

Behavioral and emotional disorders in children with mild intellectual disability

TI

| | |
|--|--|
| Language of text: LT | Serbian (Cyrilic) |
| Language of abstract: | Serbian/English |
| Country of publication: CP | Serbia |
| Locality of publication: LP | Serbia |
| Publication year: PY | 2012 |
| Publisher: PU | Author reprint |
| Publication place: PP | 34000 Kragujevac, Serbia, Svetozara Markovica 69 |
| Physical description: PD | Thesis contains 220 pages, 19 pictures, 28 tables and 182 citations |
| Scientific field: SF | Medicine |
| Scientific discipline: SD | Psychiatry |

Subject/key words: intellectual disability, depression, conduct disorders, internalizing disorders, externalizing disorders

SKW

UDC

Holding data: Library of Faculty of medicine,
34000 Kragujevac, Serbia,
Svetozara Markovica 69

Note:

N

Abstract:

AB

Studies of mental health of children with intellectual disabilities (ID) show that there are three to four times higher risk of clinical manifestation of emotional and behavioral disorders in these children compared with children without disability. The most frequent disturbances of emotions and behavior, with symptoms that meet standard diagnostic categories, are typical for children with mild levels of ID, and relatively preserved cognitive and communicative abilities in these children allow the use of standard diagnostic criteria and instruments used in children without ID.

The aim of this study was to determine the frequency, types and socio-demographic and personal factors predictive of mental and behavioral disorders in children with mild ID, aged 9-18 years, who attend special schools for children with intellectual disability.

The study sample was selected using cluster random sampling, with inclusion of eight special primary schools in Serbia, in which all the students that met the following selection

criteria were tested: mild Id (IQ range from 50-69, measured by standardized intelligence scales for children), 9-18 years of age and absence of serious comorbid conditions, particularly different forms of neuropathology and autism. The total sample included 311 children with a balanced gender distribution and the highest number of children aged from 10 to 16 years.

The study used *Behavioral checklist for children aged 6-18 years*, the Teacher Report Form (TRF - Teacher Report Form, Achenbach & Rescorla, 2001), with 113 problem items that cover a wide range of problem behaviors, which are assessed on a scale of 0 - 2, as well as for this particular research designed *Questionnaire about personal characteristics of children - respondents and socio-economic status of their families*. The informants were classroom teachers.

The results show an increased incidence of psychopathology in children in our sample compared to norms of average population. Externalizing – behavioral disorders were more prominent than Internalizing - emotional problems. In addition, comorbidity of both dimensions had higher frequency than expected. Personal and socio-demographic factors, particularly gender, age, birth order, ethnicity, intellectual abilities, type of placement of the child, family economic status, parents' education and employment significantly affected both dimensions of problems. Girls were generally under greater risk for the manifestation of pathology than boys. Children with poor school achievement and lower abilities had more serious Internalized disorders, while children of higher abilities, particularly from Roma ethnicity, showed more frequent behavioral problems. Poor income and low socio-economic status of families as well as parents' unemployment negatively influenced behavioral difficulties, while higher levels of parental education and higher economic standard of the families influenced emotional problems. First born children and those living in incomplete families were at the greatest risk of Internalizing disorders, while Externalizing symptoms more frequent in youngest children from large families, and children without parental care situated in foster - care institutions.

Results of this study indicate the need for serious consideration of the living conditions and education of children with mild ID, in order to prevent mental health disorders. Detected factors of increased vulnerability belong to the group of those who could be a subject of modification, which has practical implications in terms of taking concrete steps for prevention, particularly by engaging relevant stakeholders in the educational environment. It is

recommended that a greater emphasis should be put on early detection of psychopathology, including the process of additional education of school staff and parents - carers in terms of better understanding and mitigation of risk factors, but also in terms of recognition of atypical signs and indicators of emotional and behavioral problems in children with mild ID.

Accepted by the Scientific Board on: 23. 06. 2010.

ASB

Defended on:

DE

Thesis defended board

(Degree/name/surname/title/faculty)

DB

President: **Prof. dr Slavica Djukic Dejanovic**, Professor of Psychiatry,
Faculty of Medicine, University of Kragujevac

Menthor: **Prof. dr Goran Mihajlovic**, Professor of Psychiatry,
Faculty of Medicine, University of Kragujevac

Member: **Prof. dr Dragan Ravanic**, Professor of Psychiatry,
Faculty of Medicine, University of Kragujevac

Member:

Doc. dr Srdjan Milovanovic, Professor of Psychiatry,
Faculty of Medicine, University of Belgrade

8.3. БИОГРАФСКИ ПОДАЦИ АУТОРА

Катарина Томић рођена је у Крагујевцу, 30. 10. 1976. године, где је завршила основну школу и Прву крагујевачку гимназију. Дипломирала је 2002. године на *Дефектолошком факултету Универзитета у Београду*, одсек за *олигофренологију*, са просечном оценом 9,27 и тиме стекла звање дипломираног дефектолога-олигофренолога. Члан је Друштва дефектолога Србије.

Школске 2003/2004. године уписала је магистарске студије на *Дефектолошком факултету Универзитета у Београду*, одсек за *олигофренологију*, и положила све, планом и програмом предвиђене испите, са просечном оценом 9,00. Школске 2007/2008. са магистарских студија прелази на другу годину докторских студија на *Факултету медицинских наука у Крагујевцу*, смер за *неуронауке*, где је са успехом положила усмени докторантски испит 19. 01. 2009. године са оценом 10. Тема докторске дисертације под називом *"Поремећаји понашања и депресивност код деце са лаком интелектуалном ометеношћу"* прихваћена је 23. 06. 2010. године.

У периоду од 2002. до 2009. године ради као професор-дефектолог у *Школи за основно и средње образовање "Веселин Николић" у Крушевцу*, а од октобра 2009. године као асистент у *Високој школи струковних студија за образовање васпитача у Крушевцу*. Предавач је Програма сталног стручног усавршавања наставника, васпитача и стручних сарадника, под називом *"Инклузија – како је приближити наставнику у редовној школи"*, каталoшки број 358.

Научно-истраживачки рад кандидата Катарине Томић подразумева континуирано праћење стручне и научне литературе, учешће у мултидисциплинарним истраживањима и научним пројектима и публикавање радова у домаћим и интернационалним часописима, као и презентације на стручним скуповима.

Удата, мајка три девојчице.

8.4. СПИСАК ОБЈАВЉЕНИХ РАДОВА

1. **Томић К**, Михајловић Г (2008). Ментална ретардација и депресија. *Engrami*; 30 (1): 41-52. **M52**
2. **Томић К**, Јуришић В, Муратовић М, Јевтовић И (2010): Значај серотонина у етиологији аутизма. *PONS – medicinski časopis*; 7 (2): 64-70. **Часопис са међународном индексацијом, није на листи МНО**
3. **Томић К**, Михајловић Г, Јовановић – Михајловић Н, Ђукић – Дејановић С, Михајловић К, Петровић Г (2011). Дијагноза и третман депресије код особа са интелектуалном ометеношћу. *Acta Medica Medianae*; 50 (3): 81-9. **M52**
4. Михајловић Г, Јовановић – Михајловић Н, Радмановић Б, Радоњић К, Ђукић – Дејановић С, Јанковић С, Јањић В, Миловановић Н, Петровић Д, **Томић К** (2011). Квалитет живота особа са шизофренијом лечених халоперидол - депоом и инјекцијом дугоделујућег рисперидона. *Srp Arh Celok Lek*; 139 (Suppl 1): 36-40. **M23**
5. **Томић К**, Михајловић Г, Јанковић С, Ђонович Н, Јовановић – Михајловић Н, Дилигенски В (2012). Фактори ризика за бихејвиоралне и емоционалне поремећаје код деце са лаком интелектуалном ометеношћу. *Ser J Exp Clin Res*; 13 (1): 19-24. **M52**

Саопштења на научним скуповима

1. **Томић К**. Ментално здравље и поремећаји деце и адолесцената са менталном ретардацијом – импликације за инклузивно образовање. Научна конференција са међународним учешћем "Педагошка истраживања и школска пракса"; 2010 мај 14; Сремска Митровица.
2. **Томић К**. Утицај социо-демографских фактора на квалитет живота и ментално здравље деце са лаком интелектуалном ометеношћу. I конгрес са међународним учешћем "Болничка психијатрија – медицинскодеонтолошки и правни изазови"; 2011 Дец 15 -16; Београд.

Остало

1. Предавач Програма сталног стручног усавршавања наставника, васпитача и стручних сарадника, под називном *"Инклузија – како је приближити наставнику у редовној школи"*, каталошки број 358.

8.5. THE PUBLISHED PAPERS

1. **Tomic K**, Mihajlovic G (2008). Mental retardation and depression. *Engrami*; 30 (1): 41-52. **M52**
2. **Tomić K**, Jurisic V, Muratovic M, Jevtovic I (2010): The importance of serotonin in the etiology of autism. *PONS – medical journal*; 7 (2): 64-70. **Journal with international indexation, not on the list of ME.**
3. **Tomic K**, Mihajlovic G, Jovanovic – Mihajlovic N, Djukic – Dejanovic S, Mihajlovic K, Petrovic G (2011). Diagnosis and treatment of depression in persons with intellectual disability. *Acta Medica Medianae*; 50 (3): 81-9. **M52**
4. Mihajlovic G, Jovanovic – Mihajlovic N, Radmanovic B, Radonjic K, Djukic – Dejanovic S, Jankovic S, Janjic V, Milovanovic N, Petrovic D, **Tomic K** (2011). Quality of life of schizophrenic patients treated with haloperidol depot and injection preparation of long-lasting risperidone. *Srp Arh Celok Lek*; 139 (Suppl 1): 36-40. **M23**
5. **Tomic K**, Mihajlovic G, Jankovic S, Djonovic N, Jovanovic – Mihajlovic N, Diligenski V (2012). Risk factors for behavioral and emotional disorders in children with mild intellectual disability. *Ser J Exp Clin Res*; 13 (1): 19-24. **M52**

Statements in scientific meetings

1. **Tomić K**. Mental health and disorders in children and adolescents with intellectual disability – implications for inclusive education. International scientific conference "Pedagogical research and school practice; 2010 May 14; Sremska Mitrovica.
2. **Tomic K**. Influence of socio-demographic factors on quality of life and mental health of children with mild intellectual disability. I international scientific meeting "Hospital psychiatry – medically - deontological and legal challenges; 2011 Dec 15 -16; Belgrade.

Other

1. Lecturer on the Programme of continuous education of pre-school and school teachers and experts, *"Inclusion – how to bring it closer to teachers of the regular school"*, N° 358

8.6 ИНДЕТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

| |
|--|
| <i>I. Аутор</i> |
| Име и презиме: Катарина Н. Томић |
| Датум и место рођења: 30. 10. 1976., Крагујевац |
| Садашње запослење: Висока школа струковних студија за образовање васпитача, Крушевац |
| <i>II. Докторска дисертација</i> |
| Наслов: Поремећаји понашања и депресивност код деце са лаком интелектуалном ометеношћу |
| Број страница: 220 |
| Број слика: 19 |
| Број библиографских података: 182 |
| Установа и место где је рад израђен: |
| Научна област (УДК): психијатрија |
| Ментор: Проф. др Горан Михајловић |
| <i>III. Оцена и одбрана</i> |
| Датум пријаве теме: 17. 01. 2010. |
| Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: |
| Комисија за оцену подобности теме и кандидата: <p>Проф. др Славица Ђукић-Дејановић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија</p> <p>Доц. др Александар Дамјановић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Психијатрија</p> <p>Доц. др Срђан Миловановић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Психијатрија</p> |
| Комисија за оцену докторске дисертације: <p>Проф. др Славица Ђукић-Дејановић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија</p> |

Проф. др Драган Раванић, ванредни професор Факултета медицинских наука
Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија

Доц. др Срђан Миловановић, доцент Медицинског факултета Универзитета у
Београду за ужу научну област Психијатрија

Комисија за одбрану докторске дисертације:

Проф. др Славица Ђукић-Дејановић, редовни професор Факултета медицинских
наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија

Проф. др Драган Раванић, ванредни професор Факултета медицинских наука
Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија

Доц. др Срђан Миловановић, доцент Медицинског факултета Универзитета у
Београду за ужу научну област Психијатрија

Датум одбране дисертације: