

NEPOŽELJNI OBLICI PONAŠANJA OSOBA S TEŽOM MENTALNOM RETARDACIJOM¹

Borka Teodorović
Jasmina Frey

Fakultet za defektologiju
Sveučilišta u Zagrebu

Pregledni članak
UDK: 376.435
Prispjelo: 15. 7. 1986.

SAŽETAK

Pod nepoželjnim oblicima ponašanja razumijevamo sve one oblike ponašanja koje socijalna sredina doživljava kao upadljive, neprihvatljive ili takve koji onemogućavaju ili otežavaju usvajanje novih vještina i navika. Čini se da na učestalost i težinu pojave nepoželjnih oblika ponašanja osobito utječu stupanj mentalne retardacije, dob i vrsta tretmana. Iako uzroci nepoželjnih oblika ponašanja u osoba s mentalnom retardacijom nisu do kraja razjašnjeni najčešće se u literaturi spominju dvije osnovne etiološke skupine: bio-fiziološki i psihološki uzroci. Autoagresivna, agresivna i stereotipna ponašanja najučestaliji su oblici nepoželjnih ponašanja u osoba s mentalnom retardacijom. Postupci koji služe smanjenju ili otklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja su različiti a njihov izbor ovisi o težini i vrsti nepoželjnog ponašanja, individualnim osobinama osobe s mentalnom retardacijom te uvjetima u kojima se provodi tretman. Primjenom metoda modifikacije ponašanja postignuti su do sada u radu s teže mentalno retardiranim osobama najbolji rezultati.

Unutar populacije osoba s mentalnom retardacijom razlikuju se u skladu s postignutim rezultatima na testovima inteligencije i stupnjem adaptivnog ponašanja nekoliko podgrupa. Pojam mentalne retardacije odnosi se na značajno ispodprosječno opće intelektualno funkcioniranje koje se javlja istodobno s deficitima u adaptivnom ponašanju, a očituje se za vrijeme razvojnog razdoblja². Odstupanjima od 3 do 4 standardne devijacije ispod prosjeka na primijenjenim testovima inteligencije definirana je skupina osoba s umjerenom mentalnom retardacijom, a odstupanjima od 4 do

5, odnosno ispod 5 standardne devijacije skupina teže i teško mentalno retardiranih osoba.

U skladu s navedenim kriterijima definiranja mentalne retardacije broj osoba s mentalnom retardacijom iznosi 2 do 3 posto opće populacije na temelju teoretske krivulje. Novije epidemioološke studije pokazuju da je broj djece sa QI ispod 40 veći od očekivanog, te da se kreće oko 4 u 1000 djece školske dobi (Snell i Renzaglia, 1982).

Pored znatno snižene razine intelektualnog funkcioniranja i stupnja adaptivnog

¹ U ovom radu naziv teža mentalna retardacija upotrebljava se kao sinonim za umjerenu, težu i tešku mentalnu retardaciju.

² Grossman, H.D., urednik: Manual on terminology and classification in mental retardation, Washington, D.C. American Association on Mental Deficiency, 1977.

ponašanja u osoba s umjerenom, težom i teškom mentalnom retardacijom javljaju se u 25 od 50 posto slučajeva dodatne smetnje u razvoju uključujući smetnje na području motorike, senzorička oštećenja, cerebralnu paralizu, epilepsiju, teške poremećaje govora ili izostanak razvoja govora. Pojavu poremećaja u ponašanju možemo također smatrati dodatnom smetnjom u razvoju djeteta, koja znatno smanjuje vjerojatnost njegove uspješne adaptacije. Neki od neprihvatljivih oblika ponašanja koji se relativno često javljaju u osoba s težom mentalnom retardacijom su agresivnost usmjerena na druge osobe ili predmete, ispadi bijesa, samoozljeđivanje (npr., udaranje glavom, grizenje ruku) i stereotipna ponašanja. Mnogo rjeđa su bizarna ponašanja kao što su, npr.: povraćanje i ponovno gutanje povraćenog, jedenje nejestivih tvari, uključujući fekalije i sl. Rezultati istraživanja pokazuju da na učestalost i težinu pojave nepoželjnih oblika ponašanja, između ostalog, utječe stupanj mentalne retardacije, tj. što je mentalna retardacija teža, to su učestalije pojave nepoželjnih oblika ponašanja, dob ispitanika i vrsta tretmana (institucionalan ili izvaninstitucionalan). Olechnowicz (1976) ističe značaj zadovoljavanja potreba djeteta za osjećajem sigurnosti, za socijalizacijom, za održanjem, za psihomotornim razvojem i za učenjem i istraživanjem kao preduvjeta zdravog tjelesnog i psihičkog razvoja svakog djeteta. Na žalost, rano razvojno razdoblje djece s težom mentalnom retardacijom najčešće je vezano uz situacije u kojima nije moguće osigurati zadovoljavanje tih potreba. Tu se prije svega misli na stresom poremećen emocionalan odnos u obitelji nakon postavljanja dijagnoze oštećenja, potrebu za češćom hospitalizacijom djece u ranoj dobi, i, na-

pokon, ranu institucionalizaciju, koja se često čini jedinim, ali za zdrav psihički razvoj djece zacijelo ne najsretnijim rješenjem. Tako se uz organski uvjetovane teškoće u razvoju djece s težom mentalnom retardacijom nadovezuju i nepovoljni vanjski faktori koji su sasvim sigurno odgovorni za niz neadekvatnih oblika ponašanja primjetljivih kod ove djece, a koji, prema Specku (1980), u ekstremnim oblicima uzrokuju neuroze i psihoze.

Dosadašnja istraživanja nepoželjnih oblika ponašanja u osoba s težom mentalnom retardacijom provedena su u tri pravca:

- proučavanje uzroka i učestalosti pojave nepoželjnih oblika ponašanja,
- proučavanje vrsta nepoželjnih oblika ponašanja,
- proučavanje postupaka čiji je cilj ublažavanje ili otklanjanje nepoželjnih oblika ponašanja.

U kontekstu ovog rada opredijelili smo se za naziv "nepoželjni oblici ponašanja", pod kojim se razumijevaju svi oni oblici ponašanja koji se javljaju u osoba s težom mentalnom retardacijom, a koje njihova socijalna sredina doživljava kao upadljive i neprihvatljive. Dalje, to su takvi oblici ponašanja koji otežavaju ili onemogućuju pojedinca u usvajanju novih vještina i navika, te time otežavaju ili onemogućuju njegovu socijalizaciju.

MOGUĆI UZROCI NEPOŽELJNIH OBLIKA PONAŠANJA U OSOBA S MENTALNOM RETARDACIJOM

Iako se posljednjih godina podosta stručnih i znanstvenih radova bavi proučavanjem problema nepoželjnih oblika ponašanja u osoba s mentalnom retardacijom,

ipak mnoga pitanja ostaju otvorena. Očito je da nepoželjni oblici ponašanja ne predstavljaju jedinstven fenomen. Oni se javljaju kod različitih osoba s mentalnom retardacijom, u različitim oblicima i pod različitim uvjetima, stoga se može pretpostaviti da će i uzroci različitih vrsta nepoželjnih oblika ponašanja biti različiti. Jedan od pokušaja da se različiti pristupi u tumačenju etiologije neprihvatljivih oblika ponašanja u osoba s mentalnom retardacijom sistematiziraju je podjela na bio-fiziološke i psihološke uzroke (Heward i Orlansky, 1984). Prema toj podjeli, u prvu etiološku skupinu neprihvatljivih oblika ponašanja pripadaju oni koji se očituju kod osoba s evidentiranim organskim oštećenjima središnjeg živčanog sustava. Poticaj za razmišljanje da bi u osnovi neprihvatljivih oblika ponašanja mogao biti organski poremećaj dali su opisi dvaju rijetkih sindroma u mentalnoj retardaciji kod kojih se osobito često javlja samodestruktivno ponašanje. To su Lesch-Nyhanov sindrom tj. bolest koja se recesivno nasljeđuje i kod koje se kao karakteristični oblici samodestruktivnog ponašanja javljaju grizenje vlastitih usnica i prstiju.

Kod velikog broja djece sa sindromom autizma pronađeni su neurokemijski poremećaji u središnjem živčanom sustavu. Na organsku etiologiju autizma i nepoželjnih oblika ponašanja upozoravaju i Menolascino i Eyde (1979) koji govore o pre i postnatalnim infekcijama središnjeg živčanog sustava i o kromosomskim aberacijama.

Brachmande Langeov sindrom, također rijetka bolest čija patogeneza nije do kraja objašnjena, javlja se sporadično, a utvrđene su i određene kromosomske aberacije.

Udaranje i grizenje dva su karakteristična oblika autoagresivnog ponašanja koja se javljaju kod tog sindroma.

Istraživanja vršena posljednjih godina upućuju na promjene u koncentraciji određenih biokemijskih substanci u središnjem živčanom sustavu kod osoba s mentalnom retardacijom koje iskazuju agresivno i autoagresivno ponašanje. Utvrđena je također nedovoljna neurološka zrelost živčanog sustava, relativna neosjetljivost na bolne podražaje ovih osoba, kao i osobita sposobnost organizma da kao reakciju na bol i ozljede tvori vlastite opijate koji djeluju kao analgetici (Cataldo i Harris, 1982).

Hipoteza razvoja polazi od pretpostavke da odlučujuću ulogu u razvoju nepoželjnih oblika ponašanja imaju faktori razvoja. Rojahn, Fenzau i Hauschild (1985) navode promatranja Lourié (1943) i Kravitz, von Rosenthala, Teplitza, Hurphyja i Lessera (1960) da se kod mnoge male djece bez teškoća u razvoju javlja lagano ritmičko udaranje glavom osobito često vezano uz izbijanje sjekutića i upale srednjeg uha, pa se stječe dojam da takvo ponašanje umiruje dijete, odnosno pridonosi smanjenju osjećaja boli. Udaranje glavom zdrave djece nestaje najčešće u dobi do 32 mjeseca. I neki drugi oblici ponašanja, npr. kao negativizam, agresija i stereotipije javljaju se u određenim fazama normalnog razvoja djeteta, relativno brzo nestaju i stoga ne predstavljaju poseban problem. Negativizam (Hurlock, 1960) je oblik pretjeranog pružanja otpora djeteta kada ono nailazi na naročite teškoće u prilagođavanju svojih zahtjeva zahtjevima drugih. Najčešće je izražen u trećoj godini i obično nestaje u četvrtoj godini djetetova života. Stereotipije su na izgled besciljni pokreti

tijela ili držanja tijela koji se kod pojedinca javljaju uvijek nanovo i na gotovo istovjetan način. Ritmičko ljuljanje tijela oblik je samostimulacije djeteta koje se najčešće javlja prije spavanja. Ova je pojava vrlo česta u djece s mentalnom retardacijom, i to osobito kod one djece kojoj nedostaje stimulacija iz okoline. Nedostatna stimulacija može biti posljedica loše organizacije rada u ustanovi u kojoj se djeca nalaze, višestrukog oštećenja djeteta, koje onemogućuje primanje podražaja iz okoline ili takvih poremećaja koji uzrokuju osobito veliku potrebu za podražajima senzornih organa. Jedna od pretpostavki je da se samodestruktivno ponašanje razvija iz stereotipija, odnosno samodestruktivno ponašanje tumači se kao ekstremni oblik stereotipnog ponašanja (Cataldo i Harris, 1982; Rojahn, Schroder i Mulick, 1983).

Duže zadržavanje na ranim razvojnim fazama djece s težom mentalnom retardacijom može, pod određenim uvjetima, dovesti i do fiksacija negativističkog, agresivnog ili stereotipnog ponašanja, pri čemu, bez sumnje, i učenje ima značajnu ulogu. Tako teorije učenja objašnjavaju nepoželjne oblike ponašanja kao naučena ponašanja u najširem smislu te riječi. Pri tome se polazi od dvije različite pretpostavke. Jednom se nepoželjni oblici ponašanja tumače kao pokušaj izbjegavanja ili isključenja drugih neugodnih situacija, npr. boli, ili zadataka koji se u svakodnevnom životu nameću, a pojedinac ih nerado obavlja. U drugom slučaju smatra se da su ta ponašanja pod utjecajem pojačanja kao što su pažnja roditelja, stručnjaka ili drugih osoba koja se daju djetetu prilikom iskazivanja nepoželjnog ponašanja.

Psihoanalitičke teorije tumače agresivnost kao opće simboličko ponašanje. Tako

Cain (1961) navodi ova psihoanalitička tumačenja samodestruktivnog ponašanja u djece normalnog kognitivnog razvoja:

- ponašanje koje služi stjecanju tjelesnog realiteta (Greenacre),
- pokušaj razdvajanja sebe od vanjskog svijeta (Bycoesky),
- oblik suicidalnog samokažnjavanja do kojeg dolazi zbog osjećaja krivnje (Menninger). Pitanje je da li ovakva tumačenja mogu poslužiti u objašnjenju tih oblika ponašanja u djece s težom mentalnom retardacijom.

EPIDEMIOLOGIJA

Najčešći oblici nepoželjnog ponašanja u osoba s umjerenom, težom i teškom mentalnom retardacijom su, prema mnogim istraživanjima, autoagresivna ponašanja i stereotipije. U stručnoj se literaturi samodestruktivna ponašanja često definiraju kao takva ponašanja kojima se izazivaju ozljede na vlastitom tijelu (Tate i Baroff, 1966). Ovom definicijom, koja se samo ograničuje na opis simptoma, ne razlikuje se samodestruktivno ponašanje od drugih oblika ponašanja koji nisu karakteristični samo za osobe s mentalnom retardacijom, a kojima se također ozljeđuje vlastiti organizam. To su npr. suicidalna ponašanja, pa i prekomjerno pijenje alkohola, uživanje droge i sl.

Von Torne (1974) razlikuje automutilaciju (samoosakaćenje) od autoagresija, autodestrukcija (npr. suicid) i od habitualnog ophođenja (npr. grizenje noktiju). Pod automutilacijom, autor razumijeva one oblike ponašanja koji su bolni i posljedica kojih su ozljede površine tijela do kojih je moglo doći i nenamjerno. Ovo zasigurno predstavlja pokušaj da se u vrlo širok dijapazon

najrazličitijih oblika ponašanja, koji variraju ne samo po obliku već i intenzitetu i učestalosti, uvede neki red i time omogućiti preciznije definiranje. Čini se međutim da je osnovni problem u nemogućnosti da se povuku oštre granice između ponašanja koje se obilježava kao samoosakaćivanje, autoagresija, autodestrukcija i habitualnih ponašanja, te da se ne može samo na osnovi promatranja manifestiranog ponašanja zaključiti u koju grupu samodestruktivnog ponašanja ono pripada (Rojahn, Fenzau i Hauschild, 1985).

Analizirajući rezultate većeg broja ispitivanja autoagresivnog ponašanja osoba s mentalnom retardacijom, Rojahn, Fenzau i Hauschild (1985) navode ove:

1. Samodestruktivno ponašanje javlja se u 8 do 14 posto osoba s težom mentalnom retardacijom smještenih u instituciju;

2. Učestalost i težina nepoželjnog ponašanja povećavaju se s težinom mentalne retardacije; ono je češće prisutno kod osoba s težom i teškom mentalnom retardacijom, nego kod osoba s umjerenom mentalnom retardacijom;

3. Autoagresivno ponašanje često je praćeno i drugim oblicima nepoželjnog ponašanja, kao što su, primjerice, agresivnost usmjerena prema drugim osobama ili predrasudama i stereotipije;

4. Kod osoba koje iskazuju autoagresivno ponašanje češći su neuropatološki nalazi nego kod osoba s mentalnom retardacijom koje ne iskazuju te oblike nepoželjnog ponašanja;

5. Što se nepoželjno ponašanje duže očituje, to ono postaje i veći problem;

6. Osobe sa samodestruktivnim oblicima ponašanja u prosjeku su duže boravile u zavodima od osoba iste životne dobi i stup-

nja mentalne retardacije koje ne iskazuju takve oblike ponašanja;

7. Najčešći oblici samodestruktivnog ponašanja su udaranje glavom, grizenje, grebanje, pljuskanje i čupanje kose;

8. Čini se da je udaranje glavom učestalije kod muške, a grizenje kod ženske populacije mentalno retardiranih.

Iako su uzorci ispitanika obuhvaćeni istraživanjima čije rezultate navode Rojahn, Fenzau i Hauschild (1985) vrlo heterogeni obzirom na dob, stupanj mentalne retardacije, spol, i veličinu, a način prikupljanja podataka i njihove obrade često vrlo različiti od istraživanja do istraživanja, na osnovi opažanja u ustanovama u našoj zemlji čini se da bi zaključke navedenih autora mogli smatrati plauzibilnim.

Stereotipna ponašanja također su učestalija kod osoba s težim stupnjevima mentalne retardacije. Vrlo je visoka učestalost tog oblika ponašanja kod institucionaliziranih rehabilitanata, te ona prema ispitivanju Kaufmana i suradnika (1965) iznosi 66 do 69 posto. Čini se da postoji značajna razlika u učestalosti ovog ponašanja kod institucionalizirane mentalno retardirane djece i djece koja borave u vlastitim obiteljima (Kaufman, 1967). Učestalost stereotipnih oblika ponašanja u djece s mentalnom retardacijom mogla bi biti i povod za sumnju u kvalitetu tretmana koji rehabilitanti imaju u ustanovi u kojoj se nalaze (Klaber i Butterfield, 1968). Ovakvi nalazi idu u prilog već prije spomenutoj teoriji o senzornoj deprivaciji kao uzroku iskazivanja stereotipnog ponašanja. Berkson i Davenport (1962) ustanovili su da su stereotipije uobičajena pojava kod slijepo mentalno retardirane djece.

Mali je broj istraživanja koja obuhvaćaju velik uzorak djece s težom i teškom men-

talnom retardacijom s nepoželjnim oblicima ponašanja. Takva istraživanja, čiji je cilj stvaranje taksona ponašanja na osnovi određenih parametara (npr. učestalost, intenzitet, trajanje, slijed, vrsta ponašanja), omogućavaju jasnije upoznavanje etiologije ponašanja, izbor tretmana, prognozu i praćenje uspješnosti određenog postupka.

Taksonomsku analizu nepoželjnih oblika ponašanja u uzorku od 208 ispitanika smještenih u ustanove za mentalno retardirane osobe proveli su supruzi Schroeder, zatim Smith i Doll Dorf (1978). Vrlo slične rezultate, kao i u prvom ispitivanju, ista je grupa autora dobila ispitujući 140 ispitanika u 75 kontrolnih naknadno provedenih istraživanja (Schroeder i dr., 1980). Na osnovi ovih istraživanja utvrđene su ove grupe nepoželjnih ponašanja kod osoba s težom i teškom mentalnom retardacijom: a) **autoagresivni oblici ponašanja** – udaranje glavom, šamaranje, udaranje samog sebe, grebanje, ubadanje, štapanje, čupanje kose, vučenje za uši, žvakanje i sisanje, grizenje, namjerno povraćanje, koprofagija (jedenje vlastitih fekalija), aerofagija (gutanje zraka i podrigivanje), polidipsija (pretjerana potreba za uzimanjem tekućina), kombinacija više navedenih ponašanja; b) **stereotipni oblici ponašanja**: ljuljanje tijela, okretanje glave, "treperenje" prstima šake, lupkanje rukama, cupkanje na mjestu, učestalo ponavljanje određenih pokreta ustima pri čemu se proizvode specifični zvukovi (mljackanje, roktanje, cviljenje, stenjanje), manipuliranje određenim objektom (listić, traka, papir, štapić, čep, plastični tanjurić, i sl.); c) **ostala ponašanja**: agresivnost i destruktivnost (prema drugim osobama i predmetima iz okoline) i emocionalni ispadi.

Rojahn, Fenzau i Hauschild (1985) proveli su ispitivanje učestalosti samodestruktivnog ponašanja adolescenata i odraslih osoba s težom mentalnom retardacijom smještenih u stambenim jedinicama i zaposlenim u zaštitnim radionicama ili uključenim u radno osposobljavanje u okviru dnevnih centara ili specijalnim školama. Od 1220 ustanova na području Savezne Republike Njemačke, uključenih u ovo ispitivanje, u 180 ustanova su registrirane osobe s autodestruktivnim ponašanjem, odnosno od 16456 osoba obuhvaćenih tretmanom u navedenim ustanovama kod 431 osoba opažen je bar jedan oblik samodestruktivnog ponašanja. Postotak učestalosti od 2,6 posto mnogo je manji od onog utvrđenog u ispitivanjima osoba s mentalnom retardacijom smještenim u zavodima, što je i u skladu s očekivanjima. Pojava samodestruktivnog ponašanja podjednaka je u odnosu prema spolu (52 posto muških i 48 posto ženskih) ispitanika.

Na osnovi dobivenih podataka, a primjenom klaster analize i multivarijatnog skaliranja utvrđenih 15 oblika samodestruktivnog ponašanja grupirano je u tri skupine:

Prvu grupu čine: samoudaranje (glava–tijelo, glava–predmet, tijelo–tijelo i tijelo–objekt), štapanje, grizenje, grebanje i čupanje kose (trihilomianija);

Drugu grupu čine sva ona ponašanja kojima se uvode predmeti u tijelo (gutanje nejestivih predmeta–pika, prekomjerno pijenje, gutanje zraka–aerografija, kao i ugraviranje predmeta ili prstiju u otvore tijela);

Treća grupa slabo je definirana sa samo dva oblika ponašanja – ponovno žvakanje povraćene hrane i škripanje zubima (brukizam).

Prva grupa sadrži socijalno upadljivija ponašanja te se čini da su jače pod utjecajem socijalnog pojačavanja, dok su ponašanja koja ulaze u drugu grupu u većoj mjeri ovisna o unutarnjim pojačanjima (autostimulacija).

Slično ispitivanje provela je Bruckmuller (1985) kojim je u populaciji od 265 umjereno i teže mentalno retardiranih osoba, te osoba s višestrukim oštećenjima u dobi od 16 do 40 godina na području grada Beča, utvrdila učestalost i oblike javljanja agresivnog ponašanja. Sve osobe obuhvaćene ovim ispitivanjem zaposlene su u zaštitnim radionicama i/ili smještene u stambenim jedinicama. Primijenjen je "Upitnik za ispitivanje agresivnosti kod umjereno i teže mentalno retardiranih osoba" (Hacke i suradnici, 1980). Upitnik sadrži 48 čestica, od kojih 28 pripada skali heteroagresivnosti, a 15 skali autoagresivnosti, ostalih 5 čestica su kontrolne čestice. Prikupljeni su i podaci o učestalosti agresivnog ponašanja, socijalnom položaju ispitanika u grupi, procjeni težine problema uz rad u grupi, kao i ostali upadljivi oblici ponašanja.

Na osnovi izjava voditelja zaštitnih radionica i stambenih jedinica izdvojeno je od ukupno 265 osoba 30, tj. 11,23 posto onih s agresivnim ponašanjem, oba spola. Kontrolna grupa (N=30) odabrana je na osnovi slučajnog izbora iz opće populacije.

Gore naveden Upitnik ispunjavali su voditelji grupa i istovremeno, samo odvojeno, rukovodioci ustanova. Rezultati dobiveni analizom varijance pokazuju da postoje značajne razlike u stupnju agresivnosti kontrolne i eksperimentalne grupe. Isto su tako utvrđene značajne razlike u procjeni ponašanja rukovodilaca ustanova i voditelja grupa. Kod rukovodilaca ustanova do-

bivene su veće vrijednosti u Skali "heteroagresivnost", dok su autoagresivnost jednako procijenili i rukovodioci i voditelji grupa. Te razlike u procjeni autor pripisuje različitim pozicijama procjenjivača u procesu rada.

Čini se da autoagresivnost manje ometa rad u grupi, te je stoga procjena tog ponašanja u obe grupe procjenjivača podjednaka.

Dobiveni rezultati zatim pokazuju da s porastom životne dobi agresivnost raste, da je pozicija u grupi onih koji su označeni kao jako agresivni pozicija autsajdera u 50 posto slučajeva, a u 20 posto vođa s negativnim predznakom. Kod osoba s vrlo izraženom agresivnošću primjećuje se tendencija ka heteroagresivnosti.

U odnosu prema varijabli stupnja mentalne retardacije, dobiveni rezultati pokazuju, po ocjeni procjenjivača, da se u 50 posto slučajeva radi o osobama s težom mentalnom retardacijom. Rezultati dobiveni primjenom Upitnika nisu u značajnoj povezanosti s navedenim rezultatima procjene. Strah i depresija navode se kao dodatni problemi u 50 posto ispitanika. Kod jedne trećine ispitanika primjećuje se ambivalentan odnos prema bližnjima.

TRETMAN

U nastojanju da se eliminiraju nepoželjni oblici ponašanja kod osoba s težom mentalnom retardacijom, primjenjuje se niz postupaka. Izbor i način primjene određenih postupaka (obično je to kombinacija različitih ili sličnih metoda), ovisi o težini i vrsti nepoželjnog ponašanja, individualnim osobinama osoba s mentalnom retardacijom, te o uvjetima u kojima se provodi

tretman. Dalje, izbor postupka ovisi i o teoretskom pristupu različitih autora tom problemu.

1. Sve do razvoja terapijskih tehnika za mijenjanje ponašanja psihofarmaci (prije svega neuroleptici) i mehaničko fiksiranje bile su osnovne metode tretmana. Nedostatak ovih metoda je da je njihov efekat vrlo nespecifičan, te da imaju negativne popratne pojave, prije svega u smanjenju mogućnosti za izvođenje i usvajanje pozitivnih oblika ponašanja. Najraniji izvještaj o primjeni trankvilizatora (chloropromazin) u tretmanu mentalno retardiranih osoba bili su vrlo entuzijastični. Naime, djelovanju tog sredstva pripisivale su se velike pozitivne promjene u ponašanju, kao što je, npr. veća samostalnost, bolji rezultati na testovima inteligencije, te općenito poboljšanje u adaptivnom ponašanju. Jedan od najčešće primjenjivanih i najviše ispitivanih lijekova do danas je, prema McConahey i suradnicima (1977), chloropromazin, koji je u zadnjih 15 godina primilo najmanje 15 milijuna pacijenata, dok je njegovo djelovanje, prema ovim autorima, opisano u više od 10 000 publikacija.

Wisocky (1984),³ dajući opsežan prikaz literature, zaključuje da usprkos 30-godišnje uporabe medikamentozne terapije nije pronađen lijek kojim bi se moglo liječiti agresivno ponašanje. Dugogodišnje uzimanje neuroleptika uzrokuje zamućenje leče i smetnje na području motorike (Gualtieri i Hawk, 1980).

2. Terapijske tehnike

Favell i suradnici (1982) podijelili su terapijske metode kojima se mijenja ponašanje i koje se razvijaju od 60-ih godina na ovamo, u 4 grupe:

– pozitivno pojačanje oblika ponašanja koje je inkompatibilno s nepoželjnim oblikom ponašanja, ili koje preuzimlje funkciju tog ponašanja, npr. razvoj sposobnosti komunikacija kod djece koja agresivno ponašanje koriste kao oblik komunikacije;

– promjena uvjeta koji su odgovorni za pojavu neprihvatljivih oblika ponašanja;

– onemogućavanje mehanizma pojačanja nepoželjnim oblika ponašanja, najčešće isključenjem pozitivnog pojačanja (time-out) i gašenjem;

– primjena kazne odnosno averzivnih tehnika.

Najbolje rezultate do sada dala je primjena modifikacije ponašanja koja se danas i najčešće koristi u otklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja osoba s težom mentalnom retardacijom.

Primjenom pozitivnih i negativnih pojačanja, odnosno isključivanjem iz mogućnosti dobivanja bilo kojeg pojačanja ili pomoću pojačanja inkompatibilnog ponašanja, dalje, primjenom averzivnih podražaja (kazna neugodnim podražajima) i imobilizacijom, postignuti su različiti rezultati u eliminaciji ili smanjenju agresivnog ponašanja (Azrin i sur. 1975; Johnson i Baumeister 1978; Schroeder i sur. 1980; Russell i Forness 1985).

Slične ili iste tehnike modifikacije ponašanja primjenjuju se s različitom djelotvornošću u otklanjanju stereotipija. Ti postupci su ovi: isključenje (time-out), gašenje, kazna, diferencijalno pojačanje drugog ponašanja, usvajanje inkompatibilnog ponašanja, pretjerano ispravljanje (overcorrection) i senzorno gašenje (Azrin i sur. 1973; Denny 1980; Bitgood i sur. 1980; Spindler–Barton i Broughton 1980).

³ Prema Rojahn, J. i suradnici, 1985.

LITERATURA

1. ABRAMOWICZ, H.K. i S.A. RICHARDSON: Epidemiology of severe mental retardation in children: Community studies, *American Journal of Mental Deficiency*, 1975, **80**, 18–39
2. AZRIN, N.N.; S.J. KAPLAN i R.M. FOXX: Autism reversal eliminating stereotyped selfstimulation of retarded individuals, *American Journal of Mental Deficiency*, **78**, 1973, 241–248
3. AZRIN, N.N.; L. GOTTLIEB; N.D. WESLOWSKI i T. RAHN: Eliminating self-injurious behavior by educative procedures, *Behavior Research Therapy*, **13**, 1975, 101–111
4. BERKSON, G. i R.K. DAVENPORT: Stereotyped movements in mental defectives – initial survey, *American Journal of Mental Deficiency*, **66**, 1962, 849–852
5. BITGOOD, S.C.; M.J. CROWE; Y. SUAREZ i R.D. PETERS: Immobilization: effects and side effects on stereotyped behavior in children, *Behavior Modification*, **4**, 1980, 187–208
6. BRUCKMULLER, M.: Aggression und Regression bei geistiger Behinderung – Ausdrucksmittel oder Störung? *Geistige Behinderung*, **2**, 1985, 114–125
7. CAIN, A.C.: The presuperego "turning inward" of aggression, *The Psychoanalytical Quarterly*, **30**, 1961, 171–208
8. CATALDO, M.F. i J. HARRIS: The biological basis for self-injury in the mentally retarded, *Analysis and intervention in development disabilities*, **2**, 1982, 21–39
9. DENNY, M.: Reducing self-stimulatory behavior of mentally retarded persons by alternative positive practice, *American Journal of Mental Deficiency*, **84**, 1980, 610–615
10. FAVELL, J.E. i suradnici: The treatment of self-injurious behavior, *Behavior Therapy*, **13**, 1982, 529–554
11. GAJER-PIACUN, Đ.: Psihički poremećaji djece i omladine. Socijalna zaštita, Zagreb, 1985.
12. GROSSMAN, H.D. urednik: Manual on terminology and classification on mental retardation, Washington, D.C. American Association on Mental Deficiency, 1977
13. GUALTIERI, C.T.; B. HAWK: Tardive dyskinesia and other drug-induced movement disorders among handicapped children and youth, *Applied Research in Mental Retardation*, **1**, 1980, 55–70
14. HACKE, W.; B. HAMMERSTROM; K. JUNGEN i G. GOHLA: Der Aggressionsfragebogen für Geistigbehinderte, *Heilpädagogische Forschung*, **3**, 1980, 297–309
15. HEWARD, W.L. i M.D. ORLANSKY: *Exceptional Children. An introductory survey of special education.* Charles E. Merrill, Columbus, Ohio, 1984.
16. HURLOCK, E.B.: *Razvojna psihologija.* Zavod za unapređivanje školstva NRH, Zagreb, 1960
17. JOHNSON, W. i A.A. BAUMEISTER: A review and analysis of metodological details of published studies, *Behavior Modification*, **2**, 1978, 465–489

18. KAUFMAN, M.E. i H. LEVITT: A study of three stereotyped behaviors in institutionalized mental defectives, *American Journal of Mental Deficiency*, **69**, 1965, 467–473
19. KAUFMAN, M.E.: The effects of institutionalization on development of stereotyped and social behaviors in mental defectives, *American Journal of Mental Deficiency*, **71**, 1967, 581–585
20. KLABER, M.M. i E.C. BUTTERFIELD: Stereotyped rocking – a measure of institution and ward effectiveness, *American Journal of Mental Deficiency*, **73**, 1968, 13–20
21. McCONAHEY, O.L.; T. THOMPSON i R. ZIMMERMANN: A token system for retarded women: Behavior therapy, drug administration and their combination. U: *Behavior Modification of the Mentally Retarded*, Thomson, T. i J. Grabovsky, New York, Oxford University Press, 1977
22. MENOLASCINO, F.J. i D.R. EYDE: Biophysical bases of autism, *Behavioral Disorders*, **5**, 1979, 41–47
23. OLECHNOWICZ, H.: Studije o socijalizaciji teže i teško retardiranih, Savez društava za pomoć mentalno retardiranim osobama SRH, Zagreb, 1976
24. ROJAN, J.; SCHRODER, S.R. i J.A. MULICK: Selbstverletzungsverhalten geistig Behinderter – okobehaviorale Analyse und Modifikation, *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, **12**, 1983, 174–199
25. ROJAHN, J.; B. FENZAU i D. HAUSCHILD: Selbstverletzungsverhalten geistig Behinderter, *Geistige Behinderung*, **3**, 1985, 183–192
26. RUSSELL, A.T. i S.R. FORNESS: Behavioral disturbance in mentally retarded children in TMR and EMR classrooms, *American Journal of Mental Deficiency*, **89**, **4**, 1985, 338–344
27. SCHROEDER, S.R.; C. SCHROEDER; B. SMITH i J. DALLDORF: Prevalence of self-injurious behavior in a large state facility for the retarded, *Journal of Autism and Child Schizophrenia*, **8**, 1978, 261–269
28. SCHROEDER, S.R.; J.A. MULICK i J. ROJAHN: The definition, taxonomy, epidemiology and ecology of self-injurious behavior, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **10**, **4**, 1980, 417–432
29. SNELL, M.E. i A.M. RENZAGLIA: Moderate, severe and profound handicaps. U: HARING, N.G.: *Exceptional Children and Youth*, Charles E. Merrill, Columbus, Ohio, 1982, str. 143–173
30. SPECK, O: *Geistige Behinderung und Erziehung*, Ernst Reinhardt Verlag, München, 1980
31. SPINDLER-BARTON, E.; S.F. BROUGHTON: Stereotyped behaviors in profoundly retarded clients: A review, *Behavior Research of Severe Developmental Disabilities*, **1**, 1980, 279–306
32. TATE, B.; C. BAROFF: Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy, *Behaviour Research and Therapy*, **4**, 1966, 281–287
33. TORNE, J. von: Zur Otiologie der Automutilation im Kindes- und Jugendalter, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, **2**, 1974, 261–278

Summary

Undesirable behaviours are those behaviours which are considered disruptive, unacceptable, or those which make it impossible or difficult for a person to acquire new skills and habits. It seems that in persons with mental retardation the prevalence and severity of undesirable behaviours are determined by the level of mental retardation, age and kind of treatment. Though etiology of undesirable behaviours in persons with mental retardation is not definitely clear, two etiological groups of factors are discussed most often in the literature. These are biophysiological and psychological factors. The most prevalent undesirable behaviours in persons with mental retardation are aggression and stereotapes. Different methods are used to reduce or eliminate undesirable behaviours. Which method will be chosen depends upon the severity and kind of undesirable behaviour, characteristics of the individual with mental retardation, as well as upon treatment conditions. So far, the best results in elimination of undesirable behaviour in persons with moderate, severe and profound mental retardation were achieved when behaviour modification was used.