

Pregledni rad

Maladaptivno ponašanje kod osoba sa intelektualnom ometenošću

**Bojana Mastilo,
Slađana Čalasan**

Univerzitet u Istočnom Sarajevu,
Medicinski fakultet, Foča, Republika
Srpska, Bosna i Hercegovina

Primljen – Received: 28/01/2020
Prihvaćen – Accepted: 13/04/2020

*Adresa autora:
Viši asistent Bojana Mastilo,
Mr specijalne edukacije i rehabilitacije
Krajiška 23, 73 300 Foča
bojana.mastilo@ues.rs.ba*

Copyright: ©2020 Mastilo B & Čalasan S, This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license.

Kratak sadržaj

Cilj ovog rada je da se pregledom dostupne literature omogući bolje razumijevanje prevalencije i oblika maladaptivnog ponašanja, kao i faktora koji su povezani sa ovim ponašanjem kod osoba sa intelektualnom ometenošću.

Maladaptivno ponašanje je ponašanje koje je dovoljno često i/ili dovoljno ozbiljno da ograničava sposobnost funkcionisanja osobe u svakodnevnom životu, učenja novih vještina i sticanja pristupa društvenim resursima. Ono obuhvata niz ponašanja kao što su: fizička agresija prema stvarima ili ljudima, samopovređivanje, stereotipno ponašanje, seksualno neprimjereno ponašanje, uvredljivo ponašanje i dr. Studije naglašavaju velike varijacije u prevalenciji maladaptivnog ponašanja kod osoba sa intelektualnom ometenošću koje se kreću u rasponu od 5,7% do 63,9%. Na pojavu maladaptivnog ponašanja može da utiče više faktora od kojih su značajni: pol, starost, težina IO, dodatna oštećenja, rezidencijalno okruženje, kognitivno-emocionalni faktori, disfunkcija komunikacije i dr. Zajednička karakteristika svih ovih ponašanja je negativan efekat na kvalitet života same osobe i osoblja koje se brine o njima.

Pored psihotropnih lijekova i bihevioralnih metoda, u liječenju maladaptivnog ponašanja se koriste razne psihoterapijske metode, kognitivni i emocionalni treninzi, kreativne terapijske metode i funkcionalna analiza ponašanja. Uslov je da su prilagođene razvojnom nivou individue i njenom načinu komunikacije.

Ključne riječi: maladaptivno ponašanje, intelektualna ometenost, prevalenca, faktori rizika

Uvod

Maladaptivna ponašanja kod osoba sa intelektualnom ometenošću (u daljem tekstu IO) u stručnoj literaturi se još nazivaju problematična ponašanja, aberantna ponašanja, poremećaji ponašanja i sl. Novija anglosaksonska literatura navodi sintagmu „izazovno ponašanje“ (engl. „challenging behavior“) koje autorke Buha i Gligorović [1] prevode kao „ponašanje koje predstavlja izazov“ i objašnjavaju putem socijalnog modela ometenosti. Autorke ova ponašanja ne posmatraju kao karakteristiku same osobe već kao odgovor na skup različitih faktora (ličnih i kontekstualnih) tako da ona predstavljaju izazov sistemu zbrinjavanja. Time se akcenat stavlja na stručne službe i njihove mogućnosti ublažavanja ovog ponašanja.

Maladaptivno ponašanje kod osoba sa IO je definisano kao ponašanje koje je dovoljno često i/

ili dovoljno ozbiljno da ograničava sposobnost funkcionisanja osobe u svakodnevnom životu, učenje novih vještina i sticanje pristupa društvenim resursima [2]. Emerson [3, 4] sagledava maladaptivna ponašanja kao oblike ponašanja koji se u određenoj kulturi smatraju aberantnim, a koja su takvog intenziteta, učestalosti i trajanja da ugrožavaju zdravlje i fizičku bezbjednost same osobe ili osoba iz njenog okruženja. Ova ponašanja se definišu i kao ponavljani oblici ponašanja koji ometaju učenje i učešće u prosocijalnim interakcijama [5] i direktno ili indirektno umanjuju prava, dostojanstvo i kvalitet života pojedinca [6]. Izraz može da obuhvata niz ponašanja kao što su: fizička agresija prema stvarima ili ljudima, samopovređivanje, stereotipno ponašanje, seksualno neprimjereno ponašanje, uvredljivo ponašanje (kao što je požar ili krađa), manirizme i rituale [7]. Jedna od zajedničkih karakteristika svih ovih ponašanja je njihov negativan efekat koji se ogleda kroz niži kvalitet života individue, negativan uticaj na emocionalno blagostanje članova porodice, osoblja i sugrađana, smanjen pristup uslugama u zajednici i visok nivo potrebe za specijalnim, a samim tim i skupim uslugama [8, 9]. Niži kvalitet života se manifestuje kroz niz restriktivnih mjera i intervencija koje ograničavaju kretanje ili slobodu kao što su: zaključavanje vrata, sprečavanje boravka u određenim životnim prostorima, izdvajanje, umirenje i dugotrajno sediranje, fizičko zlostavljanje i smještanje u ustanove. Kao posljedica ovih ponašanja porodice, njegovatelji i osoblje takođe izvještavaju o nižem kvalitetu života, često navodeći frustraciju, umor, iscrpljenost, izgaranje na radnom mjestu i osjećanje nesposobnosti da obavljaju svoje uloge [4, 10]. Same osobe sa IO pripisuju maladaptivno ponašanje nedostatku strukture i jasnoće u svakodnevnom životu. Često nisu sigurni šta osoblje ili članovi porodice očekuju od njih, ili smatraju da drugi imaju prevelika očekivanja na koja oni ne mogu da odgovore [9].

Cilj ovog rada je da se pregledom dostupne literature omogući bolje razumijevanje prevalencije i oblika maladaptivnog ponašanja kao i faktora koji su povezani sa ovim ponašanjem kod osoba sa IO.

Metod

Uvid u relevantnu literaturu je izvršen pregledom elektronskih baza podataka (EBSCO host, ScienceDirect, ProQuest, Google Scholar, SCI-HUB), kao i publikovane literature dostupne biblioteci Medicinskog fakulteta Foča. Upotrijebljene su ključne riječi: intellectual disability, maladaptive behaviors, challenging behaviors, self-injurious behaviors, aggressive behaviors, stereotype behaviors, prevalence, risk factors. Pregledom su obuhvaćena istraživanja (doktorske disertacije, pregledni radovi, metaanalize, članci i knjige) u kojima su ispitivani, za potrebe ovog rada, relevantni aspekti maladaptivnog ponašanja (prevalenca, oblici i faktori rizika) u populaciji osoba sa IO, različitog nivoa intelektualnog funkcionisanja i svih uzrasnih kategorija, objavljenih u posljednje dvije decenije.

Prevalenca i oblici maladaptivnog ponašanja

Studije naglašavaju velike varijacije u prevalenci maladaptivnog ponašanja kod osoba sa IO koje se kreću u rasponu od 5,7% do 63,9% [11]. Ranija istraživanja navode da se prevalenca maladaptivnog ponašanja kretala između 10-20% sa tim što ima tendenciju rasta tokom puberteta i adolescencije [12]. Jedno njemačko istraživanje koje je obuhvatilo 1629 učenika sa IO osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta, pokazalo je da je maladaptivno ponašanje prisutno kod 52% ispitanika [13]. Emerson [3] ističe da se prevalenca maladaptivnog ponašanja kreće između 6,1% u otvorenoj zajednici do 40% u ustanovama za dugotrajni boravak. U dvjema populacionim studijama u Velikoj Britaniji prisustvo maladaptivnog ponašanja je utvrđeno kod 10-15% ispitanika [14, 15], norveška studija navodi prevalencu od 4% [16], Škotska od 22% [11]. Farmer i Aman [17] su u SAD, u studiji o maladaptivnom ponašanju, pronašli ove probleme u više od polovine uzorka, dok Cooper i saradnici [18] navode da prevalenca problema u ponašanju kod osoba sa IO na svim nivoima funkcionisanja iznosi 22,5%. Domaća istraživanja, na populaciji djece sa IO, navode da 42% ispoljava neki oblik maladaptivnog ponašanja. U ovim istraživanjima su

najzastupljenija eksternalizovana problematična ponašanja (38%) [19], dok se kod 26% djece javljaju internalizovane smetnje [20]. Učestalost hiperaktivnih oblika ponašanja kod djece sa lakom IO kreće se u rasponu od 30% [21] do 40% [22]. Dykens [24], kao uzroke varijabilnosti prevalencije maladaptivnih ponašanja navodi sljedeće: različiti nivoi intelektualnog funkcionisanja, razlike u tipu uzoraka (ambulantni, hospitalizovani, rezidencijalni), različiti načini procjene (primjena različitih upitnika i skala procjene), razlika u dijagnostičkoj nosologiji (DSC, ICD), različiti načini prikupljanja podataka (putem kliničkih bilješki ili iz računarskih baza podataka).

Kod osoba sa IO maladaptivna ponašanja se ispoljavaju u eksternalizovanoj i/ili internalizovanoj formi [25]. U internalizovana problematična ponašanja spadaju: briga, anksioznost, tuga i socijalno povlačenje [25], dok su najučestalija eksternalizovana problematična ponašanja: agresija, tantrumi, destruktivnost i stereotipije [26-28].

Područje od važnog značaja na polju IO je procjena i tretman tri najčešće vrste maladaptivnog ponašanja: samopovređivanje, agresija i stereotipno ponašanje. Ova tri oblika maladaptivnog ponašanja nisu izolovane vrste ponašanja. Oni se često javljaju zajedno i u komorbiditetu sa psihijatrijskim poremećajima. Na primjer, pojedinci koji pokazuju samopovređivanje takođe pokazuju visoke stope agresije i sve tri vrste maladaptivnog ponašanja su mnogo češće prisutne kod osoba sa komorbidnim psihijatrijskim dijagnozama [29]. Pojedini autori među najozbiljnija maladaptivna ponašanja osoba sa IO izdvajaju agresiju i samopovređivanje [30, 31]. U jednom domaćem istraživanju novijeg datuma Marković i Tomić [23] navode da je kod osoba sa IO najviše zastupljeno stereotipno ponašanje (76,7%), zatim slijede agresija i samopovređivanje.

Samopovređivanje

Samopovređujuće ponašanje spada u najopasnije maladaptivno ponašanje kod osoba sa IO. Prevalenca ovog ponašanja se kreće između 4 i 23% [11,32,33] i pokazuje tendenciju linearnog rasta sa opadanjem nivoa intelektualnog funkcionisanja, pa je tako najveća učestalost registrovana kod osoba sa dubokom IO. Ovakva prevalenca

je potvrđena i pregledom većeg broja istraživanja realizovanih u Americi i zemljama Zapadne Evrope [33].

Jedna od prvih definicija navodi da ovo ponašanje ima za posljedicu fizičku povredu sopstvenog tijela [34], ali je dalje definisano kao nedostatak namjerne ili samovoljne povrede koja razlikuje ovo ponašanje od ostalih oblika samopovređujućeg ponašanja, kao što su samoponižavanje i suicidalni postupci [29]. Druga komponenta definicije ovih ponašanja ističe da su ona dovoljno ozbiljna da uzrokuju oštećenje tkiva, poput krvarenja ili ožiljaka [35]. Ova ponašanja su idiosinkratična i sastoje se od širokog spektra različitih ponašanja koja se kreću od blagih do opasnih po život. Najčešće se javljaju u sljedećim oblicima: udaranje šakom direktno u glavu ili lice, ujedanje sopstvenog tijela [15], ali i ogrebotine, šamaranje po licu i grizenje usana [36].

Samopovređujuće ponašanje je relativno stabilno tokom vremena [37], a može imati i različitu etiologiju (genetsku, biološku, psihološku, sredinsku ili kombinacije) [38]. Pronađene su veze između ovog ponašanja i određenih sindroma (Prader-Vilijev sindrom, sindrom mačijeg kašlja, sindrom fragilnog x hromozoma) [39], ali i psihijatrijskih stanja (granični poremećaj ličnosti, bipolarni poremećaj, depresivni poremećaj) [40].

Agresivno ponašanje

Agresivnim se smatraju ponašanja koja imaju takav intenzitet, učestalost i trajanje da ozbiljno ugrožavaju fizičku bezbjednost same osobe ili osoba iz njenog okruženja i koja ozbiljno ograničavaju njihovo socijalno funkcionisanje [30]. Ona obuhvataju neka ili sva od navedenih ponašanja: fizičke napade na vršnjake, osoblje i članove porodice, verbalne prijetnje i neprijateljske izjave, prijetee gestove, tantrume, kao i uništavanje imovine [30, 41]. Prema rezultatima pojedinih istraživanja, prevalenca agresivnog ponašanja u populaciji osoba sa IO kreće se u opsegu od 2% do 51,8% [18, 37, 42-44]. Tyrer i saradnici [45] i Crocker i sar. [43] su ispitali prevalencu agresivnog ponašanja kod više od 3 000 osoba sa IO i zaključili da se ona kreće između 14% i 24,4%, dok rezultati nekih studija navode prevalencu od 30% do 60% [15, 46, 47]. Takođe, veća

prevalenca agresivnog ponašanja je zabilježena kod institucionalizovanih ispitanika u odnosu na ispitanike koje žive u otvorenoj zajednici [45, 46, 48]. Bordwiick-Duffy [42] ističe da se kod odraslih osoba sa IO koje žive samostalno ili u porodici učestalost agresije kreće u rasponu od 3% do 9%, a kod osoba koje su institucionalizovane čak do 49%.

U literaturi se navode i različiti subtipovi agresivnog ponašanja. Crocker i sar. [43] navode da su osobe sa lakom i umjerenom IO sklonije verbalnoj agresiji od osoba sa težom IO kod kojih su najzastupljenije forme fizičke agresije. Adams i Allen [49] zaključuju da je kod osoba sa težim oblikom IO najzastupljenija fizička agresija: šamaranje, bacanje predmeta, udaranje, uništavanje okruženja, guranje i čupanje za kosu, dok Matlock i Aman [50] navode pet tipova agresivnog ponašanja (verbalna, fizička, buling, neprijateljska i prikrivena agresija). Iako verbalna agresija i uništavanje imovine može biti izuzetno uznemirujuća za njegovatelje, fizička agresija prema drugima predstavlja teži izazov za one koji pružaju kliničku i svakodnevnu brigu, ali takođe utiče na fizičku sigurnost njegovatelja i okoline [45].

Stereotipno ponašanje

Iako se stereotipno ponašanje smatra jednim od ključnih obilježja poremećaja iz spektra autizma i neophodan kriterijum za postavljanje dijagnoze [51], ovakvo ponašanje, iako manje zastupljeno, je svojstveno i osobama sa IO [52-54]. Takođe, ponašanje se javlja i kao dio prirodnog razvoja kod djece tipične populacije [55], psihijatrijskih poremećaja (npr. šizofrenija, opsesivno-kompulzivni poremećaj) i neuroloških stanja (npr. Parkinsonova bolest, Tourette sindrom) [52]. Stereotipije ili stereotipna ponašanja su definisana kao ponavljajući, besciljni i nenamjerni pokreti koji uključuju njihanje tijela, mahanje rukama, pravljenje grimasa i ljuljanje glavom [56]. Smatra se da je njihanje tijela najrasprostranjeniji oblik stereotipije kod osoba sa IO [57]. U istraživanju na 25 872 osobe sa IO u institucionalizovanom okruženju, Rojahn [58] pronalazi da njih 62% ima neki oblik stereotipije, dok su Bodfish i sar. [52] na uzorku od 34 odrasle osobe sa IO utvrdili da 80% njih ima oblike ovog ponašanja. Nedavne

studije pružile su dokaz da su takva ponašanja multifunkcionalna, ponekad motivisana željom da se smanji anksioznost, dobije pažnja ili željeni objekat ili za željom za bijeg iz previše zahtjevnog okruženja [59].

Stereotipno ponašanje se sagledava i kao prekusor samopovređivanja [60]. Tako, Bernard-Brakova i saradnici [61] obuhvatajući osobe svih nivoa intelektualnog funkcionisanja, kod većine ispitanika (69%) pronalaze da je ovo ponašanje snažan prediktor samopovređivanja. Podaci istraživanja na djeci i adolescentima sa težim oblicima IO su ukazali na značajnu povezanost između učestalosti stereotipnog ponašanja i samopovređivanja [62, 63].

Faktori povezani sa maladaptivnim ponašanjem kod osoba sa IO

Istraživanje Lundqvista [64] je imalo za cilj da ispita prevalencu i faktore rizika za probleme u ponašanju koristeći Skalu problema u ponašanju (Behavior Problems Inventory-BPI). Ovo istraživanje je pokazalo da 62% ispitanika (N = 915) ima probleme u ponašanju (samopovređivanje, stereotipije, agresivno i destruktivno ponašanje), a 18,7% ispoljava ponašanje sa izraženim otporom. Najizraženiji faktori rizika za probleme u ponašanju su težina IO, autizam, poremećaji spavanja, senzorna preosjetljivost, disfunkcija komunikacije, socijalni deficiti i upotreba psihotropnih lijekova. U faktore koji su povezani sa maladaptivnim ponašanjem spadaju i pol, starost, tipovi smještaja i drugi.

U pregledu literature, Koritsas i Iacono [65, 66] definisali su razliku između riziko faktora i uzroka maladaptivnog ponašanja. U riziko faktore spadaju: kontekst, pol, starost, težina IO, dodatna oštećenja i tip smještaja. Međutim, literatura pokazuje neusklađene rezultate za svaki od ovih faktora. Sagledavajući uzroke maladaptivnog ponašanja, isti autori [66] razlikuju tri teorijska pristupa: primijenjenu analizu ponašanja (ABA), biološke faktore i psihijatrijske poremećaje. Složena priroda uzroka maladaptivnog ponašanja navela ih je da sugerišu biopsihosocijalni model koji uzima u obzir veći broj uzroka.

Pol

Istraživanja su pokazala mješovite nalaze u vezi sa polnim razlikama u prevalenci maladaptivnog ponašanja. Smith i saradnici [67] i Holden i Gitlsen [44] navode da nema polnih razlika u prevalenci maladaptivnog ponašanja, dok istraživačka studija Deb i saradnika [68] ističe da su teži problemi u ponašanju povezani sa ženskim polom. Nasuprot tome, Emerson i saradnici [14] i Low i saradnici [15] su identifikovali više muškaraca sa maladaptivnim ponašanjem nego žena, što može odražavati činjenicu da više muškaraca ima IO.

Uzrast

Istraživanja su dovela u vezu uzrast ispitanika i maladaptivno ponašanje. Emerson i saradnici [14] navode da je 60% osoba sa maladaptivnim ponašanjem bilo uzrasta od 12 do 35 godina i da se prevalenca ponašanja povećava tokom djetinjstva i adolescencije. Longitudinalna studija Richardson i Koller [69] koja je obuhvatila 221 djeteta i adolescenta sa IO nalazi da 65% onih koji su imali ozbiljne bihevioralne probleme u djetinjstvu imaju simptome i u odraslom dobu. Ipak ovi poremećaji imaju tendenciju ublažavanja i smanjivanja simptoma sazrijevanjem što odgovara i osobama tipičnog razvoja [70]. Neki autori smatraju da porastom starosne dobi osobe sa IO ispoljavaju agresivno ponašanje i samopovređivanje kao način manipulisanja i kontrolisanja okruženja [71], dok Smith i saradnici [67,66] izvještavaju da starenjem opada procenat osoba sa teškim problemima u ponašanju. Isto tako, u istraživanju maladaptivnog ponašanja kod osoba sa težim oblicima IO, je utvrđena veća učestalost ovog ponašanja kod djece uzrasta šest do 10 godina u odnosu na ispitanike uzrasta od 11 do 21 godinu [13]. Ovakve razlike u prevalenci se mogu dovesti u vezu sa lošijim adaptivnim vještinama i komunikativnim sposobnostima mlađih ispitanika. Autori takođe zaključuju da niži nivo razvoja receptivnog govora i veća potreba za njegovom predstavljaju faktore rizika za nastanak maladaptivnog ponašanja [13].

Težina IO i dodatna oštećenja

Rezultati studija koje su procenjivale odnos između maladaptivnog ponašanja i nivoa IO su pokazali da su samopovređivanje i stereotipno ponašanje negativno povezani sa intelektualnim funkcionisanjem, tj. veće stope ovih problema su prisutne kod pojedinaca sa nižim nivoom intelektualnog funkcionisanja [12, 36]. Tako, Smit i saradnici [67] navode da se prevalenca maladaptivnog ponašanja povećava sa težinom IO, te da 80% osoba sa dubokom IO pokazuje maladaptivno ponašanje. Emerson i saradnici [14] navode da je maladaptivno ponašanje vezano za adaptivno ponašanje, te da oni koji pokazuju ozbiljnije maladaptivno ponašanje vjerovatno će trebati veći nivo pomoći u hranjenju, odijevanju i kupanju, i imaće ograničeniju receptivnu i ekspresivnu komunikaciju. Slično tome, Holden i Gitlsen [44] su izvijestili da je maladaptivno ponašanje povezano sa oštećenjem komunikacije: na primjer, kod osoba sa izraženim problemima u ponašanju se uočavaju teškoće u započinjanju komunikacije i oni koriste fraze i rečenice koje su manje uobičajene. Pridruženost težih oblika IO i poremećaja iz spektra autizma je prediktivni činilac trajanja ovakvog ponašanja tokom višegodišnjeg vremenskog perioda [72].

Rezidencijalno okruženje

Neka istraživanja naglašavaju da je maladaptivno ponašanje češće i teže kod osoba sa IO koje borave u bolnicama ili ustanovama za dugotrajni boravak nego kod osoba koji žive u otvorenoj zajednici [67]. Navode se i razlozi povećane prevalencije u institucionalizovanim grupama. Prvi razlog je taj što maladaptivno ponašanje često vodi ka institucionalizaciji i ako je ono naučeno, onda institucionalizacija može doprinijeti njegovom razvoju [73]. Tirer i saradnici [45] navode je da je agresija češća kod osoba koji žive u ustanovama za grupni smještaj nego kod onih koji žive samostalno. U pregledu američkih studija Kim i saradnici [74] navode da je, u tri od 12 studija, došlo do smanjenja problema u ponašanju kod deinstitutionalizovanih ispitanika u odnosu na ispitanike u instituciji. Bhaumik i grupa saradnika [75] su radili istraživanje koje je imalo za cilj

procjenu promjene agresivnog ponašanja kod odraslih osoba poslije preseljenja iz institucije u otvorenu zajednicu i zaključili da su oblici agresivnog ponašanja smanjeni prelaskom u otvorenu zajednicu. Mastilo i saradnici [76] su kod institucionalizovanih žena sa IO pronašli sve tipove agresivnog ponašanja pri čemu su najviši skorovi zabilježeni na subskali neprijateljske agresije kod ispitanica sa lakom IO. Takođe, grupa koja je boravila u instituciji duže od 10 godina je pokazala više izraženo agresivno ponašanje što ide u prilog tvrdnji da se težina ispoljavanja ponašanja povećava sa dužinom boravka u instituciji.

Kognitivno-emocionalni faktori

Ovi faktori takođe imaju značaj u razumijevanju uzroka maladaptivnog ponašanja. Jedan od bitnih činilaca u tom smislu jeste i razvoj osjećanja empatije i krivice zbog neadekvatnog ponašanja. Osjećanje empatije je znatno slabije razvijeno kod osoba sa bihevioralnim smetnjama i ona često ne pokazuju osjećanje krivice zbog ispoljenog ponašanja koje se kosi sa određenim normama i dovodi do povrede imovine ili prava drugih osoba. Emocionalna regulacija je zavisna od procesa socijalizacije, vaspitanja i učenja, tako da poremećaj socijalnog učenja, neadekvatni identifikacioni uzorci i teškoće usvajanja socijalnih normi mogu rezultirati maladaptacijom, što je posebno izraženo kod djece sa IO, prije svega zbog kognitivno-komunikacionih problema, ali i zbog kašnjenja u adaptivnim vještinama i teškoćama uklapanja u socijalnu sredinu [77].

Izvor finansiranja. Autori nisu dobili sredstva namijenjena ovom istraživanju.

Etičko odobrenje. Članak ne sadrži nijednu studiju sa ljudima koju je izveo bilo koji od autora.

Sukob interesa. Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.

Zaključak

Iako maladaptivno ponašanje nije dijagnostički poremećaj, treba ga smatrati načinom komunikacije ili simptomom osnovnog problema, koje često ima neku funkciju za osobu sa IO. Maladaptivno ponašanje ima više oblika od kojih su najzastupljeniji samopovređivanje, agresivno i stereotipno ponašanje, a njihova zajednička karakteristika je negativan efekat na kvalitet života same osobe, ali i osoblja i roditelja koji su uključeni u brigu o ovim osobama.

Prevalenca ovog ponašanja je različita i kreće se od 5,7% do 63,9%, a zavisi od oblika ispoljavanja, nivoa IO, tipova smještaja. Na pojavu maladaptivnog ponašanja može da utiče više faktora od kojih su značajni, pol, starost, težina IO, dodatna oštećenja, rezidencijalno okruženje, lični faktori, komunikacione vještine i dr. Do nedavno se mislilo da se maladaptivna ponašanja osoba sa IO ne mogu liječiti ili da za tretman dolazi u obzir samo psihotropna medikacija i metode biheviorističke modifikacije ponašanja [78]. Danas se zna da kod takve djece i odraslih dolaze u obzir sve metode liječenja koje se primjenjuju kod tipične populacije. Uslov je da te metode budu prilagođene razvojnom nivou individue i njenom načinu komunikacije. To znači da razne psihoterapijske metode, kognitivni i emocionalni treninzi, ali i kreativne terapijske metode mogu poslužiti u suzbijanju maladaptivnih ponašanja ovih osoba [79, 80]. Konsenzus zdravstvenih profesionalaca je da intervencije ne bi trebalo da budu usmjerene na redukciju simptoma već da se fokusiraju na osobu, ponašanje i kontekst kroz multikomponentnu intervenciju od kojih je značajna funkcionalna analiza ponašanja [81].

Funding source. The authors received no specific funding for this work.

Ethical approval. This article does not contain any studies with human participants performed by any of the authors.

Conflicts of interest. The authors declare no conflict of interest.

Literatura

1. Buha N, Gligorović M. Problemi u ponašanju kod osoba sa intelektualnom ometenošću: osnovni pojmovi, učestalost i faktori rizika. *Specijalna edukacija i rehabilitacija* 2013;12(2):203–19
2. Rojahn J, Rowe EW, Sharber AC, Hastings R, Matson JL, Didden R, Dumont ELM. "The behavior problems inventory-short form for individuals with intellectual disabilities: Part I: development and provisional clinical reference data: behavior problems inventory-S: Part I". *J Intellect Disabil Res* 2012;56(5):527–45.
3. Emerson E. *Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1995
4. Emerson E, Einfeld S. *Challenging Behaviour*. Third edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2011
5. Smith BJ, Fox L. *Systems of service delivery: A synthesis of evidence relevant to young children at risk of or who have challenging behavior*. Tampa, FL: University of South Florida, Center for Evidence-based Practice: Young Children with Challenging Behavior; 2003.
6. McVilly K. *Positive behaviour support for people with intellectual disability: Evidence-based practice, promoting quality of life*. Sydney, NSW: Australian Society for the Study of Intellectual Disability; 2002.
7. Ali A, Blickwedel J, Hassiotis A. Interventions for challenging behaviour in intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment* 2014;20(3):184–92.
8. Griffith GM, Hutchinson L, Hastings RP. "I'm not a patient, I'm a person": The experiences of individuals with intellectual disabilities and challenging behavior – A thematic synthesis of qualitative studies. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2013;20(4), 469–88.
9. Wolkorte R, van Houwelingen I, Kroezen M. Challenging behaviours: Views and preferences of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2019;32:1421–27.
10. Hastings RP. Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2002;27(3):149–60.
11. Jones S, Cooper SA, Smiley E, Allen L, Williamson A, Morrison J. Prevalence of, and factors associated with, problem behaviors in adults with intellectual disabilities. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:678–86.
12. Mc Clintock K, Hall S, Oliver C. Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *J Intellect Disabil Res* 2003;47(6):405–16.
13. Dworschak W, Ratz C, Wagner M. Prevalence and putative risk markers of challenging behavior in students with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2016;58:94–103.
14. Emerson E, Kiernan C, Alborz A, Reeves D, Mason H, Swarbrick R., et al. Predicting the persistence of severe self-injurious behavior. *Res Dev Disabil* 2001;22:67–75.
15. Lowe K, Allen D, Jones E, Brophy S, Moore K, James W. Challenging behaviours: prevalence and topographies. *J Intellect Disabil Res* 2007;51(8):625–36
16. Holden B, Gitlesen JP. A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Res Dev Disabil* 2006;27(4):456–65.
17. Farmer CA, & Aman MG. Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2011;5(1):317–23.
18. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Allan L, Williamson A. Prevalence of and associations with mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *BJPsych* 2007;190:27–35
19. Brojčin B. *Pragmatska kompetencija dece sa lakom mentalnom retardacijom*. Doktorska disertacija, Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 2007.
20. Brojčin B, Glumbić N. Internalizovani oblici problematičnog ponašanja kod dece sa lakom intelektualnom ometenošću školskog uzrasta. *Specijalna edukacija i rehabilitacija* 2012;11:3–20.
21. Brojčin B, Glumbić N, Banković S. Hiperaktivni oblici ponašanja kod dece sa lakom intelektualnom ometenošću školskog uzrasta. *Pedagogija* 2009;64(2):225–35
22. Maćešić-Petrović D, Žigić V. Ponašanje i emocionalno funkcionisanje dece sa intelektualnom ometenošću. U: D. Radovanović, urednik. *Istraživanja u specijalnoj pedagogiji*. Beograd: FASPER, CIDD; 2009. str. 505–21.
23. Marković D, Tomić K. Maladaptivno ponašanje dece sa poremećajima autistinog spektra i dece sa intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija* 2018;17(1):33–61
24. Dykens E. Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychopathology* 2000;41(4):407–17
25. Campbell SB. Maladjustment in preschool children: A developmental psychopathology perspective. In: McCartney K, Phillips D, editors. *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006. p. 358–77.
26. Strachan R, Shaw R, Burrow C, Horsler K, Allen D,

- Oliver C. Experimental functional analysis of aggression in children with Angelman syndrome. *Res Dev Disabil* 2009;30(1):1095-106.
27. Swender SL, Matson JL, Mayville SB, Gonzalez ML, McDowell D. A functional assessment of hand mouthing among persons with severe and profound intellectual disability. *J Intell Dev Disabil* 2006;31:95-100.
 28. Tamaš D, Glumbić N. Faktori problema u ponašanju i tip stanovanja osoba sa intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija* 2015;14(1):55-74.
 29. Minshawi FN. Relationship between problem behaviors, function and adaptive skills in individuals with intellectual disability. *Disertation. Lusiana State University*, 2007.
 30. Embregts P, Didden R, Schreuder N, Huitink C, Van Nieuwenhuijzen M. Aggressive behavior in individuals with moderate to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility: An evaluation of functional variables. *Res Dev Disabil* 2009;30(4):682-8.
 31. Murphy O, Healy O, Leader G. Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorder in Ireland. *Res Autism Spectr Disord* 2009;3(2):474-82.
 32. Cooper SA, Smiley E, Allan LM, Jackson A, Finlayson J, Mantry D, & Morrison J. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *J Intellect Disabil Res* 2009;53(3):200-16.
 33. Rojahn J, Meier LJ. Epidemiology of Mental Illness and Maladaptive Behavior in Intellectual Disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation* 2009;9:239-87.
 34. Tate B, Barroff G. Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behav Res Ther* 1966;4:281-87.
 35. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991;148:306-17.
 36. Rojahn J, Esbensen AJ. Epidemiology of self-injurious behavior in mental retardation: A review. In: Schroeder SR, Oster-Granite ML, Thompson T, editors. *Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationship*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
 37. Emerson E. *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
 38. Luiselli JK. *The Handbook of High-Risk Challenging Behaviors in People with Intellectual and Developmental Disabilities*. Baltimore: Brookes Publishing; 2012
 39. Arron K, Oliver C, Moss J, Berg K, Burbidge C. The prevalence and phenomenology of self-injurious and aggressive behaviour in genetic syndromes. *J Intellect Disabil Res*. 2011;55(2):109-20.
 40. Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. Self-Mutilation and Suicide Attempts: Relationships to Bipolar Disorder, Borderline Personality Disorder, Temperament and Character. *Austr N Z J Psychiatry* 2010;44(3):250-57.
 41. Amore M, Bertell M, Villani D, Tamborini S, Rossi M. Olanzapine vs. risperidone in treating aggressive behaviours in adults with intellectual disability: a single blind study. *J Intellect Disabil* 2011;55(2):210-8.
 42. Borthwick-Duffy SA. Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(5):17-27
 43. Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, Brunet A, Morin D, Roy ME. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006;50(9):652-61.
 44. Holden B, Gitlesen JP. A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Res Dev Disabil* 2006;27(4):456-65.
 45. Tyrer F, McGrother CW, Thorp CF, Donaldson M, Bhaumik S, Watson JM, Hollin, C. Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: prevalence and associated factors. *J Intellect Disabil Res* 2006;50(4):295-304.
 46. Sigafos J, Elkins J, Kerr M, Attwood T. A survey of aggressive behaviour among a population of persons with intellectual disability in Queensland. *J Intellect Disabil Res* 1994;38(2):369-8
 47. Cohen I, Tsiouris J, Flory M, Kim SY, Freedland R, Heaney G, et al. A Large Scale Study of the Psychometric Characteristics of the IBR Modified Overt Aggression Scale: Findings and Evidence for Increased Self-Destructive Behaviors in Adult Females with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 2010;40(5):599-609
 48. Antonacci JD, Manuel C, Davis E. Diagnosis and treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities. *Psychiatr Q* 2008;79(4):225-47
 49. Adams D, Allen D. Assessing the need for reactive behavior management strategies in children with intellectual disability and severe challenging behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2001;45(4):335-43.
 50. Matlock ST, Aman MG. Development of the adult scale of hostility and aggression: Reactive/proactive (A-SHARP). *Am J Intellect Dev Disabil* 2011;116(4):130-41
 51. Kulage KM, Smaldone AM, Cohn EG. How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. *J Autism Dev Dis*

- sord 2014;44(8):1918-32.
52. Bodfish JW, Symons FJ, Parker DE, Lewis MH. (2000). Varieties of Repetitive Behavior in Autism: Comparisons to Mental Retardation. *J Autism Dev Disord* 2000;30(3):237-43.
 53. Rojahn J, Wilkins J, Matson JL, Boisjoli J. A comparison of adults with intellectual disabilities with and without ASD on parallel measures of challenging behaviour: The Behavior Problems Inventory-01 (BPI-01) and Autism Spectrum Disorders-Behavior Problems for Intellectually Disabled Adults (ASD-BPA). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2010; 23(2):179-85.
 54. Schroeder SR, Marquis JG, Reese MR, Richman DM, Mayo-Ortega L, Oyama-Ganiko R, Lawrence L. Risk factors for self-injury, aggression, and stereotyped behavior among young children at risk for intellectual and developmental disabilities. *Am J Intellect Dev Disabil* 2014;119(4):351-70.
 55. Berkson G, Tupa M. Early Development of Stereotyped and Self-Injurious Behaviors. *Journal of Early Intervention* 2000;23(1):1-19.
 56. Stossel AJ. Stereotyped motor phenomena in neurological disease. In S. J. Cooper and C. T. Dourish (Eds.), *Neurobiology of stereotyped behavior*. New York: Oxford University Press; 1990. p.260-92.
 57. Berkson G, Gallagher RJ. Control of feedback from abnormal stereotyped behaviors. In M. G. Wade (Ed.), *The development of coordination, control and skill in the mentally handicapped*. Amsterdam: North-Holland;1986. p.7-24
 58. Rojahn J. Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: Prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency* 1986;91:268-76.
 59. Ben-Sasson A, Cermak SA, Orsmond GI, Tager-Flusberg H, Carter AS, Kadlec MB, Dunn WW. Extreme sensory modulation behaviors in toddlers with autism spectrum disorders. *Am J Occup Ther* 2007;61(5):584-92.
 60. Hall S, Oliver C, Murphy G. Early development of self-injurious behavior: An empirical study. *Am J Ment Retard* 2001;106(2):189-99.
 61. Barnard BL, Rojahn J, Richman DM, Chesnut SR, Wei T. Stereotyped behaviors predicting self-injurious behavior in individuals with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2015;36:419-27.
 62. Davies LE, Oliver C. Self-injury, aggression and destruction in children with severe intellectual disability: Incidence, persistence and novel, predictive behavioural risk markers. *Res Dev Disabil* 2016;49-50:291-301.
 63. Oliver C, Petty J, Ruddick L, Bacarese-Hamilton M. The association between repetitive, self-injurious and aggressive behavior in children with severe intellectual disability. *J Autism Dev Disord* 2012;42(6):910-9.
 64. Lundqvist LO. Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: A total population study in Örebro County, Sweden. *Res Dev Disabil* 2013;34(4):1346-56.
 65. Koritsas S, Iacono T. Challenging behaviour and associated risk factors: An overview (part I). *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 2012;6(4):199-214.
 66. Koritsas S, Iacono T. Challenging behaviour: The causes (part II). *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 2012; 6(5):236-48.
 67. Smith S, Branford D, Collacott RA, Cooper SA, McGrother C. Prevalence and cluster typology of maladaptive behaviours in a geographically defined population of adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 1996;169:219-227
 68. Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. The rate of behavior disorder among a community based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res* 2001;45(9):506-14.
 69. Einfeld SL, Tonge BJ, Gray KM, Taffe J. Evolution of symptoms and syndromes of psychopathology in young people with mental retardation. *Int Rev Res Ment Retard* 2006;33:247-65.
 70. Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence, course and risk. In: Glidden LM; editor. *Int Rev Res Ment Retard* 2003;36: 93-134.
 71. Matson JL, Bamburg JW, Cherry KE, Paclawskyj TJ. A validity study on the Questions About Behavioral Function (QABF) Scale: predicting treatment success for self-injury, aggression, and stereotypies. *Res Dev Disabil* 1999; 20(2):163-75.
 72. Murphy GH, Beadle-Brown J, Wing L, Gould J, Shah A, Holmes N. Chronicity of challenging behaviours in people with severe intellectual disabilities and/or autism: A total population sample. *J Autism Dev Disord* 2005; 35(4):405-18.
 73. Rojahn J. Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. In T. Thompson (Ed.), *Destructive behavior in developmental disabilities*. Thousand Oaks: CASage; 1994. p. 49-67
 74. Kim S, Larson SA, Lakin KC. Behavioural outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual disabilities: a review of US studies conducted between 1980-1999. *Am J Intellect Dev Disabil* 2001;26(1):35-50
 75. Bhaumik S, Watson JM, Devapriam J, Raju LB, Tin NN, Kiani R, Talbott R, Parker R, Moore L, Majumdar

- SK, Ganghadaran SK, Dixon S, Das gupta A, Barrett M, Tirer F. Brief report: Aggressive challenging behavior in adults with intellectual disability following community resettlement. *Journal of Intellectual Disability Research* 2009;53(3):298-302.
76. Mastilo B, Vuković B, Šeatović S, Čalasan S. Agresivno ponašanje žena sa intelektualnom ometenošću smještenih u instituciji za trajni smještaj. *Biomedicinska istraživanja* 2019;10(1):47-55.
77. Tomić, K. Poremećaji ponašanja i depresivnost kod djece sa lakom intelektualnom ometenošću. Doktorska disertacija. Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, 2014.
78. Sinai A, Tenenbaum A, Aspler S, Lotan M, Morad M, Merrick J. Challenging Behavior and Related Factors in People with Intellectual Disability Living in Residential Care Centers in Israel. *Front Public Health* 2013;1:55-67.
79. Došen A. Mentalno zdravlje djece sa mentalnom retardacijom. *Medicina* 2005;42(41):101-6.
80. Mastilo B, Šeatović S, Malikanović N. Zdravlje i psihopatološka obilježja kod osoba sa intelektualnom ometenošću. IX Međunarodna naučno-stručna konferencija „Unapređenje kvaliteta života djece i mladih“. Tematski zbornik, Tuzla. 2018; p.75-87.
81. Gore NJ, Mc Gill P, Toogood S, Allen D, Hughes J C, Baker P, Denne LD. Definition and scope for positive behavioural support. *International Journal of Positive Behavioural Support* 2013; 3(2):14-23.

Maladaptive behavior in people with intellectual disabilities

Bojana Mastilo, Sladjana Čalasan

University of East Sarajevo, Faculty of Medicine, Foca, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

The aim of the study is to provide better understanding of the prevalence and forms of maladaptive behavior, as well as of the factors associated with this behavior in people with intellectual disability, by reviewing the available literature.

Maladaptive behavior is behavior that is common enough and/or severe enough to limit a person's ability to function properly in everyday life, learn new skills, and gain access to social resources. It covers a whole range of behaviors such as: physical aggression towards things or people, self-harm, stereotypical behavior, sexually inappropriate behavior, abusive behavior, etc. Studies highlight considerable variations in the prevalence of maladaptive behavior in individuals with IO ranging from 5.7% to 63.9%. The appearance of maladaptive behavior can be influenced by several factors, the most significant of which are the following: gender, age, severity of IO, additional impairments, residential environment, cognitive-emotional factors, communication dysfunction, etc. A common feature of all these behaviors is the negative effect on the quality of life of the person and the staff caring for them.

In addition to psychotropic drugs and behavioral methods, various psychotherapy methods, cognitive and emotional training, creative therapeutic methods and functional behavior analysis are used in the treatment of maladaptive behavior. The condition is that they are tailored to the individual's developmental level and his or her way of communication.

Keywords: maladaptive behavior, intellectual disability, prevalence, risk factors