

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Бојана Р. Мاستило

СПЕЦИФИЧНОСТИ СОЦИЈАЛНЕ
КОГНИЦИЈЕ КОД ОДРАСЛИХ ОСОБА СА
ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ И
ПРИДРУЖЕНИМ ПСИХИЈАТРИЈСКИМ
СТАЊИМА

Докторска дисертација

Београд, 2023

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION

Bojana R. Mastilo

**SPECIFICITIES OF SOCIAL COGNITION
AMONG ADULTS WITH INTELLECTUAL
DISABILITIES AND ASSOCIATED
PSYCHIATRIC CONDITIONS**

PhD THESIS

Belgrade, 2023

Ментор

Др Мирјана Ђорђевић, ванредни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Чланови комисије

Др Ненад Глумбић, редовни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, председник комисије

Др Бранислав Бројчин, редовни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, члан комисије

Др Биљана Милановић-Доброта, ванредни професор, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, члан комисије

Др Харис Мемишевић, ванредни професор, Универзитет у Сарајеву – Педагошки факултет, члан комисије

Др Милица Пејовић-Милованчевић, ванредни професор, Универзитет у Београду – Медицински факултет, члан комисије

Датум одбране: _____

Жељела бих се захвалити свима који су на различите начине допринјели изради ове докторске дисертације.

Посебну захвалност дугујем мојој менторки, проф. др Мирјани Ђорђевић, на великом стрпљењу, несебично пренесеном знању, огромном залагању и подршци приликом израде овог рада.

Захвалила бих се и својој породици на моралној подршци и разумијевању, мојим анђелима Надежди и Ђорђу који су највише осјетили све муке мог професионалног развоја.

Захвалност дугујем корисницима и особљу ЈУ „Дом лица са инвалидитетом“ у Вишеграду и Приједору, УГ „Трачак наде“ из Фоче и удружењу Оаза из Сарајева, који су својим гостопримством омогућили да израда овог рада за мене буде пријатно искуство.

И на крају, захвалност изражавам своме псу Марлију који је пружао њежност и топлину и највише времена провео уз мене током писања овог рада.

СПЕЦИФИЧНОСТИ СОЦИЈАЛНЕ КОГНИЦИЈЕ КОД ОДРАСЛИХ ОСОБА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ И ПРИДРУЖЕНИМ ПСИХИЈАТРИЈСКИМ СТАЊИМА

Резиме

Ово истраживање спроведено је са циљем да се утврде специфичности социјалне когниције код одраслих особа са лаком интелектуалном ометеношћу са једне стране, као и да се испита однос између социјалне когниције и маладаптивног понашања, квалитета пријатељства, усамљености и придружених психијатријских стања, са друге стране.

Узорком истраживања обухваћено је укупно 122 особе, уједначених према полу, старости између 20 и 53 година. Узорак је подељен у три групе: групу испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу ($N = 32$), групу испитаника са дуалним дијагнозама ($N = 30$) и контролну групу ($N = 60$).

За добијање података о контролним варијаблама коришћени су следећи инструменти: *Демографски упитник*, *Пибодијева скала за процјену рецептивног говора* и *Равенове прогресивне матрице*. За процјену независних варијабли кориштени су: *Инвентар проблематичног понашања*, *Скала квалитета пријатељства*, *Модификовани упитник усамљености на радном мјесту* и *Мини скала психијатријске процјене одраслих особа са развојним поремећајима*. Подаци који су се односили на зависне варијабле добијени су примјеном *Интегрисане батерије тестова за процјену социјалне когниције* и *Единбуршког теста социјалне когниције*.

Резултати су показали да одрасле особе са лаком интелектуалном ометеношћу у поређењу са испитаницима типичног развоја имају слабија, а у односу на испитанике са дуалним дијагнозама боља постигнућа, у когнитивној и афективној теорији ума, интерперсоналном и интраперсоналном разумијевању социјалних норми, теорији ума првог и другог реда и тесту социјалног знања.

На разлике између особа са лаком интелектуалном ометеношћу и особа са дуалним дијагнозама у различитим аспектима социјалне когниције утичу старост, ниво интелектуалног функционисања и разумијевање говора, али их ипак не објашњавају, јер су и након контролисања ових варијабли особе са лаком интелектуалном ометеношћу успјешније у задацима социјалне когниције. Такође, на већини примјењених задатака нису утврђене значајне разлике између мушкараца и жена.

Најзначајнији предиктори социјалне когниције су присуство црта поремећаја из спектра аутизма, позитивни домени квалитета пријатељства (дружење, помоћ и блискост) и социјално незадовољство.

Способности социјалне когниције код испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу негативно корелирају са маладаптивним понашањем и социјалним незадовољством, а позитивно са квалитетом пријатељства.

На основу утврђених специфичности и дефицита социјалне когниције могуће је креирати одговарајуће програме тренинга и тако побољшати функционалност индивидуе у различитим аспектима живота, што је крајњи циљ процеса специјалне едукације и рехабилитације особа са интелектуалном ометеношћу.

Кључне ријечи: дуалне дијагнозе, интелектуална ометеност, социјална когниција

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Олигофренологија

SPECIFICITIES OF SOCIAL COGNITION AMONG ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES AND ASSOCIATED PSYCHIATRIC CONDITIONS

Summary

This research was conducted with the aim of determining the specificities of social cognition in adults with mild intellectual disability on the one hand, as well as examining the relationship among social cognition and maladaptive behaviour, quality of friendship, loneliness and associated psychiatric conditions, on the other hand.

The research sample consisted of 122 people, with gender parity, in the age range between 20 and 53. The sample was divided into three groups: a group of participants with mild intellectual disability ($N = 32$), a group of participants with dual diagnoses ($N = 30$), and a control group ($N = 60$).

The following instruments were used to obtain data on the control variables: *Demographic Questionnaire*, *Peabody Picture Vocabulary Test*, *PPVT-4*, and *Raven's Progressive Matrices*. The following instruments were used to assess the independent variables: *Behavior Problems Inventory*, *BPI-01*, *Friendship Quality Scale – FQS*, *Modified Worker Loneliness Questionnaire – MWLQ*, and *Mini Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities*, *MINI PAS – ADD*. The data related to the dependent variables were obtained using the *Integrated Social Cognition Battery – BICS*, and the *Edinburgh Social Cognition Test – ESCoT*.

The results showed that adults with mild intellectual disability compared to those with typical development have weaker achievements, and compared to participants with dual diagnoses better achievements, in cognitive and affective theory of mind, interpersonal and intrapersonal understanding of social norms, first and second order theory of mind and test of social knowledge.

The differences between persons with mild intellectual disability and persons with dual diagnoses in various aspects of social cognition are influenced by age, level of intellectual functioning and speech comprehension, but they are not explained by these variables, because even after controlling these variables, persons with mild intellectual disability are more successful in social cognition tasks. Also, no significant differences between men and women were found considering most of the applied tasks.

The most significant predictors of social cognition are the presence of autism spectrum disorder traits, positive domains of friendship quality (friendship, help and closeness) and social dissatisfaction.

The abilities of social cognition in participants with mild intellectual disability correlate negatively with maladaptive behavior and social dissatisfaction, while social cognition correlate positively with the quality of friendship.

Based on the established specificities and deficits of social cognition, it is possible to create appropriate training programs and thus improve the individual's functionality in various aspects of life, which is the ultimate goal of the process of special education and rehabilitation of persons with intellectual disabilities.

Key words: dual diagnoses, intellectual disability, social cognition

Scientific Field: Special Education and Rehabilitation

Specialized Scientific Field: Oligophrenology

САДРЖАЈ

УВОД.....	1
I ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ.....	4
1. Социјална когниција – општа разматрања	5
1.1. Појам и дефинисање социјалне когниције.....	5
1.2. Развој социјалне когниције.....	6
1.2.1. Развој теорије ума.....	6
1.2.2. Развој препознавања емоција.....	7
1.2.3. Развој социјалне перцепције	9
1.3. Социјална когниција код особа са интелектуалном ометеношћу	9
1.3.1. Теорија ума код особа са интелектуалном ометеношћу.....	10
1.3.2. Препознавање емоција код особа са интелектуалном ометеношћу	11
1.3.4. Социјална перцепција код особа са интелектуалном ометеношћу.....	11
1.3.5. Каузалне атрибуције код особа са интелектуалном ометеношћу	12
1.4. Начини свеобухватне процјене социјалне когниције.....	13
2. Дуалне дијагнозе	15
2.1. Психијатријски поремећаји који најчешће прате интелектуалну ометеност	16
2.1.1. Депресивни поремећај	17
2.1.2. Поремећај из спектра аутизма	17
2.1.3. Схизофренија и психоза	18
2.1.4. Анксиозни поремећај	18
2.2. Процјена присуства психијатријских стања код особа са интелектуалном ометеношћу ..	18
3. Маладаптивна понашања код особа са интелектуалном ометеношћу	21
3.1. Самоповређујуће понашање.....	22
3.2. Стереотипно понашање	23
3.3. Агресивно понашање	23
3.4. Повезаност маладаптивног понашања и психијатријских поремећаја код особа са интелектуалном ометеношћу	24
4. Пријатељство и усамљеност код особа са интелектуалном ометеношћу	25
4.1. Усамљеност	26
II ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА.....	28
1. Предмет истраживања	29
1.1. Дефинисање основних појмова	29
2. Циљ истраживања	29
3. Хипотезе истраживања	30
III МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА.....	31
3.1. Мјесто и вријеме истраживања.....	32

3.2. Узорак истраживања	32
3.3. Варијабле.....	36
3.3.1. Контролне варијабле	36
3.3.2. Независне варијабле.....	36
3.3.3. Зависне варијабле	36
4. Инструменти и начин прикупљања података	36
4.1. Демографски упитник.....	36
4.2. Равенове прогресивне матрице.....	37
4.3. Пибодијева скала за процјену рецептивног говора.....	37
4.4. Инвентар проблематичног понашања	37
4.5. Скала квалитета пријатељства	38
4.6. Модификовани упитник усамљености на радном мјесту.....	39
4.7. Мини скала психијатријске процјене одраслих особа са развојним поремећајима	40
4.8. Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције.....	41
4.8.1. Тест комбинованих прича.....	41
4.8.2. Тест ситуација (социјалног знања)	42
4.9. Единбуршки тест социјалне когниције.....	43
5. Статистичка обрада података	44
IV РЕЗУЛТАТИ.....	48
4. 1. Резултати процјене социјалне когниције	49
4.1.1. Резултати процјене социјалне когниције на Единбуршком тесту социјалне когниције	49
4.1.2. Резултати процјене социјалне когниције на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције	54
4.2. Приказ резултата на скали Инвентара проблематичног понашања.....	61
4.3. Приказ резултата на Скали за утврђивање психијатријских симптома код одраслих особа са развојним поремећајима.....	65
4.4. Приказ резултата испитаника на скали Квалитет пријатељства.....	69
4.5. Приказ резултата постигнућа на скали Усамљеност.....	73
4.6. Однос између постигнућа на скалама за процјену маладаптивног понашања и квалитета пријатељства	75
4.6.1. Однос квалитета пријатељства и маладаптивног понашања као двије групе варијабли	76
4.7. Однос социјалне когниције и маладаптивног понашања	77
4.7.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања.	77
4.7.2. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања	78
4.8. Однос социјалне когниције и психијатријских симптома.....	79

4.8.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на Мини скали психијатријске процјене код одраслих особа са развојним поремећајима	79
4.8.2. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на Мини скали психијатријске процјене одраслих особа са развојним поремећајима	80
4.9. Однос социјалне когниције и квалитета пријатељства	81
4.9.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на скали Квалитет пријатељства	81
4.9.2. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на скали Квалитет пријатељства	82
4.10. Могућност предикције укупног скорa на Единбуршком тесту социјалне когниције	83
4.11. Могућност предикције укупног скорa на Тесту социјалног знања – <i>SKT</i>	84
4.12. Однос између супскла Единбуршког теста социјалне когниције и независних варијабли	84
4.13. Однос између супскла Интегрисане батерије тестова за процјену социјалне когниције и независних варијабли	88
V ДИСКУСИЈА	92
5.1. Дискусија резултата који су у вези са првом хипотезом	94
5.1.1. Способности социјалне когниције код одраслих особа типичног развоја у односу на старост и пол	94
5.1.2. Способности социјалне когниције код особа са лаком интелектуалном ометеношћу и дуалним дијагнозама у односу на старост и пол	97
5.2. Дискусија резултата који су у вези са другом хипотезом	98
5.2.1. Разлике у способностима социјалне когниције особа типичног развоја и испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу и дуалним дијагнозама	98
5.2.2. Разлике у способностима социјалне когниције између испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу и дуалним дијагнозама	100
5.3. Дискусија резултата у вези са трећом хипотезом	104
5.4. Дискусија резултата у вези са четвртом хипотезом	107
5.4.1. Повезаност социјалне когниције и квалитета пријатељства	107
5.4.2. Повезаност социјалне когниције и усамљености	109
5.5. Дискусија резултата у вези са петом хипотезом	110
5.6. Дискусија резултата који су у вези са шестом хипотезом	114
VI ЗАКЉУЧАК	116
VII ЛИТЕРАТУРА	119
VIII ПРИЛОЗИ	148

ЛИСТА КОРИШТЕНИХ СКРАЋЕНИЦА

AC – аритметичка средина
ESCoT – Единбуршки тест социјалне когниције
BICS – Интегрисана батерија тестова за процјену СК
COST – тест комбинованих прича
COST (QM) – ТОМ другог реда
COST (QR) – несоцијално расуђивање
COST (QI) – ТОМ првог реда
COST (QSF) – погрешан корак
COST (QC) – контролна питања
SKT – тест социјалног знања
ПЕ – препознавање емоција
СП – социјална перцепција
СХ – схизофренија
ДС – Даунов синдром
ВС – Вилијамсов синдром
СК – социјална когниција
ПСА – поремећај из спектра аутизма
СИП – модел социо-информационог процесуирања
МП – маладаптивно понашање
ВМУ – вербални ментални узраст
PIMRA – инструмент за процјену психопатологије код одраслих особа са интелектуалном ометеношћу
MINI PAS – ADD – Скала процјене за утврђивање проблема менталног здравља код одраслих особа са интелектуалном ометеношћу
Beta – регресиони коефицијент
Var. – варијанса
dF – степен слободе
ИО – интелектуална ометеност
К-S – Колмоговор-Смирнов коефицијент
ЛИО – лака интелектуална ометеност
Lambda – карактеристични корјенови или својствене вриједности
Med. – медијана
N – број испитаника
p – значајност
PPVT – 4 – Пибодијева скала за процјену рецептивног говора (*Peabody Picture Vocabulary Test*)
r – Пирсонов коефицијент корелације
R – униваријантни регресиони модел
Rho – коефицијент каноничке корелације
Разлика AC – разлика аритметичких средина
SGM – стандардна грешка мјерења
SD – стандардна девијација
t – Т тест
U – Ман Витнијев *U* тест
ДД – дуалне дијагнозе
F – Ф коефицијент
Z – Z скор
 α – Кронбахов коефицијент

χ^2 – хи квадрат тест

Ета квадрат – показатељ величине утицаја

ЛИСТА ТАБЕЛА

- Табела 1 – Структура подзорака у односу на пол
- Табела 2 – Структура подзорака у односу на мјесто становања
- Табела 3 – Структура подзорака у односу на радно ангажовање
- Табела 4 – Структура подзорака у односу на способност разумијевања говора
- Табела 5 – Структура подзорака у односу на највиши ниво завршене школе
- Табела 6 – Поузданост унутрашње конзистенције Инвентара проблематичног понашања
- Табела 7 – Поузданост унутрашње конзистенције Скале квалитета пријатељства
- Табела 8 – Поузданост унутрашње конзистенције скале усамљености
- Табела 9 – Поузданост унутрашње конзистенције скале *MINI PAS – ADD*
- Табела 10 – Поузданост унутрашње конзистенције Интегрисане батерије тестова за процјену социјалне когниције
- Табела 11 – Поузданост унутрашње конзистенције *ESCoT* теста
- Табела 12 – Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на примјењеним инструментима за процјену контролних и независних варијабли
- Табела 13 – Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на *ESCoT* тесту
- Табела 14 – Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на *BICS* батерији
- Табела 15 – Постигнућа за све три групе испитаника на супскалама *ESCoT* теста
- Табела 16 – Разлике између испитиваних група на супскалама *ESCoT* теста
- Табела 17 – Утврђивање разлика између поредбених група на супскалама *ESCoT* теста
- Табела 18 – Постигнућа испитаника на *ESCoT* тесту након контролисања ефекта контролних варијабли
- Табела 19 – Резултати повезаности постигнућа на *ESCoT* тесту и узраста
- Табела 20 – Дескриптивни приказ резултата постигнућа на *ESCoT* тесту према полу
- Табела 21 – Резултати постигнућа на *ESCoT* тесту према полу
- Табела 22 – Постигнућа за све три групе испитаника на *BICS* батерији
- Табела 23 – Тестирање разлика између испитиваних група на супскалама *BICS* батерије
- Табела 24 – Утврђивање разлика између поредбених група на супскалама *BICS* батерије
- Табела 25 – Постигнућа на *BICS* батерији након контролисања ефекта контролних варијабли
- Табела 26 – Анализа повезаности скорова на *BICS* батерији и узраста
- Табела 27 – Дескриптивни приказ резултата постигнућа на *BICS* батерији у односу на пол
- Табела 28 – Приказ резултата постигнућа на *BICS* батерији у односу на пол
- Табела 29 – Постигнућа испитаника са ЛИО и испитаника са ДД на супскалама Инвентара проблематичног понашања
- Табела 30 – Разлике између поредбених група на супскалама Инвентара проблематичног понашања
- Табела 31 – Резултати постигнућа испитаника на супскалама Инвентара проблематичног понашања након контроле ефекта контролних варијабли
- Табела 32 – Анализа повезаности скорова на супскалама Инвентара проблематичног понашања и старости
- Табела 33 – Резултати испитаника на супскалама Инвентара проблематичног понашања у односу на пол
- Табела 34 – Дескриптивни приказ резултата на *MINI PAS – ADD* скали
- Табела 35 – Разлике између поредбених група на супскалама *MINI PAS – ADD* скале
- Табела 36 – Резултати постигнућа испитаника на *MINI PAS – ADD* скали након контролисања ефекта контролних варијабли
- Табела 37 – Анализа повезаности скорова на *MINI PAS – ADD* скали и старости

Табела 38 – Приказ резултата на *MINI PAS – ADD* скали према полу

Табела 39 – Разлике између полова на *MINI PAS – ADD* скали

Табела 40 – Дескриптивни приказ резултата на скали Квалитет пријатељства

Табела 41 – Разлике између поредбених група на супскалама Квалитета пријатељства

Табела 42 – Постигнућа испитаника на скали Квалитет пријатељства након контролисања ефекта контролних варијабли

Табела 43 – Анализа повезаности скорова на скали Квалитет пријатељства и старости

Табела 44 – Дескриптивни приказ постигнућа на скали Квалитет пријатељства према полу

Табела 45 – Разлике између полова на скали Квалитет пријатељства

Табела 46 – Приказ резултата на скали Усамљеност

Табела 47 – Разлике између поредбених група на скали Усамљеност

Табела 48 – Постигнућа испитаника на скали Усамљеност након контролисања ефекта контролних варијабли

Табела 49 – Анализа повезаности скорова на скали Усамљеност и узраста

Табела 50 – Приказ резултата на скали Усамљеност и пола

Табела 51 – Разлике између полова на скали Усамљеност

Табела 52 – Повезаност између постигнућа испитаника са ИО на супскалама Квалитет пријатељства и супскалама Инвентара проблематичног понашања

Табела 53 – Резултати каноничке корелационе анализе

Табела 54 – Структура првог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 55 – Структура другог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 56 – Повезаност између постигнућа на супскалама *ESCoT* теста и супскала Инвентара проблематичног понашања

Табела 57 – Повезаност постигнућа на супскалама *BICS* батерије и супскала Инвентара проблематичног понашања

Табела 58 – Повезаност постигнућа на супскалама *MINI PAS – ADD* скале и *ESCoT* теста

Табела 59 – Повезаност постигнућа на супскалама *MINI PAS – ADD* скале и *BICS* батерије

Табела 60 – Повезаност постигнућа на скали Квалитет пријатељства и постигнућа на *ESCoT* тесту

Табела 61 – Повезаност постигнућа на скали Усамљености и *ESCoT* теста

Табела 62 – Повезаност постигнућа на скали Квалитет пријатељства и *BICS* батерији

Табела 63 – Повезаност постигнућа на скали Усамљеност и *BICS* батерији

Табела 64 – Значајност предикције укупног постигнућа на *ESCoT* тесту

Табела 65 – Значајност регресионих коефицијената

Табела 66 – Значајност предикције укупног постигнућа на тесту социјалног знања – *SKT*

Табела 67 – Значајност регресионих коефицијената

Табела 68 – Резултати каноничке корелационе анализе

Табела 69 – Структура првог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 70 – Структура другог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 71 – Структура трећег каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 72 – Резултати каноничке корелационе анализе

Табела 73 – Структура првог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 74 – Структура другог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићење

Табела 75 – Структура трећег каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Табела 76 – Структура четвртог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

УВОД

Социјална когниција (СК) је мултидимензионални конструкт који се дефинише као скуп различитих способности међу којима се издвајају следеће: 1) способност да се спонтано препознају и правилно интерпретирају вербални и невербални социјални и емоционални сигнали; 2) могућност да се препознају централне и периферне социјалне и емоционалне информације; 3) знање о различитим облицима социјалног понашања и њиховим последицама у различитим друштвеним ситуацијама; 4) способност да се адекватно препознају ментална стања друге особе тј. способност теорије ума (ТОМ) (Bauminger et al., 2005). Истраживања углавном идентификују препознавање емоција (ПЕ), социјалну перцепцију (СП), ТОМ и каузалну атрибуцију као примарне домене СК (Green et al., 2015; Pinkham et al., 2014).

Особе са неуроразвојним поремећајима имају потешкоће у различитим доменима СК (Happé & Frith, 2014; Plesa Skwerer, 2017). Према америчкој асоцијацији психијатара (DSM – 5; APA, 2013) у неуроразвојне поремећаје спадају: интелектуална ометеност (ИО), поремећаји комуникације, поремећај из спектра аутизма (ПСА), поремећаји пажње са хиперактивношћу, моторички поремећаји и други неуроразвојни поремећаји.

ИО је ометеност коју карактеришу ограничења у интелектуалном функционисању и адаптивном понашању што се испољава у концептуалним, социјалним и практичним адаптивним вјештинама, а која настаје прије 22. године живота (Shalock et al., 2021). Она обухвата етиолошки различита стања која настају током развојног периода, а карактерише их значајно исподпросјечно интелектуално функционисање и адаптивно понашање – приближно двије стандардне девијације испод просјечне вриједности (мање од 2.3 перцентила), на нормираним, индивидуално примјењеним стандардизованим тестовима (ICD – 11, WHO, 2022).

Леферт и Сиперстејн (Leffert & Siperstein, 2002) истичу да је СК кључ за објашњење адаптивних вјештина код особа са ИО те је важно да се идентификују и измјере когнитивни процеси који објашњавају индивидуалне перформансе тих вјештина. Већина особа са ИО се сусреће са социјалним потешкоћама и њихова постигнућа на тестовима СК су испод календарског или менталног узраста (Leffert & Siperstein, 2002).

ИО се доводи у везу са неиспуњавањем социјалних очекивања што се често манифестује напуштањем школе, социјалном изолацијом, неадекватним емоционалним односима и ризиком за развој менталних болести и маладаптивних понашања (МП) у адолесценцији или одраслом добу (Douma et al., 2007; Emerson & Hatton, 2007; Hassiotis et al., 2008).

ИО је често праћена придруженим психијатријским стањима која имају три до четири пута већу заступљеност него код типичне популације (Dekker et al., 2002; Gobrial, 2019; Linna et al., 1999; Munir, 2016; Peña-Salazar et al., 2020; Platt et al., 2018). Та појава коегзистирајуће ИО и психијатријског стања назива се дуална дијагноза (ДД) (Matson & Sevin, 1994; McLennan, 2018; Sturmey, 2002). Поред коморбидних психијатријских стања чест пратилац ИО су и МП чија се преваленца креће од 6.1% (Emerson, 1995) до 22.5% (Cooper et al., 2007), а испољавају се у екстернализованој и интернализованој форми (Campbell, 2006). Три најчешће форме МП код особа са ИО су: агресија, самоповрјеђујуће и стереотипно понашање (Lloyd & Kennedy, 2014, према Wolkorte et al., 2019; Nicholls et al., 2019). Наиме, утврђено је да је повећана фреквенција МП повезана са постојањем психијатријских болести, као и да се она чешће јављају код особа са ИО и менталним обољењима (Peña-Salazar et al., 2020; Painter et al., 2018; Rojahn et al., 2004). МП могу довести до отежаног успостављања пријатељских веза и проблема са вршњацима јер се особе са ИО перципирају као мање социјално компетентне и нижег социјалног статуса од њихових вршњака типичног развоја (TP) (McCausland et al., 2021; Solish et al., 2010).

Резултати истраживања показују да неуспјех у академском домену није једини фактор који утиче на социо-емоционалне потешкоће код особа са ИО, већ да перспектива СК може понудити оквир за испитивање разлика у социјалном прилагођавању унутар ове популације (Bryan et al., 1998; Tur-Kaspa, 2002; Tur-Kaspa & Bryan, 1994). Погрешно тумачење намјера, поступака, жеља и вјеровања других људи доводе до неадекватних реакција у социјалним ситуацијама, социјалног повлачења, страха, слабљења иницијативе, али и конфликтних ситуација и МП (Mitrović, 2016). Све наведено може резултовати вишим нивоом усамљености и социјалног незадовољства (Pagan, 2020).

Увидом у досадашња истраживања код особа са ИО, примјетно је да су појединачни домени СК чешће испитивани у популацији дјеце јер се темељи развоја ових способности постављају у дјетињству (Jacobs & Nader-Grosbois, 2020a, 2020b, 2020c; Jacobs et al., 2020; Leffert & Siperstein, 1992; Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008) и да су често усмјерени на синдромске специфичности СК, на примјер код Прадер-Вилијевог синдрома (Dykens et al., 2019; Fernández-Lafitte et al., 2022), Дауновог синдрома (ДС) (Pavlova et al., 2018), Вилијамсовог синдрома (ВС) (Plesa Skwerer et al., 2006) и ПСА (Barendse et al., 2018; Fernández-Lafitte et al., 2022). Међутим, важно је не занемарити ни резултате студија који показују да се развој СК не завршава у овом периоду већ се наставља у адолесценцији и одраслом добу (Vetter et al., 2013).

Иако има велики број истраживања о СК код особа са психијатријским поремећајима (Jimenez et al., 2019; Silberstein & Harvey, 2019; Vlad et al., 2018), примјетно је да су релативно ријетке студије које проучавају овај проблем у популацији особа са ИО и коморбидним психијатријским стањима.

I TEORIJSKE OSNOVE

1. Социјална когниција – општа разматрања

1.1. Појам и дефинисање социјалне когниције

Поријекло појма СК потиче из социјалне психологије касних шездесетих и раних седамдесетих година двадесетог вијека (Sperry, 1993, према Totić-Poznanović, 2011). СК је област на пола пута између теорија о понашању и савремених когнитивних приступа у психологији. Познато је да психолози нису били увијек заинтересовани за разматрање повезаности спољашњих стимулуса и бихевиоралних одговора појединца. Док су бихевиористи на челу са Скинером сматрали да се понашање може боље објаснити контингенцијама поткрепљења (дјеловањем награде и казне), гештALT психолози (нпр. Вертхајмер, Келер, Кофка), су истицали да стимулус сам по себи не утиче на наше понашање, већ је оно увијек под утицајем нашег сопственог виђења стимулуса тј. начина на који ментално конструишемо и репрезентујемо спољашњу реалност. Ово схватање гештALT психолога је утицало на равој социјалне психологије, јер би искључивање ове когнитивне везе из социјално-психолошког истраживања довело до осиромашене слике о људском понашању и сложеност социјалном свијету (Zlatanović, 2006).

СК је била и централна тема дјечије психологије од њеног зачетка. О томе свједочи и Пијажеов рад (Piaget, 1926) који је представљао доминантан приступ дјечијем когнитивном развоју, а који је указивао на то да размишљање мале дјеце карактерише егоцентризам тј. немогућност одвајања властите перспективе од перспективе друге особе. Накнадна истраживања су показала да је Пијаже потцијенио способност заузимања перспективе мале дјеце (Miller, 2019).

Први корак у истраживању неке појаве би требало да представља њено дефинисање. Главна потешкоћа у дефинисању СК као јединственог конструкта је та што она није једноставан концепт, већ приступ или филозофија (Augoustinos et al., 2006, према Cook & Oliver, 2011).

Процјењује се да постоји више од 100 дефиниција СК (Ostrom, 1994, према Cook & Oliver, 2011). Иако се може тврдити да не постоји универзално прихваћена дефиниција овог феномена, Бомингер и сарадници (Bauminger et al., 2005) је дефинишу као скуп различитих способности међу којима издвајају следеће: 1) способност да се спонтано прочитају и правилно интерпретирају вербални и невербални социјални и емоционални сигнали; 2) могућност да се препознају централне и периферне социјалне и емоционалне информације; 3) знање о различитим облицима социјалног понашања и њиховим посљедицама у различитим друштвеним ситуацијама; 4) способност да се адекватно препознају ментална стања друге особе тј. способност ТОМ. СК се као термин најчешће користи да опише међуљудске односе, понашање у заједници, способност самосталног живљења, вјештине у социјалној комуникацији и вјештине рјешавања социјалних проблема (Ciampi et al., 2018; Totić-Poznanović i sar., 2011).

Неки аутори сматрају да се СК односи на процесе којима људи разумију себе и друге (Beer & Ochsner, 2006) путем обраде сигнала генерисаних од осталих припадника исте врсте (Blackmore & Mils, 2014) и обухвата читав спектар когнитивних вјештина које појединцима омогућавају разумијевање и интеракцију једних са другима (Frith & Frith, 2007).

СК се такође дефинише као способност кориштења флексибилних менталних конструкција унутар социјалних интеракција, са циљем рјешавања адаптивних проблема у оквиру сложеног друштвеног понашања (Adolphs, 2003, према Ђорђевић i sar., 2017). Атипичност у развоју СК узроковаће тешкоће разумијевања међуљудских односа, неспособност схватања менталних стања других, њихових намјера, жеља и вјеровања. По обиљежјима СК могуће је уочити рана развојна одступања и разликовати развојне профиле (Škrobo i sar., 2016).

За разлику од бројних студија које су се бавиле проучавањем интелигенције и личности, мањи број њих је имао за циљ утврђивање фактора тј. домена који чине СК. Грин и сарадници (Green et al., 2015), истражујући СК у схизофренији (СХ), наводе четири СК процеса (перцепција социјалних знакова, размјена искустава, ментализација и регулација емоција). Фиске и Тејлор (Fiske & Taylor, 2013) идентификују 14 домена СК ранжираних од оних основних (социјална пажња, кодирање социјалних знакова, социјална меморија) до процеса вишег реда (доношење одлука, социјални закључци, ставови, стереотипи и предрасуде). Домаћа, али и инострана истраживања код особа са психијатријским поремећајима, СК посматрају кроз сљедеће домене: ТОМ, ПЕ, СП и каузалну атрибуцију (Andrić-Petrović, 2018; Đorđević et al., 2017; Green et al., 2008; Green & Horan, 2010; Totić-Poznanović i sar., 2011). У 2012. години, у оквиру студије психометријске евалуације СК, стручњаци који су проучавали овај конструкт не само код особа са СХ, већ и у оквиру ПСА, су идентификовали ПЕ, СП, атрибуцијски стил и ТОМ као примарне домене од интереса (Pinkham et al., 2014). Иако су ови домени генерално прихваћени и представљају конструкт СК, њихове границе се не могу сматрати апсолутним, те постоји и знатно преклапање између њих (Green et al., 2008).

1.2. Развој социјалне когниције

1.2.1. Развој теорије ума

Од самог рођења дијете је усмјерено према социјалним сигналимa и ужива у интеракцијама с другим људима (Ljubešić i Серапес, 2012). Наиме, у првим мјесецима живота одојче веома добро препознаје људска лица, а убрзо након тога почиње препознавати познате гласове, фацијалну експресију и емоције, као и имитирати неке покрете лица (Meltzoff, 2002, према Škrobo i sar., 2016). Дијете на узрасту од девет мјесеци развија нове облике сарадње са социјалном средином, укључује друге у своје активности тако што почиње дијелити предмете, слиједити и усмјеравати друге људе. До краја прве године одојче разумије намјере других тј. схвата да понашање других људи карактерише интенционалност (Tomasello et al., 2005). Такође, оно развија способност заједничке пажње (способност дијељења пажње са другом особом док обје усмјеравају пажњу према одређеном објекту) (Westby & Robinson, 2014).

Здружена пажња представља когнитивни капацитет дјетета за формирање тријадичне менталне репрезентације – перцепција одојчета, перцепција мајке и сам објекат посматрања (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). На узрасту од око 18 мјесеци дијете схвата да особи наспрам себе треба да да храну на коју она реагује пријатношћу прије него ону на коју реагује са гађењем, без обзира на дјететову преференцију хране, што значи да дијете тог узраста показује нееоцентрично резонување о жељама других људи (Repacholi & Gornik, 1997, према Flavell, 2004). Такође са око 18 мјесеци дијете је у стању да повеже појмове „видјети“ и „знати“, као и да користи протодекларативне гестове и учествује у симболичкој игри. Протодекларативно показивање настаје када дијете почиње да показује на предмет да би привукло пажњу других особа (Brojčin, 2008). Између 18. и 24. мјесеца дјеца почињу разумијевати ментално стање претварања. Игра претварања укључује ситуације, предмете и обиљежја предмета које нису стварне. У самом почетку, игра претварања у великој мјери је вођена од одраслих (који дјецу подстичу кроз предлагање сценарија за игру) и одређена је присутним предметима (Kushnir, 2022).

Порастом доби дјеца сама измишљају неке сценарије, који укључују претварање, а који нису одређени стварним предметима. На узрасту између треће и четврте године дијете је способно да прави разлику између својих вјеровања и вјеровања других људи. Дакле четворогодишњаци би требало да разумију да друга особа може имати лажно вјеровање које није у складу са њиховим знањем (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Они схватају да се људи

понашају у складу са својим вјеровањима у свијету који их окружује без обзира на то да ли та вјеровања одговарају реалности или не, што значи да су на овом узрасту у стању да рјешавају задатке „лажног вјеровања првог реда“ (Astington & Edvard, 2010).

На узрасту између пете и шесте године дијете схвата да друга особа може имати вјеровање о вјеровању неке особе тако да до седме године развија способност разумијевања репрезентација вишег реда (Moawad, 2022).

Након шесте године јавља се разумијевање метафоре и ироније и разликовање шале од лажи (Brüne, 2005; Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Пролазност на задацима препознавања „*faux pas*“ захтјева напреднију способност ментализације (неопходна је симултана репрезентација два ментална стања – перспектива особе која је починила и над којом је почињен „*faux pas*“). О овој способности препознавања погрешног корака можемо говорити тек код дјете узраста од девет до 11 година (Baron-Cohen et al., 1999, према Moawad, 2022).

Истраживања су показала да се развој ТОМ наставља и у периоду адолесценције у коме посебан значај имају интерперсонални односи са вршњацима (Kenny et al., 2013), што захтјева често и тачно кориштење специфичних социјалних вјештина, као што су разумијевање сопственог и туђег менталног стања. Испитујући менталне репрезентације првог и другог реда неки истраживачи долазе до резултата који указују на негативну везу између старења и учинка на когнитивним задацима ТОМ (Maylor et al., 2002; Sullivan & Ruffman, 2004, према Kemp et al., 2012). МекФерсонова и сарадници (MacPherson et al., 2002), задајући „Тест препознавања погрешног корака“ код три старосне групе испитаника (28.8, 50.3 и 60.9), нису утврдили постојање разлике између испитиваних група. Међутим, приликом поређења резултата млађих и старијих испитаника на тесту Читање ума у очима (*Reading the Mind in the Eyes*, Baron-Cohen et al., 1997), добијене су значајне разлике у корист млађих испитаника. Истраживања показују да ефекат старења у случају различитих задатака ТОМ није исти, те да је старење повезано са смањеним учинком на визуелним задацима. Једно истраживање наводи да снижење у капацитету ТОМ постаје статистички значајно после 55. године старости (Pardini & Nichelli, 2009).

Погрешно вјеровање се може процјенити на различите начине, а најчешће се испитује помоћу следеће ситуације: прва особа ставља лопту у кутију број један и напушта собу. Друга особа премјешта лопту из кутије број један у кутију број два. Када се прва особа врати испитивач пита дијете гдје ће та особа тражити лопту. Лажно вјеровање се добија ако је дијететов одговор „у кутији број један“.

Бољи успјех на задацима ТОМ другог реда очекује се на узрасту од седам година, док се стабилан успјех на овим задацима јавља тек на узрасту од девет до 10 година (Perner & Wimmer, 1985, према Karmiloff-Smith et al., 1995). Способност ТОМ омогућава успјешне социјалне интеракције (предвиђање и објашњавање активности друге особе), комуникацију (препознавање и прилагођавање поруке у односу на слушаоца) и нарацију (разумијевање мотива, намјера, жеља и вјеровања других) (Blijd-Hoogewys et al., 2010).

Развој ТОМ Стирнмен (Steerneman, 2009, према Lo et al., 2013) посматра кроз три стадијума или развојна нивоа. Први ниво развоја односи се на ПЕ и разликовање реалности од фантазије. Други стадијум обухвата „вјеровања првог реда“ (способност разумијевања сопствених менталних стања) и „погрешно вјеровање“ (разумијевање да је вјеровање других људи погрешно). Трећи развојни ниво су „вјеровања другог реда“ (вјеровање особе А о вјеровању особе Б), дакле симултано преузимање двије перспективе (на примјер, *Бојана мисли да Милица мисли да ће касније пасти киша, јер је понијела кишобран*).

1.2.2. Развој препознавања емоција

Емоционални развој је један од примарних задатака дјетињства и наставља се током цијелог животног вијека. ПЕ на основу израза лица има кључну улогу у развоју дјечије социјалне компетенције. Ова способност се почиње развијати у дојеначкој доби, њен развој

је постепен и одређен развојем когнитивно-перцептивних способности, али и искуством које дијете стиче у свом окружењу (Chronaki et al., 2015).

Изражавање основних емоција (љутња, радост, туга, страх, гађење и изненађење) почиње у раном дјетињству и дојенчад се ослањају на одрасле како би им помогли у регулацији емоција (McClure et al., 2009). На примјер, када дијете постане узнемирено и почиње плакати, одрасла особа може одговорити на начин да га тјешу (физички и вербално), док се емоционално стање дјетета не врати на полазну основу. Одрасли пружају и екстриничну регулацију као што су „дуде“, играчке и мажење да би помогли дјецу да управљају својим емоцијама (Thompson, 1991, према McClure et al., 2009). Већ са око четири мјесеца дијете је способно да дискриминише љутњу и срећу (Barrera & Maurer, 1981) и показује преференције ка гледању сретних лица (осмјех) насупрот негативним (тужним) лицима (Oster, 1981, све према Nelson et al., 2006).

У првој години живота дијете препознаје емоције на основу израза лица и може своје социјално понашање прилагодити емоционалној поруци коју преноси друга особа на основу фацијалног израза (Hertenstein & Campos, 2004). Препознавање појединих емоција се јавља постепено при чему се препознавање среће јавља најраније и са највећим степеном тачности, затим слиједи препознавање туге и љутње, па након тога и способност тачног препознавања страха и изненађења (Herba & Phillips, 2004). Почетком друге године долази до појаве апстрактног концепта емоција, односно дјеца постају осјетљива на усаглашеност емоција и понашања других људи (Herbach & Westermann, 2013).

Иако се базично ПЕ јавља код новорођенчади, рано дјетињство представља кључно раздобље за развој емоционалног разумијевања (Denham et al., 2003). У почетку екстринична стратегија коју користе одрасли бива замјењена језиком који постаје интризична техника коју дјеца користе за разговор или размишљање о својим емоцијама. Код дјеце ТР језик постаје интризична стратегија регулације емоција између треће и шесте године (Cole et al., 1994, према Ruba & Pollak, 2020). Обрада емоција на основу израза лица наставља да се развија од предшколске доби до краја средњег дјетињства и адолесценције (Herba et al., 2006). Током средњег дјетињства односи са вршњацима доприносе регулацији емоција. Дјеца науче како ПЕ може регулисати друштвене односе на више начина. Одговарајућа експресија интензивних или компликованих емоција може изазвати подршку вршњака, док неадекватна регулација емоција може повремено удаљити особе из окружења (Ruba & Pollak, 2020). Одрастањем дјеца приликом процјене емоционалних стања узимају у обзир ситуационе елементе. Тако се, дјеца старости три до пет година, фокусирају на фацијалну експресију, док дјеца стара осам и девет година поред фацијалне експресије узимају у обзир и ситуационе факторе (Herba & Philips, 2004). У истраживању које је обухватило дјецу старости од четири до 16 година и које је користило динамичне изразе лица, утврђене су узрасне разлике, гдје су емоције туга и гњев биле мање препознате од емоција попут среће, страха и љутње (Montirosso et al., 2010). Слично томе, Го и Маурер (Gao & Maurer, 2009) утврдили су значајно веће стопе погрешне идентификације тужних лица код десетогодишњака у односу на одрасле. Међутим показало се да резултати ПЕ на основу фацијалне експресије варирају у зависности од кориштених метода истраживања. На примјер резултати истраживања Бруса и сарадника (Bruce et al., 2000) показују да уколико испитаници треба да покажу које лице од приказана два показује срећу, тугу, изненађење или љутњу, успјешност код шестогодишњака је апсолутна. Међутим, ако се од испитаника захтјева да од два понуђена лица покажу лице које показује исту емоцију са понуђеним трећим лицем, добар учинак се јавља тек код десетогодишњака (све према Chronaki et al., 2015).

Студије које су проучавале развој ПЕ на основу вокалне експресије углавном су се ослањале на лингвистичке подражаје (Baum & Nowicki, 1998; Hortacsu & Ekinci, 1992, према Chronaki et al., 2015). Нека истраживања наводе да предшколци могу препознати код

говорника љутито, срећно и неутрално емоционално стање (Hortacsu & Ekinici, 1992), док су друга истраживања открила да дјеца са четири и пет година чине више погрешака када се од њих тражи да препознају реченице с љутим, сретним и тужним тоном гласа у односу на дјецу од девет и 10 година (McClanahan, 1996; Mitchell, 1995, према Chronaki et al., 2015), што сугерише да се прецизност препознавања побољшава од предшколске доби до средине дјетињства. Осјетљивост на емоционалну прозодију наставља да се развија и достиже ниво сличан одраслима у доби од око 10 година (Baum & Nowicki, 1998). Студије које су упоређивале ПЕ путем вокалне и фацијалне експресије су показале да одрасли и дјеца лакше препознају емоције на основу израза лица. Тако на примјер, студије које користе језичке подражаје код предшколаца (Nelson & Russell, 2011) и дјеце у основној школи (Nowicki & Duke, 1994) пронашле су боље ПЕ на основу фацијалне у односу на вокалну експресију, што сугерише да обрада вокалних емоција заостаје за визуелном обрадом. Истраживачи тврде да фацијални стимулуси пружају више дискриминишућих информација о емоцијама у односу на говорне, вокалне стимулусе (Pell, 2002).

1.2.3. Развој социјалне перцепције

Током првих недјеља живота одојчад посматрају кључне карактеристике лица (очи, нос, уста) (Hunnius & Geuze, 2004, према Martin et al., 2016). Дјеца на узрасту од двије недјеље могу успијешно да integriшу слушне и визуелне стимулусе, а са четири недјеље су укључена у једноставне социјалне интеракције (на осмјех родитеља узвраћају осмјехом). Између четвртог и деветог мјесеца одојчад могу добити много информација путем фацијалне експресије особа из окружења. Ова способност скенирања лица ће им пружити кључне информације за ефикасну интеракцију са другима. У осмом мјесецу живота дјеца производе вокализације налик говору као одговор на понашање његоватеља (Goldstein et al., 2009). Пред крај прве године живота дјеца развијају социјалне вјештине које захтјевају разумијевање поступака људи из окружења. Тако, са око 11 мјесеци живота почињу да показују на предмете из окружења које желе да добију (Liszkowski et al., 2006; Martin et al., 2016). Дјеца на узрасту од три године више воле да посматрају особе него објекте, што представља урођену тенденцију дјетета да се оријентише ка припадницима своје врсте (Bakker et al., 2011).

1.3. Социјална когниција код особа са интелектуалном ометеношћу

Пионирски покушаји примјене СК у разумијевању социјалног понашања код особа са ИО приказани су у раним радовима Едмонсона и сарадника (Edmonson, 1973; Edmonson et al., 1967) који су истицали улогу дефицита СП у проблемима социјалног прилагођавања. Са друге стране, неки аутори као Аффлек (Affleck, 1975a, 1975b, 1976) и Блечер-Диксон и Сименсон (Blacher-Dixon & Simenson, 1978) су примјењивали Пијажеову теоријску оријентацију како би испитали способност особа са ИО да заузму перспективу друге особе (све према Leffert & Superstain, 2002). Основна, непровјерена, претпоставка била је да су код особа са ИО вјештине СК искључиво повезане са општим когнитивним способностима и да ће, као такве, вјероватно бити ограничене у развоју и распону. Ова претпоставка стоји у супротности са доказима прилично велике варијације ових способности код особа са ИО различите етиологије, а сличног нивоа интелектуалног функционисања (ДС, ВС, ПСА). Објашњење ове варијабилности, и на индивидуалном и на нивоу синдрома представља главни задатак како за теорију тако и за образовну праксу (Wishart et al., 2007).

Док се у прошлости дефинисање особа са ИО заснивало на њиховом интелектуалном функционисању (*IQ*), у новије време акценат се ставља на адаптивне вјештине које обухватају аспекте комуникације, социјалне и практичне вјештине, важне са самосталан

живот (APA, 2013; Schalock, 2021). Самим тим СК особа са ИО постаје интересантнија истраживачима.

Два општа теоријска питања постављају се у проучавању СК код особа са ИО. Прво питање се односи на етиолошку специфичност, тј. да ли су дефицити или снаге у одређеним аспектима СК специфични. Друго питање се односи на развој, тј. да ли су дефицити СК посљедица кашњења или атипичне развојне путање одређених способности (Plesa Skwerer, 2017). Одговори на ова питања могу бити важне импликације за клиничке и образовне одлуке, као и дизајнирање интервенција прилагођених одређеним популацијама особа са ИО, циљајући на развој специфичних вјештина у одговарајућим временским оквирима (Reilly, 2012).

Истраживања и клиничка пракса открили су широку хетерогеност когнитивних профила код особа са ИО, што онемогућава смислену карактеризацију ове популације као јединствене групе у смислу њихове СК и друштвеног функционисања (Pegoraro et al., 2014). Док су осамдесетих и деведесетих година прошлог вијека истраживања код особа са ИО укључивала првенствено мјешовите групе испитаника са хетерогеним узроцима когнитивног одступања, приступ заснован на етиологији постао је последњих деценија преовлађујућа истраживачка пракса у овој области (Hodapp & Dykens, 2001, према Plesa Skwerer, 2017).

Досадашња истраживања СК код особа са ИО најчешће су реализована у популацији дјеце (Jacobs & Nader-Grosbois, 2020a, 2020b, 2020c; Jacobs et al., 2020; Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008) и често су била усмјерена на синдромске специфичности СК (Cornish et al., 2005; Dykens et al., 2019; Fernández-Lafitte et al., 2022; Grant et al., 2007; Pavlova et al., 2018; Plesa Skwerer et al., 2006) и ПСА (Barendse et al., 2018; Fernández-Lafitte et al., 2022).

Прави тест СК је социјално функционисање. Већина задатака за испитивање СК је дизајнирана за администрацију у лабораторији, под добро контролисаним условима и има мало сличности са ситуацијама из стварног живота. Употреба прича и статичких стимулуса тешко да је натуралистички начин за процјену СК (Ponnet et al., 2004), док технологија виртуелне стварности, филмови и динамички видео-прикази пружају много бољу еколошку валидност (Dziobek et al., 2006; Golan et al., 2006; Heavey et al., 2000; Riby & Hancock, 2009a, 2009b, све према Plesa Skwerer, 2017).

Такође, већина истраживања код особа са ИО је усмјерена на испитивање појединачних домена СК (ТОМ, СП, каузалне атрибуције), те свеобухватно мјерење СК представља прави истраживачки подухват.

1.3.1. Теорија ума код особа са интелектуалном ометеношћу

Једна од првих дефиниција ТОМ, овај конструкт објашњава као способност доношења закључака о сопственим менталним стањима и менталним стањима других особа (Premack & Woodruff, 1978, према Duval et al., 2011).

У раним истраживањима Барона-Коена (Baron-Cohen) владало је увјерење да је ТОМ код особа са ИО у складу са вербалним и менталним узрастом и да 86% особа са ДС успјешно рјешава задатке првог реда на основу чега су ове особе укључиване као контролна група у истраживања ТОМ код особа са ПСА (Baron-Cohen et al., 1985, према Бројчин, 2008). Особе са ИО касне у развоју ТОМ, а то се примјећује у различитим аспектима ове способности: разумијевању узрока и посљедица емоција, разумијевању вјеровања и разумијевању погрешних вјеровања (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2007a, 2007b, према Fiasse & Nader-Grosbois, 2012). Хипотеза „сличности“ предвиђа да ће развој ТОМ код особа са ИО бити у складу са њиховим менталним узрастом те да неће постојати разлике у постигнућима на задацима ТОМ у поређењу са постигнућима особа ТР истог развојног нивоа. Према хипотези „различитости“ развој ТОМ код особа са ИО је атипичан у односу на особе ТР (Giaouri et al., 2010).

Резултати истраживања у којима су проучаване компоненте ТОМ показују да различити задаци за процјену ТОМ ангажују различите процесе. Једна група задатака испитује намјере и увјерења других људи што представља когнитивну ТОМ, док друга група процјењује емоционална стања што представља афективну ТОМ (Love et al., 2015; Shamay-Tsoory et al., 2005; Shamay-Tsoory et al., 2010). Истраживањима су идентификовани фактори који утичу на боље усвајање ТОМ, како код особа ТР тако и код особа са ИО. Као важан предиктор наводе се егzekутивне функције (Bull et al., 2008; Cvijetiћ, 2017; van Nieuwenhuijzen & Vriens, 2012); вербална интелигенција (Cutting & Dunn, 1999, према Zrinščak i sar., 2013); билингвизам (Chan, 2004; Farhadian et al., 2010), број браће и сестара у породици (McAlister & Piterson, 2007), ниво образовања оца и мајке (Cutting & Dunn, 1999; Farhadian et al., 2010).

1.3.2. Препознавање емоција код особа са интелектуалном ометеношћу

Велики број истраживања ПЕ указује на то да одрасли и дјеца са ИО имају више потешкоћа у препознавању и идентификацији емоција путем фотографија, вокалне и фацијалне експресије у поређењу са вршњацима ТР (Dimitrovsky et al., 2000; Jason & Farmed, 2018; Mc Alpine et al., 1992; Memisević i sar., 2016; Murray et al., 2018; Owen & Maratos, 2016; Owen et al., 2001; Plesa-Skwerer et al., 2006; Rojahn et al., 1995; Scotland et al., 2015; Scotland et al., 2016; van Nieuwenhuijzen et al., 2011). Студије у којима је испитиван утицај сниженог интелектуалног функционисања на постигнућа на задацима ПЕ су показале да су особе са вишим *IQ* (лака ИО, ЛИО) биле успјешније на задацима ПЕ од оних са нижим *IQ* (умјерена ИО) (McAlpine et al., 1992). Роган и сарадници (Rojahn et al., 1995) су предложили хипотезу „емоционалне специфичности“ тврдећи да је лошији учинак на задацима ПЕ код особа са ИО повезан са специфичним оштећењем емоционално-перцептивних способности и да се не може објаснити самим когнитивно-интелектуалним дефицитом. За разлику од овог схватања, Мур (Moore, 2001) налази да лошији резултат на задацима ПЕ настаје као последица когнитивно-интелектуалних дефицита и износи неколико закључака у вези са овом способношћу код особа са ИО: 1) Способност дискриминације пријатних у односу на непријатне емоције је једнако тачна код особа са ИО и особа без ИО. Међутим, особе са ИО имају више потешкоћа у препознавању специфичних емоција (Owen et al., 2001); 2) Особе са ИО лакше препознају одређене емоције као што је срећа (Matheson & Jahoda, 2005; Moore, 2001; Owen et al., 2001; Wishart et al., 2007), док им је идентификовање неутралне емоције теже од препознавања позитивног или негативног емоционалног изражавања (Moore, 2001).

Предмет различитих истраживања били су и предиктори ПЕ и резултати показују да се издвајају: рецептивни говор (Tirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008, према Ђорђевић i sar., 2017), социо-економске карактеристике испитаника и тип смјештаја (Raver et al., 2014). Неке студије наводе да су мушкарци мање успјешни у ПЕ путем фацијалне експресије (Montagne et al., 2007), а Сајмон и сарадници (Simon et al., 1996) истичу да старењем особе са ИО имају мањи број тачних одговора на задацима ПЕ. Раније студије су такође утврдиле да ограничена животна искуства особа са ИО током дужег боравка у институцији могу утицати на способност ПЕ (McAlpine et al., 1992).

1.3.4. Социјална перцепција код особа са интелектуалном ометеношћу

Трећи домен СК важан за развој социјалних вјештина је СП (Leffert et al., 2000). О значају овог сегмента свједоче и Леферт и сарадници (Leffert et al., 2000) који дефинишу двије области СК: СП и генерисање социјалне стратегије.

Теоретски оквир који се користи за објашњење СП код особа са ИО је модел социо-информационог процесирања (СИП) (Crick & Dodge, 1994, према van Nieuwenhuizen et al.,

2004) који садржи пет СК процеса: кодирање и тумачење знакова (СП), разјашњење циља, генерисање и одабир одговора (евалуација, процјена самоефикасности). По неким ауторима овај модел садржи и базу података социјалног знања која је настала на основу искустава из прошлости и учења које омогућава сваком појединцу основно знање потребно за обављање ових процеса (Leffert & Siperstein, 2002; Lemerise & Arsenio, 2000). Кодирање знакова се односи на фокусирање пажње на одређене социјалне знаке и њихово представљање радној меморији. Тумачење (интерпретација) знакова подразумева извлачење закључка о њиховом значењу (нпр. о намјерама других) (Leffert et al., 2000). СП је уско повезана са социјалним искуством и односи се на разумијевање друштвених норми и конвенција, па се самим тим социјална и емоционална перцепција често помињу заједно (Totić-Poznanović i sar., 2011). Истраживања која су проучавала СП код дјеце и одраслих са ИО се ослањају на СИП који су дали Крик и Доџ (Crick & Dodge, 1994) доводећи је у везу са ПЕ (Bauminger et al., 2005; Bauminger & Kimhi-Kind, 2008), атачментом (Bauminger & Kimhi-Kind, 2008) и проблемима у понашању (van Nieuwenhuizen et al., 2004; Tur-Kaspa, 2004).

Посматрано кроз модел СИП, дјеца са ЛИО у поређењу са вршњацима ТР кодирају више негативних информација (чешће се фокусирају на негативне информације у социјалној ситуацији) и генеришу мање асертивне стратегије, што може довести до испољавања екстернализованих облика понашања (Embregts & van Nieuwenhuijzen, 2009).

Неки аутори сматрају да су биолошки фактори, као што је когнитивни дефицит, важни јер доводе до лошије СП код особа са ИО (Dodge & Pettit, 2003; van Nieuwenhuijzen et al., 2004). Такође, сматра се да проблем са капацитетом радне меморије доводи до кодирања мањег броја социјалних информација код ових особа (van Nieuwenhuijzen et al., 2012). Осим тога, када су добро развијене, вјештине ПЕ омогућавају детаљно кодирање информација, адекватно генерисање, евалуацију и одабир одговора (van Nieuwenhuijzen & Vriens, 2012).

1.3.5. Каузалне атрибуције код особа са интелектуалном ометеношћу

Каузалне атрибуције су узрочне изјаве, тј. изјаве које укључују или имплицирају ријеч „зато“. Оне су врло чест тип вербалног понашања. За разлику од ТОМ, атрибуције одражавају начин на који људи обично закључују о узроцима одређених позитивних и негативних догађаја у своме животу (Totić-Poznanović i sar., 2011). Потребно је направити разлику између вањских атрибуција (тј. узрока приписаних другим људима), ситуационих атрибуција (тј. узрока који се приписују ситуационим факторима и спољашњој средини) и унутрашњих атрибуција тј. приписивања узрочности догађаја самом себи (Green et al., 2008).

Есбенсен и Бенсон (Esbensen & Benson, 2005; Esbensen & Benson, 2006) су на популацији одраслих особа са ЛИО испитивали каузалне атрибуције за негативне и позитивне догађаје. Налази њихових студија сугеришу да су негативне унутрашње атрибуције према негативним догађајима биле у корелацији са депресивним расположењем. Такође они проналазе већу стопу негативних атрибуција код одраслих особа са ИО и дијагнозом депресије у односу на одрасле особе са ИО и особе ТР.

Особе са ИО имају тенденцију да негативне социјалне ситуације (нпр. понижење и изолацију) приписују негативним карактеристикама вршњака (вањске атрибуције), а мање ситуационим факторима или личним грешкама. Овај налаз сугерише да су особе са ИО склоне когнитивном егоцентризму јер ријетко раздвајају намјере и вањске околности од поступака вршњака. Значајна доминација негативних над позитивним социјалним ситуацијама указује на дефанзивну природу каузалних атрибуција код ових особа (Pepi & Alesi, 2005; van Nieuwenhuijzen et al., 2009, према Kurtek, 2020). Леферт и сарадници (Leffert et al., 2010) наводе да особе са ИО имају отежану когнитивну децентрацију (сагледавање

ситуације из различитих перспектива) и потешкоће у сагледавању намјера друге особе као бенигних када се догоди негативан догађај.

Куртек (Kurtek, 2018, 2020) наводи да кориштење вањских атрибуција (тј. приписивања узрочности догађаја вршњацима) повећава вјероватноћу антисоцијалних одговора базираних на вербалној или физичкој агресији, те да лоцирање узрока социјалне ситуације (у ситуационим околностима или личним грешкама) доводи до чешћег коришћења просоцијалних стратегија суочавања (асертивних одговора).

1.4. Начини свеобухватне процјене социјалне когниције

СК обухвата широк спектар способности које међусобно дјелују на сложен начин и стога је потребно процијенити различите аспекте овог конструкта како би се добила свеобухватнија слика овог сложеног феномена. Имајући у виду да га различити аутори различито дефинишу, и начини његове процјене се разликују. Колико је нама познато СК се до сада није процјењивала на нашем говорно-језичком подручју у популацији одраслих особа са ИО и ДД, те смо у тексту који слиједи обрадили и неке од начина процјене.

СК се јавља у друштвеном и интерперсоналном контексту па се стога уочава потреба за еколошки валиднијим мјерама њене процјене. Аутори указују на потребу за интегрисаним задацима који се односе на ситуације из стварног живота, а не на изолованим процесима. У ситуацијама из стварног живота интеракције укључују обраду информација из више извора као што су глас, говор тијела, садржај разговора, однос са особом која износи информације и друге контекстуалне аспекте (Lakhani et al., 2021). Даље, за бољу репрезентацију стварних ситуација наводи се и кориштење технологије виртуелне стварности (Parsons, 2015) или дизајн студија за двије особе, тј. стварна интеракција између двоје људи (Garcia & Ibanez, 2014). Такође, СК је подложна културолошким варијацијама будући да социо-културни контекст утиче на стимулусе који се користе за процјену СК и процесе у закључивању менталних стања друге особе. Док се неки аспекти СК, као нпр. емоционално изражавање, универзално доживљавају, ПЕ варира у различитим културама (Koelkebeck et al., 2017). Истраживања наглашавају да особе које имају одређене когнитивне тешкоће показују боље перформансе на батерији тестова за процјену СК него у свакодневним ситуацијама везаним за исте СК домене (Mesulam, 1986, према Benito-Ruiz et al., 2022). Још једна мањкавост у тестовима СК је пасивна улога процјењиване особе. Неучествовање у социјалној интеракцији може навести испитаника да перципира и обрађује информације на другачији начин него у ситуацијама у којима би имао активну улогу (Benito-Ruiz et al., 2022).

У тексту који слиједи дат је приказ неких инструмената намјењених мјерењу различитих домена СК.

Упитник за скрининг СК (*Social Cognition Screening Questionnaire – SCSQ*, Roberts et al., 2011) је инструмент намјењен за мјерење следећих домена СК: ТОМ, каузалне атрибуције и метакогниције, као и вербалног памћења и шематског закључивања (несоцијалних домена). Упитник је показао високу конвергентну и дискриминативну валидност на свим доменима, као и добру еколошку валидност. Потребно је 20 минута за његову администрацију. Упитник је кориштен код особа са СХ и особа ТР (Ayako et al., 2014).

Док се већина постојећих тестова за процјену СК фокусира на процјену ТОМ, остају занемарене способности које се истовремено ангажују приликом интерпретирања социјалних ситуација. Услијед потребе савладавања ограничења постојећих тестова за процјену СК, који укључују само неке аспекте овог сложеног конструкта, развијен је Единбуршки тест социјалне когниције (*Edinburgh Social Cognition Test – ESCoT*, Baksh et al., 2018). Овај тест мјери четири социо-когнитивне способности: когнитивну ТОМ, афективну ТОМ, интерперсонално разумијевање социјалних норми и интраперсонално разумијевање социјалних норми. Кршење социјалних норми може утицати на већ постојеће социјалне

односе или на формирање нових. Поред ТОМ, интерперсонално (како би се друга особа требала понашати) и интраперсонално (како би се сама особа требала понашати) разумијевање социјалних норми, представљају важне аспекте СК способности (Baksh et al., 2020). Ова два аспекта СК су испитивана одвојено код одраслих особа са ПСА и показала су мјешовите налазе (Baez et al., 2012; Gleichgerricht et al., 2013; Lehnhardt et al., 2011; Thiebaut et al., 2016; Zalla et al., 2009, све према Baksh et al., 2020). Такође, Бакш и сарадници (Baksh et al., 2020) наводе да не постоји клинички тест интерперсоналног и интраперсоналног разумијевања социјалних норми у оквиру теста СК и ове способности никада нису испитиване поред ТОМ у оквиру истог теста.

ESCoT је најпре примјењен код старијих, средовјечних и млађих одраслих особа ТР како би се испитали ефекти старења на СК (Baksh et al., 2018; Baksh et al., 2020). Ове студије су утврдиле лошије перформансе когнитивне, афективне ТОМ и интерперсоналног разумијевања социјалних норми код старијих испитаника. *ESCoT* је затим кориштен на узорку одраслих са ПСА (Аспергеров синдром или високофункционални аутизам), а учинак је упоређен са постигнућима на већ коришћеним тестовима за процјену СК (Baksh et al., 2020). Предност овог теста је што даје бољу еколошку валидност у односу на друге тестове за процјену СК са високим величинама ефекта. Користећи анимираних ликове лакше је изоловати специфичне СК способности и контролисати индивидуалне социјалне разлике. Такође, укупно постигнуће на суптестовима и тесту у цјелини није повезано са вербалним разумијевањем и перцептивним закључивањем што није типичан налаз за тестове СК. Овај тест представља користан инструмент за испитивање СК код особа са ПСА, трауматским повредама мозга, психијатријским и неуролошким стањима, као и за детектовање промјена које настају у СК током старења (Baksh et al., 2018; Baksh et al., 2020).

Због ограничења постојећих тестова за процјену СК развијена је Интегрисана батерија тестова за процјену СК (*Integrated Social Cognition Battery – BICS*, Achim et al., 2012). Овај тест СК се састоји од два суптеста: Тест комбинованих прича (*Combined Story Test – COST*) и тест социјалног знања (*The Social Knowledge Test – SKT*) (Achim et al., 2012). *BICS* батерија је кориштена у истраживањима код одраслих особа ТР (Thibaudeau et al., 2018), испитаника у првој епизоди психозе (Achim et al., 2012), трауматским повредама мозга (Tousignant et al., 2016) и код особа са СХ (Achim et al., 2013).

Испитаницима се прочита 30 прича гдје је у свакој приказан лик који има одређено ментално стање у односу на стање и вербализацију другог лика. Затим се испитаницима поставља по неколико питања о вјеровањима, знањима и намјерима актера из приче. Тест комбинованих прича (*Combined Story Test – COST*) се показао као користан инструмент за испитивање ТОМ код особа са психијатријским стањима, јер превазилази психометријска ограничења која имају други тестови ТОМ. Такође, контролна питања, укључена у задатке ТОМ, могу пружити корисне назнаке у вези са извором потешкоћа које могу ометати перформансе на задацима ТОМ (потешкоће у расуђивању, пажњи и памћењу) (Thibaudeau et al., 2018).

Тест социјалног знања (*The Social Knowledge Test – SKT*), за разлику од других тестова социјалног знања, наглашава везу између типичних социјалних ситуација и менталног стања (његове афективне компоненте). Он показује нижу интерну конзистентност што се може објаснити дихотомним бодовањем задатака. Студије наглашавају потребу процјене социјалног знања у тестовима СК, јер би дефицити у овом домену могли утицати на перформансе на задацима ТОМ (Thibaudeau et al., 2018).

Филм за процјену СК (*Movie for Assessment of Social Cognition – MASC*, Dziobek et al., 2006) је још један од тестова за свеобухватнију процјену СК. Овај тест укључује скраћену верзију теста Чудне приче (*Strange stories task*, Harpe', 1994), Читање ума у очима (*Reading the mind in the eyes*, Baron-Cohen et al., 2001) као и Задатка препознавања основних емоција (*Emotion recognition task*, Ekman & Friesen, 1971). Он захтјева од испитаника да гледају филм

чија се радња заснива на вечерњој журци у којој учествују четири актера. Видео траје 15 минута и паузира се 46 пута при чему се у свакој паузи постављају питања о осјећањима, мислима и наміјерама актера филма (Dziobek et al., 2006). Филм је кориштен у истраживањима код особа са Аспергеровим синдромом (Dziobek et al., 2006) и одраслих особа ТР (Laillier et al., 2019). Предност овог инструмента огледа се у томе што може процијенити СК интеграцијом различитих улазних канала: визуелни (препознавање лица, погледа), слушни (различити аспекти прозодије) и вербални (садржај језика). То је кратак инструмент који укључује различите аспекте СК: лажна вјеровања првог и другог реда, погрешан корак, метафору и сарказам. Као једно од ограничења теста наводи се недостатак еколошке валидности (јер особе са Аспергеровим синдромом не показују дефицит социјалног разумијевања током процјене на исти начин као у стварном животу) и ефекат плафона (Lahera et al., 2014). Такође, *MASC* приказује особе средње животне доби (тридесетих година) и сама употреба језика и специфичност њиховог понашања могу утицати на перформансе особа старије животне доби (Laillier et al., 2019).

2. Дуалне дијагнозе

Током осамдесетих година биљежи се оскудно истраживање психијатријских поремећаја код особа са ИО. Међутим, деведесете су донијеле много више налаза у овом подручју (Borthwick-Duffy, 1994; Gustafsson, 1997; Nøttestad & Linaker, 1999; Moss, 2001, све према Mугbakk, 2008). Сам концепт ДД настао је осамдесетих година прошлог вијека и подразумијева коегзистирајућу ИО и ментални поремећај (Matson, 1985; Matson & Sevin, 1994; McLennan, 2018; Sturmey, 2002; Szymanski & Grossman, 1984).

У литератури, под појмом ДД се чешће подразумијева удруженост алкохолизма и менталних поремећаја, те се ова појава удружености психијатријских поремећаја и ИО често означава и као „друга ДД“ (Lakić, 2007).

Особе са ИО имају повећану вулнерабилност за развој проблема менталног здравља (Cooper et al., 2007; Cooper & Bailey, 2001; Deb et al., 2001; Dekker et al., 2002; Emerson et al., 2001). Међутим, рано препознавање и прецизна дијагноза психијатријских поремећаја у овој популацији још увијек представљају изазов. Прво, на појаву психијатријских поремећаја код особа са ИО често утиче сложен образац развојних, биолошких, социо-емоционалних и срединских фактора (Dosen et al., 2007, према Janssen & Maes, 2012). Поред овога, особе са ИО имају ограничене когнитивне и комуникативне капацитете, што отежава добијање прецизног увида у њихове мисли и осјећања. Психијатријска стања код особа са ИО могу се испољити на специфичан и атипичан начин, те се стога психијатријски проблеми често сматрају саставним дијелом ИО, што је у литератури описано као "дијагностичко замагљивање" (Prosser et al., 1998; Mikkelsen et al., 2005, све према Janssen & Maes, 2012).

Саунер (Sovner, 1986, према Mугbakk, 2008) указује на четири фактора који утичу на испољавање психијатријских стања код особа са ИО. Први фактор је „интелектуални дефицит“, који подразумијева да конкретно мишљење и тешкоће у комуникацији особи са ИО отежавају посматрање и описивање властитог понашања и осјећања. „Психосоцијално маскирање“ се препознаје као други фактор, који доводи до тога да симптоми бивају неадекватно презентовани и самим тим препознати на одговарајући начин. Трећи фактор је „когнитивна дезинтеграција“ у условима стреса и склоност ка регресивном понашању (психичком функционисању на нижем нивоу). Последњи фактор је „базично претјеривање“ тј. склоност ка бурном реаговању у мање значајним стресним ситуацијама.

Наглашавајући мањкавост традиционалног психијатријског приступа у разумијевању настанка и третмана психијатријских болести особа са ИО, Дошен (Došen, 1994, према Kramarić i sar., 2013) је установио развојно-динамички приступ у психијатрији. Према овом

приступу појава психичких поремећаја код особа са ИО је одређена следећим специфичним чиниоцима: биолошким факторима, психичким околностима, условима средине и развојним током.

Биолошки фактори (нпр. фрагилни X хромозом или фенилкетонурија), под специфичним условима средине, могу бити фактор ризика за настанак ПСА или психотичких поремећаја. Специфичне психичке околности указују на то да је личност особе са ИО карактеристично структурирана, емоционално и социјално осјетљивија те под неповољним условима средине може бити склонија развоју проблема у понашању (склоност депресивним стањима код промјене средине или растанка од блиских особа). Специфичним условима средине сматрају се промјене у породици. Под факторима специфичног тока развоја подразумева се постојање несразмјере између тјелесног и психичког развоја (Kramarić i sar., 2013).

Епидемиолошке студије наводе да психијатријски поремећаји погађају 17% опште популације (Steel et al., 2014) и двоструко више особа са ИО (Smiley, 2005, све према Mazza et al., 2020).

ИО је релативно често праћена придруженим психијатријским стањима (Cooper et al., 2007; Dekker et al., 2002; Emerson, 2003; Emerson & Hatton, 2007) те се, у зависности од процјењиваних варијабли, инструмената процјене и карактеристика испитиване популације, сматра да 30–65% дјеце и одраслих са ИО има неки психијатријски поремећај, што је три до четири пута већа заступљеност него код типичне популације (Dekker et al., 2002; Gobrial, 2019; Linna et al., 1999; Munir, 2016; Peña-Salazar et al., 2020; Platt et al., 2018).

Бордвик-Дафи (Borthwick-Duffy, 1994) наводи да се преваленца психијатријских болести код одраслих особа са ИО креће од 10% до 39% овисно о дијагностичким критеријумима који се користе. Ово четвоструко одступање у наведеној стопи преваленце је најчешће узроковано методолошким неуједначеностима, посебно у подручју грешке узорковања и утврђивања (Deb et al., 2001). Резултати новијих истраживања наводе преваленцу од 23.4% (Hughes-McCormack et al., 2017) и 33.6% (Mazza et al., 2020).

Студије које су утврђивале повезаност нивоа ИО и психијатријских поремећаја су такође показале разлике у резултатима. Нека истраживања наводе да особе са тежим облицима ИО имају већу преваленцу психијатријских поремећаја него особе са блажим облицима ИО (Cooper & Bailey, 2001; Gillberg et al., 1986), док друга проналазе супротне резултате (Holden & Gitlesen, 2004; Hsieh et al., 2020). Једно објашњење таквих разлика у резултатима могу бити разлике у узорцима. Тако, Холден и Гитлсен (Holden & Gitlesen, 2004), на примјер, у свом узорку, нису имали испитанике са ЛИО док је у истраживању Купера и Бејлија (Cooper & Bailey, 2001) било 14.2% испитаника са ЛИО. Још један узрок ове варијације могу бити различите дефиниције психијатријских поремећаја. Док су Купер и Бејли (Cooper & Bailey, 2001) укључивали аутизам и поремећаје понашања међу психијатријске поремећаје, Холден и Гитлсен (Holden & Gitlesen, 2004) то нису чинили.

Истраживање новијег датума наглашава да се укупна стопа функционалних психијатријских поремећаја, као што су СХ, депресивни, биполарни и анксиозни поремећај, код одраслих особа са ИО креће између 14.4 и 22.4%. Међутим, ако се узме у обзир шира дефиниција психопатологије и менталног здравља, укључујући симптоме депресије, анксиозности, забринутости и неуроразвојних поремећаја као што је ПСА, стопа постаје значајно већа него у општој популацији (Deb et al., 2022).

2.1. Психијатријски поремећаји који најчешће прате интелектуалну ометеност

Најчешћи психијатријски поремећаји код особа са ИО су: поремећај понашања (18.7%), афективни поремећаји (5.7%), ПСА (4.4%), психотични поремећаји (3.8%) и анксиозни поремећаји (3.1%) (Kendall & Owen, 2015).

2.1.1. Депресивни поремећај

Истраживања показују да одрасле особе са ИО остварују висок ниво негативних и стресних социјалних интеракција које стоје у позитивној корелацији са депресивним симптомима (Hartley & MacLean, 2005; Lunskey & Benson, 2001). Такође, многи погрешни когнитивни обрасци који се сусрећу код депресивних особа ТР (нпр. ниско самопоуздање, негативна социјална поређења и учесталије негативне мисли) јављају се и код депресивних особа са ИО (Benson & Ivins, 1992; Dagnan & Sandhu, 1999; Esbensen & Benson, 2006; Glenn, Bihm, & Lammers, 2003; Lunskey, 2003; Nezu et al., 1995, све према Hartley & MacLean, 2009). Код одраслих особа са ИО и депресијом су забиљежене учесталије негативне каузалне атрибуције према негативним догађајима, и склоност ка приписивању узрочности ових догађаја себи (Esbensen & Benson, 2005; Esbensen & Benson, 2006; Hartley & MacLean, 2009). Такође, одрасле особе са ИО користе мање активних стратегија суочавања и више избјегавања стресних животних догађаја (Hartley & MacLean, 2005). Истраживање Купер и сарадника (Cooper et al., 2015) је указало на то да је најучесталије психијатријско стање код одраслих особа са ИО депресија са преваленцом од 15.7%. Деб и сарадници (Deb et al., 2022) наводе да је важно истражити узроке депресије код особа са ИО који могу бити: физичке болести (хипотиреоза, рак, инфекција), прописани лијекови (посебно антипсихотици), генетски поремећаји повезани са ИО, као и фактори околине који би могли продубити проблем (актуелни сукоби са другим штићеником или са члановима породице). Као значајни средински фактори који утичу на појаву депресије код особа са ИО се издвајају: лош социоекономски статус, непотпуна породица, боравак у институцијама рестриктивног типа и честе промјене пребивалишта (Томић и сар., 2011). Такође, наводи се да деменција може имати сличне почетне симптоме.

2.1.2. Поремећај из спектра аутизма

Особе са ИО имају повећан ризик за развој симптома ПСА, иако ова придружена дијагноза остаје често непрепозната (Sappok et al., 2010, према Baudewijns et al., 2018). Ово се дијелом може објаснити симптоматским преклапањем између ИО и ПСА и недостатком стандардизованих мјера за дијагностиковање ПСА код одраслих особа са ИО (Matson & Shoemaker, 2009).

Нека истраживања су показала да су симптоми ПСА код одраслих особа са ИО присутни између 8% и 40% (La Malfa et al., 2004; Morgan et al., 2002; Matson & Shoemaker, 2009, према Maguire et al., 2022). Одрасле особе са ИО и ПСА показују нижи ниво адаптивног функционисања и више МП (Totsika et al., 2010). Баумик и сарадници (Bhaumik et al., 2008) на узорку од 1244 одрасле особе са ИО, наводе да су најучесталији психијатријски поремећаји поремећаји понашања (19.8%), за којим слиједе ПСА (8.8%), депресија (4.3%) и биполарни афективни поремећај (3%). Одрасле особе са ИО и ПСА имају смањену функционалну независност, повећану преваленцу психијатријског коморбидитета и користе више психотропних медикамената него одрасле особе са ИО (Maguire et al., 2022). Такође, преваленца МП код особа са ИО и коморбидним ПСА је три до четири пута већа него код њихових вршњака са ИО, од којих је самоповрјеђујуће понашање присутно код 4.9%, а агресивно понашање код 9.8% (Smith & Matson, 2010, према Maguire et al., 2022).

2.1.3. Схизофренија и психоза

СХ карактерише дезорганизованост у говору, мислима и понашању, заблуде и халуцинације и може бити повезана са абнормалностима у структури и функцији мозга (Smieskova, 2010). Такође, СХ је повезана са симптомима апатије, недостатком нагона, и кататоничним симптомима као што су маниризми и бизарно понашање (Ayub et al., 2015). Њу карактеришу и тешкоће у домену СК које се испољавају као проблеми у обради социјалних и емоционалних сигнала, откривању узрока позитивних и негативних догађаја, као и разумијевању и приписивању менталних стања себи и другима (Deljković et al., 2011; Pavlović, 2013; Petrović, 2012; Totić -Poznanović et al., 2011, све према Ђорђевић, 2015).

Преваленца психотичног поремећаја (укључујући схизоафективни поремећај) код особа са ИО је око 3.8% (Cooper et al., 2007; Turner, 1989, према Kendal & Owen, 2015). У истраживању Боураса и сарадника (Bouras et al., 2004) вршено је упоређивање психопатолошких симптома између 53 особе са ИО и придруженим психотичним поремећајем и 53 особе са дијагностикованом психозом. Особе са ИО и психозом су имале више негативних симптома од оних без ИО. Велика кохортна студија спроведена у Аустралији, која је обухватила 4221 особу са ИО и придруженом психијатриском дијагнозом наводи да у старијој кохорти 5.1%, а у млађој 3.7% испитаника има придружену СХ, што је три пута већа преваленца него у типичној популацији (Morgan et al., 2008). Особе са ИО и придруженом СХ су чешће склоне суициду, као и самоповрјеђивању, а у складу са тим раније се јављају службама и сервисима за пружање подршке него особе које су просјечних когнитивних способности које имају СХ (Morgan et al., 2008).

2.1.4. Анксиозни поремећај

Анксиозност је уобичајен адаптивни одговор на стрес или пријетњу и чест симптом бројних поремећаја. Међутим, када ниво анксиозности премаши реалност или трајање пријетње, одговор постаје патолошки. Анксиозност покреће одговор аутономног нервног система и психолошку активност која изазива симптоме страха, забринутости и стрепње, те озбиљно утиче на свакодневно функционисање и квалитет живота индивидуе (Sullivan et al., 2004). У кохортној студији која је обухватила 1023 одрасле особе са ИО, њих 3.8% је идентификовано са анксиозним поремећајем (Reid et al., 2011), док Кендал и Овен (Kendall & Owen, 2015) наводе преваленцу од 3.1%.

Анксиозност и депресија се сматрају честим поремећајима код особа са ИО и често се јављају удружено (El Mraouan et al., 2019; Hermans et al., 2013). У акутној фази особа може показивати неконгруентно (смијати се у ситуацијама када би се требала осјећати тужно или плакати када би требала бити сретна) и лабилно расположење (показујући много успона и падова у афекту). У хроничној фази расположење постаје депресивно (тзв. негативни симптоми) (Deb et al., 2022). Анксиозност и депресија могу бити изазвани антипсихотичним лијековима (24% одраслих особа са ИО користи антипсихотике) који се користе за лијечење СХ или за рјешавање проблема МП (Sheehan et al., 2015).

Комуникацијски дефицити, који ограничавају особе са ИО да опишу и пријаве своје симптоме здравственим радницима, резултирају незадовољавајућим клиничким консултацијама и лошијим избором лијечења. Анксиозни поремећаји се повећавају са тежином ИО (Reid et al., 2011, према El Mraouan et al., 2019).

2.2. Процјена присуства психијатријских стања код особа са интелектуалном ометеношћу

Познато је да је код особа са ИО присутна четири пута већа заступљеност психијатријских болести него код особа ТР (Rush et al., 2004; Munir, 2016). То се објашњава већом преваленцом фактора ризика присутних у популацији особа са ИО: генетске абнормалности, оштећење мозга, штетне посљедице лијекова, институционализација, ограничен и неповољан начин живота, вулнерабилност ка злостављању, стигматизација и социјална маргинализација, ниско самопоуздање и самопоштовање, ниске могућности за самоконтролу и утицање на правац сопственог живота (Deb et al., 2022).

Особе које обично прве примјете знакове и симптоме психијатријских стања су непосредни старатељи и особље, али те особе немају висок ниво знања о психопатологији и клиничком значењу симптома (Moss et al., 1998). Напредак у начину процјене психопатологије код особа са ИО указује на то да је најефикаснији вишеметодски приступ који обухвата цијели спектар психопатолошких испољавања (Rush et al., 2004). Приликом процјене психијатријског стања код особа са ИО важно је направити разумна прилагођавања (издвојити више времена него уобичајено, користити одговарајућа комуникативна помагала укључујући слике и знаковни језик). Код особа са тешком и дубоком ИО психијатријске поремећаје је тешко дијагностиковати па је могућа појава лажно позитивних и лажно негативних дијагноза. У случају лажно позитивне дијагнозе, МП може бити погрешно дијагностиковано као психијатријски поремећај, док се код лажно негативне дијагнозе не поставља дијагноза психијатријског поремећаја јер се сматра да су његови симптоми дио фенотипа ИО (дијагностичко замагљивање) или се симптоми дијагностикују као МП. Стога је важно упоредити ментално стање особе са ИО прије појаве сумње на психијатријски поремећај са тренутним (Deb et al., 2022).

Преглед доступних података из картона особа са ИО се обично ради на почетку процјене, посебно код особа које живе у резиденцијалном окружењу. На основу тих података можемо добити значајне информације о особи (обрасци понашања, промјене у понашању које настају временом). Такође, картони садрже медицинске информације (подаци о болести, повредама, кориштењу фармакотерапије), податке о МП, интервенцијама које су кориштене и сл. Највећа предност оваквог начина прикупљања података огледа се у великој доступности информација о прошлости појединца и тренутном нивоу функционисања (Rush et al., 2004).

Интервју са родитељима, старатељима и особљем такође представља један од начина за прикупљање значајних информација за кратко вријеме. Овако се добија потпунија слика о присуству МП као и информације о адаптивном функционисању особе (социјалне, комуникационе и свакодневне животне вјештине) (Cummins et al., 2003; Rojahn et al., 2004). Међутим, Лојд и сарадници (Lloyd et al., 2006) истичу да интервју често даје више субјективних ставова информаната о самој особи са ИО. Новија истраживања наглашавају да је могуће интервјуисати и особе са ИО, кроз прилагођавање садржаја и стила интервјуа тако да одговарају комуникацијским преференцијама сваког појединца у овој хетерогеној популацији (Hollomotz, 2018). Деб и сарадници (Deb et al., 2022) истичу да се и интервју може одвијати у различитим окружењима (дом, дневни центар, амбуланта), али је најоптималније водити га у познатом окружењу. Такође, клиничар би требало да посматра особу са ИО у различитим окружењима, јер се одређена психопатологија може манифестовати у неким окружењима, а у другима не. Ако породица или старатељи присуствују интервјуу требало би да добро познају особу са ИО и да имају добар однос са њом, али и да узму у обзир питања повјерљивости (ако особа са ИО не жели да буду присутни старатељи). Требало би да постоји и флексибилност у дужини интервјуа (неколико краћих интервјуа умјесто једног дугог). Такође, важно је прикупити информације из што је могуће више извора (сама особа, чланови породице, помоћно особље, наставници, медицинске сестре укључујући и писане записе) (Deb et al., 2022).

Опсервација је сљедећа компонента прикупљања података за процјену психопатологије код особа са ИО. Структурирана опсервација омогућава систематско

прикупљање података о циљном понашању и даје више објективних и поузданих података него субјективне мјере (интервју и скале процјене) међутим, она је обично скупља и дуготрајнија. Прије обављања опсервације важно је идентификовати и оперативно дефинисати понашање од интереса. Осим тога трајање саме опсервације треба одредити на основу стопе понашања. Понашање високе учесталости може бити процјењивано кратким запажањима, док понашање ниске учесталости захтјева дуже вријеме посматрања, те је потребно направити распоред опсервације (континуирано у односу на узорковање) (Rush et al., 2004). Иако се и даље користи опсервација уживо (записивање понашања на папиру), новија истраживања код особа са ИО наводе методе опсервације помоћу електронских уређаја и специфичног софтвера (*The Observer XT version 10.0. Noldus Technology*) (Grieco et al., 2013, према Delgado et al., 2017).

Скале процјене су најчешће кориштена метода за процјену психопатологије код особа са ИО. Већина скала се заснива на извјештају старатеља или његоватеља. Предност скала је што се брзо администрирају, омогућавају перцепцију нискофреквентног понашања и обично имају боља психометријска својства од субјективних мјера као што је интервју. Најважнији недостатак скала процјене је субјективност информаната и подложност пристрасности (грешке због попустљивости, хало ефекат или централна тенденција). Стога је важно не доносити дијагностичке одлуке искључиво на основу података примјењене скале. Ајнфелд и Тонг (Einfeld & Tonge, 1996) су указивали на недостатак психометријски поузданих инструмената за утврђивање психопатологије код особа са ИО. Од тог времена до данас дошло је до екстензивног развоја метода скалирања (Matson et al., 2012).

У тексту који слиједи дат је приказ различитих инструмената који се користе за процјену присуства психијатријских стања код особа са ИО.

Инструмент за процјену психопатологије код одраслих особа са ИО (*Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults – PIMRA*, Matson, 1988) је скала која се састоји од 56 ајтема унутар осам супскала: СХ, Афективни поремећај, Психосексуални поремећај, Поремећај прилагођавања, Анксиозни поремећај, Соматоморфни поремећај, Поремећај личности и Неадекватно прилагођавање. Ова скала је доступна у двије верзије – самоизвјештај (за појединце способне да разумеју тврдње) и верзија за информанта (попуњава особље које познаје испитанике). Студије које су испитивале валидност *PIMRE* су откриле да овај инструмент на одговарајући начин може открити психопатологију код особа али се не може користити изоловано приликом постављања дијагнозе (Balboni et al., 2000; Gustafsson & Sonnander, 2005). Након оригиналне изашла је и ревидирана верзија *PIMRA II* (Belva & Matson, 2015) која се ослања на Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје – пето издање (DSM– 5, APA, 2013) и садржи 88 тврдњи. Поред постојећих супскала додате су нове (ПСА, Манија, МП и АДХД) што је чини побољшаним инструментом за скрининг психопатологије код одраслих особа са ЛИО и умјереном ИО.

Скала за процјену ДД (*Assesment Dual Diagnosis – ADD*, Matson & Bamburg, 1998) је инструмент од 79 ајтема који се користи за скрининг психопатолошких симптома код особа са ЛИО, умјереном и тешком ИО. Током процјене од информанта се захтјева да оцијени учесталост, озбиљност и трајање појаве исказане тврдњом. Администрација траје 20 минута и даје укупан скор као и скорове појединачних скала: Манија, Депресија, Анксиозност, Посттравматски стресни поремећај, Злоупотреба супстанци, Соматоморфни поремећај, Деменција, Поремећај понашања, Первазивни развојни поремећај, СХ, Поремећај личности, Поремећаји у исхрани и сексуалности (Matson & Bamburg, 1998).

Психијатријска процјена код одраслих са развојим поремећајима (*The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability, PAS – ADD*, Moss et al., 1998) је скрининг инструмент који се састоји од контролне листе животних догађаја који се оцјењују четворостепеном Ликертовом скалом. Подручја која обухвата контролна листа су: апетит и сан, напетост и забринутост, фобије и паника, депресија и хипоманија, опсесије и

компулзије, психоза и аутизам. Примарни извор ајтема за чеклисту били су ајтеми из *PAS – ADD* клиничког интервјуа (Moss et al., 1993) који је дизајниран за особе са ИО. Ајтеми су формулисани једноставним језиком и инструмент је намјењен за процјену од стране особља и особа који немају знања о психопатологији особа са ИО. Резултати добијени оцјеном информаната и дијагнозе постављене од стране психијатара се преклапају у 71% случајева. Ова скала је кориштена у већем броју истраживања са особама са ИО (Hatton & Taylor, 2008; Stinton et al., 2010; Tsakanikos et al., 2011, све према Matson et al., 2012).

Мини скала психијатријске процјене код одраслих особа са развојним поремећајима (*Mini Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities, MINI PAS – ADD*, Prosser et al., 1998) је варијанта *PAS – ADD* интервјуа. Састоји се од 86 ајтема распоређених у седам супскала: Депресија, Анксиозност и фобије, Манија, Опсесивно-компулзивни поремећај, Психоза, Неспецификовани поремећај (укључујући деменцију) и Первазивни развојни поремећај. Аутори скале су утврдили интерну поузданост скале и слагање од 81% између психијатријских дијагноза и *MINI PAS – ADD* резултата. Скала је кориштена на одраслим особама са ЛИО и умјереном ИО (Grey et al., 2010, Holden & Gitlsen, 2004). Чек листа *PAS – ADD* (Moss et al., 1998; Sturmey et al., 2005) је друга верзија овог инструмента која садржи 29 тврдњи које се односе на симптоме психијатријских поремећаја, подјелених на пет супскала. Ове супскале се комбинују и дају три укупна резултата: 1) афективни/неуротски поремећај, 2) органски поремећај, и 3) психотични поремећај. Последња верзија овог инструмента је *MINI PAS – ADD* интервју (*MINI PAS – ADD Interview*, Moss, 2016) који је идеалан за прикупљање кључних информација о симптомима, узроцима, повезаним проблемима у понашању и историји развоја поремећаја. Он садржи клинички појмовник (*glossary*) који објашњава примјере сваког симптома на различитим нивоима озбиљности. Такође, садржи објашњења која воде истраживача у постављању питања о симптомима. У односу на прву верзију интервју садржи и констелацију симптома који су у теренским истраживањима идентификовани као показатељи присутности органског поремећаја.

Чеклиста за утврђивање психопатологије код аутизма (*The Psychopathology in Autism Checklist – PAC*, Helverschou et al., 2009) је инструмент дизајниран за одрасле особе са ПСА и ИО којима је потребна додатна помоћ психијатријских служби. Инструмент попуњавају родитељи/старатељи и састоји се од 42 ајтема распоређена у пет супскала: Психоза, Депресија, Анксиозни поремећај, Опсесивно-компулзивни поремећај и Општи проблеми прилагођавања, које се оцјењују на четворостепеној Ликертовој скали. Инструмент је кориштен у истраживањима код одраслих особа са ПСА и ИО (Helverschou et al., 2021).

3. Маладаптивна понашања код особа са интелектуалном ометеношћу

МП се у стручној литератури још називају проблематична, аберантна понашања, док се у новијој англосаксонској литератури користи синтагма „изазовно понашање“ (*“challenging behavior”*). Ауторке Буха и Глигоровић (Buha i Gligorović, 2013) превode ову синтагму као „понашање које представља изазов“ и објашњавају је путем социјалног модела ометености, при чему понашање не посматрају као карактеристику саме особе, већ као интеракцију личних и контекстуалних фактора, тако да оно представља изазов систему збрињавања. У контексту институционалног збрињавања, изазовно понашање настаје као резултат директне интеракције појединца са другим штићеницима или особљем и индиректном интеракцијом са другима путем сервиса подршке (Olivier-Pijpers et al., 2020).

МП код особа са ИО се дефинишу као понашања која ограничавају способност функционисања особе у свакодневном животу, учење нових вјештина и стицање приступа друштвеним ресурсима (Rojahn et al., 2011). Емерсон и Ајнфелд (Emerson & Einfeld, 2011) сагледавају МП као понашања која се у одређеној култури сматрају аберантним, а таквог су

интензитета, учесталости и трајања да угрожавају здравље и физичку безбједност саме особе или особа из њеног окружења. Ова понашања се могу манифестовати као: физичка агресија према стварима и људима, самоповрјеђивање, стереотипно понашање, сексуално непримјерено понашање, уврједљиво понашање, маниризми и ритуали (Ali et al., 2014). Заједничка карактеристика свих ових понашања је њихов негативан ефекат на квалитет живота индивидуе, емоционално благостање чланова породице, особља и суграђана и приступ услугама у заједници (Griffith et al., 2013; Wolkorte et al., 2019, према Mastilo i Calasan, 2020). МП могу резултирати лошијом социјалном партиципацијом и нижим квалитетом пријатељства (Bowring et al., 2019).

О посљедицама ових понашања извјештавају и породице, његоватељи и особље, такође указујући на нижи квалитет живота, често наводећи фрустрацију, умор, исцрпљеност, изгарање на радном мјесту и осјећање неспособности у обављању својих улога. Понекад особље или чланови породице пред особе са ИО постављају претјерана или нереална очекивања што такође може резултирати МП (Wolkorte et al., 2019).

Студије, које у узорке укључују особе са ИО, наглашавају велике варијације у преваленци МП које се крећу у распону од 5.7% до 63% (Bowring et al., 2019; Jones et al., 2008; Lundqvist, 2013). Емерсон (Emerson, 2003) истиче да се преваленца МП креће од 6.1% у отвореној заједници до 40% у установама за дуготрајни боравак. У двјема популационим студијама у Великој Британији присуство МП је утврђено код 10–15% испитаника, норвешка студија наводи преваленцу од 4% (Jones et al., 2008), а шкотска до 22.5% (Cooper et al., 2007; Holden & Gitlsen, 2006).

Дикенс (Dykens, 2000) наводи сљедеће узроке варијабилности преваленце МП: различити нивои интелектуалног функционисања испитаника, разлике у типу узорака истраживања (амбулантни, хоспитализовани, резиденцијални), различити начини процјене (примјена различитих упитника и скала процјене), разлике у дијагностичким класификацијама (DSM, ICD), различити начини прикупљања података (клиничке биљешке, рачунарске базе података).

Истраживања су показала мјешовите налазе и у вези са полним разликама у преваленци МП. Тако се наводи да нема разлике између мушкараца и жена са ИО у испољавању различитих облика МП (Balboni et al., 2020; Bowring et al., 2016; Holden & Gitlesen, 2006; Kanne & Mazurek, 2011; McTiernan et al., 2011; Murphy et al., 2009; Nicholls et al., 2019; Smith et al., 1996). Неке студије наводе да су тежи проблеми МП повезани са женским полом (Jones et al., 2008; Deb et al., 2001), док друге наводе супротне резултате (Emerson et al., 2001a; Kiernan & Qureshi, 1993; Lowe et al., 2007, према Browning et al., 2016). Такође, истраживања показују да се учесталост МП повећава с узрастом, достиже свој врхунац у средњој животној доби, а опада код старијих одраслих испитаника (Inoue, 2019; Holden & Gitlesen, 2006; Jones et al., 2008; Lundquist, 2013).

Најчешћи облици МП код особа са ИО су самоповрјеђивање, стереотипно понашање и агресија/деструкција (Lloyd & Kennedy, 2014; Nicholls et al., 2019; Wolkorte et al., 2019). Ова три облика понашања нису изоловане врсте понашања већ се често јављају заједно и у коморбидитету са психијатријским поремећајима. На примјер испитаници који се самоповрјеђују често имају високе стопе агресије и сва три облика понашања су чешће присутна код особа са коморбидним психијатријским дијагнозама (Minshawi, 2007, према Mastilo i Calasan, 2020). Поједини аутори међу најозбиљније МП, код особа са ИО, убрајају самоповрјеђивање и агресивно понашање (Embregts et al., 2009; Murphy et al., 2009).

3.1. Самоповрјеђујуће понашање

Самоповрјеђујуће понашање представља најтежу форму понашања код особа са ИО. Његова преваленца се креће између 4% и 23% и показује тенденцију раста са опадањем

нивоа интелектуалног функционисања, па је највећа учесталост регистрована код особа са тешком ИО (Cooper et al., 2009; Jones et al., 2008; Rojahn et al., 2011).

Једна од првих дефиниција наводи да самоповрјеђујуће понашање има за последицу физичку повреду сопственог тијела (Lowe et al., 2007) и искључује намјерну и својеволјну повреду, што га разликује од других облика овог понашања (самопонижавање и суицидални поступци) (Minshawy, 2007). Ова понашања могу довести до: 1) физичких повреда или смрти, 2) учесталијег кориштења психотропних лијекова, 3) осјећања стида, безнађа и кривице, 4) ограниченог психолошког и социјалног развоја, социјалне изолације, искључености и институционализације, 5) занемаривања и злостављања и 6) препрека у добијању адекватне подршке и њега (Brown & Beail, 2009; Cowley et al., 2005; Emerson, 1992; Emerson et al., 1994; Klonsky, 2007; Matson & Neal, 2009, све према van den Bogaard et al., 2018a). Самоповрјеђујућа понашања могу бити идиосинкратичка и састоје се од широког спектра различитих понашања (од благих до опасних по живот) као што су: ударање шаком директно у главу или лице, уједање сопственог тијела, гребање, шамарање и грижење усана (Lowe et al., 2007; Rojahn et al., 2002, према Mastilo i Ćalasan, 2020). Истраживања су утврдила повезаност између самоповрјеђујућег понашања и одређених психијатријских стања као што су биполарни поремећај и депресивни поремећај (Joyce et al., 2010; Zanarini et al., 2008). Самоповрјеђујуће понашање има негативне психосоцијалне ефекте на породицу и професионалце (осјећај љутње, неадекватности и кривице), и доводи до потребе за повећаном подршком или надзором један на један (Tureck et al., 2013, према van den Bogaard et al., 2018b). Присуство аутистичких симптома и адаптивни ниво су значајни предиктори самоповрјеђујућег понашања код особа са ИО (Esteves et al., 2021).

3.2. Стереотипно понашање

Стереотипије или стереотипна понашања су дефинисана као понављајући, бесциљни и ненамјерни покрети који укључују њихање тијела, махање рукама, прављење гримаса и љуљање главом. Сматра се да је њихање тијела најраспрострањенији облик стереотипије код особа са ИО (Stossel, 1990; Berkson et al., 1986, све према Mastilo i Ćalasan, 2020). Де Ван и сарадници (de Vaan et al., 2019) говоре о четири категорије стереотипног понашања код особа са ИО и ПСА: моторичко стереотипно понашање, самоповрјеђујуће стереотипно понашање, вокално стереотипно понашање и стереотипно понашање са предметима. Од наведених облика стереотипног понашања једино се самоповрјеђујуће стереотипно понашање јавља чешће код ПСА.

У истраживању на 25872 особе са ИО, Роган (Rojahn, 1986) проналази да њих 1.7% има самоповрјеђујуће понашање од којих 62% има и неки облик стереотипије (најучесталије љуљање), док су Бодфиш и сарадници (Bodfish et al., 2000) на узорку од 34 одрасле особе са ИО утврдили да њих 80% има облике овог понашања. Истраживање МП код одраслих особа са ДС мјерено скалом Инвентара проблематичног понашања (*Behavior Problems Inventory, BPI-01*, Rojahn et al., 2001) наводи да је код њих најучесталије и најтеже понашање стереотипно понашање, за којим слиједе самоповрјеђивање и агресија/деструкција (Mastilo, 2021).

3.3. Агресивно понашање

Агресивна понашања се дефинишу као вербална или физичка понашања усмјерена против других особа у циљу њиховог физичког или психичког угрожавања и оштећења имовине. Ова понашања имају такав интензитет, учесталост и трајање да озбиљно угрожавају физичку безбједност саме особе или особа из њеног окружења и ограничавају њихово социјално функционисање (Embrgets et al., 2009). Агресивна понашања обухватају: физички напад на вршњаке, особље и чланове породице, вербалне пријетње и непријатељске

изјаве, тантруме и уништавање имовине (Amore et al., 2011; Embrgets et al., 2009). Тајпер и сарадници (Tyner et al., 2006) и Крокер и сарадници (Crocker et al., 2006) су испитивали преваленцу агресивног понашања код више од 3000 особа са ИО и закључили да се она креће између 14% и 24.4%, док резултати неких студија наводе преваленцу од 30% до 60% (Cohen et al., 2010; Lowe et al., 2007; Sjgafoos et al., 1994). Ван ден Богард и сарадници (van den Bogaard et al., 2019), испитујући облике агресивног понашања код одраслих особа са ЛИО, наводе да је највише изражено вербално агресивно понашање 57.1%, удружено вербално и физичко агресивно понашање је забиљежено код 31.9% испитаника, док је агресивно понашање усмјерено само на имовину било присутно код 9.5% испитаника.

Истраживање Лундквиста (Lundqvist, 2013) које је имало за циљ да испита преваленцу МП код одраслих особа са ИО, користећи Инвентар проблема у понашању (*Behavior Problems Inventory – BPI*, Rojahn et al., 2001) је показало да 62% ($N = 915$) испитаника испољава МП, од чега 34.4% испољава агресивно/деструктивно понашање. Агресивно понашање код особа са ИО најчешће је усмјерено према члановима особља и они извјештавају о психичким посљедицама пријављеног понашања. У већини случајева запослени су користили вербалне интервенције и слали клијенте у њихову собу, док су у 25% случајева кориштене рестриктивније мјере (лијекови или изолација) у сврху контролисања агресивног понашања (van den Bogaard et al., 2019). Агресивно понашање код особа са ИО може бити начин изражавања фрустрације, посљедица физичког бола, сигнал акутног медицинског или психијатријског проблема и регресије у ситуацијама стреса и промјене рутине. Из разлога што се агресија не може разумјети ван ситуационог контекста, употреба „биопсихосоцијалне формулације” приликом процјене агресије је важна. Биопсихосоцијална формулација агресивног понашања укључује предиспонирајуће, перпетуирајуће и протективне факторе и важна је у утврђивању етиологије агресије, као и у постављању дијагнозе (Gentile, 2018).

3.4. Повезаност маладаптивног понашања и психијатријских поремећаја код особа са интелектуалном ометеношћу

Иако постоје истраживања о повезаности психијатријских поремећаја и МП сматра се да је ово још увек недовољно истражено подручје (Hemmings et al., 2006; Thakker et al., 2012). Једна од првих студија у овој области била је студија Филипса (Phillips, 1967, према Ali et al., 2014) који је проучавао проблеме у понашању и емоционалне проблеме код 227 дјете са ИО и открио да ИО често прати емоционална неприлагођеност. Психијатријски поремећаји су много чешћи код особа са ИО које испољавају МП (Moss et al., 2000). Такође, МП се може појавити као нетипична презентација основних симптома неког специфичног поремећаја (нпр. репетитивно штипање коже као манифестација самоповрјеђујућег понашања, може указивати на опсесивно-компулзивни поремећај) или као секундарна карактеристика психичког поремећаја (нпр. самоповрјеђивање и агресивност могу указивати на присуство депресије) (Ali et al., 2014).

Роган и сарадници (Rojahn et al., 1994) проучавали су повезаност између психијатријских поремећаја и МП код 135000 особа са ИО. Фокусирали су се на девет психијатријских поремећаја и тешке облике МП (агресивног, самоповрјеђујућег и стереотипног). Резултати ове опсежне студије нису утврдили повезаност између ова два конструкта.

Мос и сарадници (Moss et al., 2000) проучавали су МП и психијатријске поремећаје код 320 особа са ИО и открили су да је повећана тежина МП повезана са повећањем преваленције психијатријских симптома. Истовремена појава психијатријског поремећаја и МП била је чешћа код особа са ЛИО и умјереном ИО у односу на особе са тежим облицима ИО (Axmon et al., 2018; Рења-Salazar et al., 2020). Роган и сарадници (Rojahn et al., 2004) су открили да особе са самоповрјеђивањем, стереотипним понашањем или

агресивним/деструктивним понашањем имају виши резултат при процјени психопатологије од појединаца без њих, а МП повећало је вјероватноћу скоро свих психијатријских стања до три пута. Пења-Саласар и сарадници (Peña-Salazar et al., 2020) су у епидемиолошком истраживању открили психијатријски коморбидитет код скоро трећине (29.6%) институционализованих одраслих особа са ИО, код којих пре тога није постојала психијатријска дијагноза.

У истраживању у коме је учествовало 165 одраслих особа са ИО, Холден и Гитлсен (Holden & Gitlsen, 2004) открили су да је МП повезано са повећаном преваленцом анксиозности и психоза. Нека истраживања проналазе да је у популацији одраслих особа са ЛИО и умјереном ИО најучесталије психијатријско стање депресија (Cooper et al., 2007; Haro et al., 2006; Peña-Salazar et al., 2020), док друга наглашавају већи проценат психоза, поремећаја личности и ПСА (Deb et al., 2001; Turygin et al., 2014).

4. Пријатељство и усамљеност код особа са интелектуалном ометеношћу

Пријатељство представља један од централних социјалних односа који се детаљно проучава у дјетињству, адолесценцији и одраслом добу дијелом и због тога што ствара драгоцјене могућности учења и вјежбања вјештина које су од суштинског значаја за социјални, когнитивни, комуникативни и емоционални развој (Guralnick et al., 2007; Harris, 2006, према Moore-Dean et al., 2016). Пријатељи, у поређењу са онима који то нису, проводе више времена заједно, учествују интензивније у друштвеним активностима и показују већу спремност за међусобну сарадњу и помагање при чему је акценат на једнакости, а не на конкурентности и доминацији (Newcomb & Bagwell, 1995, према Bowker, 2004). Такође, пријатељство представља блиски и добровољни дијадични однос који карактерише висок ниво реципроцитета, сигурности, помоћи и емоционалне подршке (Bukowski et al., 2009, према Kersh et al., 2013). Постоје најмање три различита аспекта пријатељства: присуство/одсуство, број пријатеља и квалитет пријатељства. Квалитет пријатељства се сматра најважнијим аспектом пријатељства током адолесценције и одраслог доба (Bukowski & Noza, 1989; Vaughn & Elbaum 1999, према Tipton et al., 2013).

За разлику од особа ТР, особе са ИО имају више потешкоћа у стварању и одржавању пријатељства (Merrells et al., 2019), рјеђе се виђају, имају мање блиске везе са пријатељима и више су усамљене и социјално изоловане (Friedman & Rizzolo, 2018; McCausland et al., 2018). Истраживање вјештина пријатељства код ученика са ЛИО и умјереном ИО, наглашава да ови ученици, према наставничкој процјени, имају мањи број пријатеља и нижи квалитет пријатељских релација (Mastilo i Šeatović, 2020).

Робертсон и сарадници (Robertson et al., 2001) наводе да је величина мреже пријатељстава особа са ИО, не укључујући породицу и особље, сведена на двије особе. Булм и сарадници (Bulm et al., 1991) наводе да само 7% особа са ИО има прилику да одржи „постојан однос“ са најбољим пријатељем. Фресе и сарадници (Froese et al., 1999, према Emerson & McVilly, 2004) проналазе да је 81% испитаника са ИО изразило жељу за већим бројем пријатеља, док је 65% њих навело да би жељели више прилика за развијање односа „најбољег пријатеља“. Адолесценти са ИО наводе да већину времена проводе сами (Buttimer & Tierney, 2005) док су одрасли са ИО мање социјално ангажовани, а њихови пријатељи су обично особе са ИО (Emerson & McVilly, 2004; McCausland et al., 2021; Lippold & Burns, 2009). Тако, Бигби и Кнокс (Bigby & Кнокс, 2009) наводе да су социјални односи одраслих са ИО ограничени углавном на плаћено особље, породицу и друге особе са ИО, док Краус и сарадници (Krauss et al., 1992) истичу да међу одраслим особама са ИО које живе у породичном дому, њих 42% нису имале пријатеље изван уже породице. Новија студија пријатељства код одраслих особа са ИО даје охрабрујуће налазе. Наиме у овој студији, 94%

одраслих наводе да имају пријатеља, а њих 63% наводи да је њихов пријатељ особа са ИО. По питању квалитета пријатељства ова студија истиче да су блискост и интимност према особама са ИО лошијег квалитета него према особљу и пружаоцима услуга (McCausland et al., 2021).

Истраживање квалитета пријатељства код одраслих особа са ДС је показало да ове особе постижу задовољавајући квалитет пријатељства тј. да имају добро развијене све позитивне аспекте квалитета пријатељства (помоћ, блискост, сигурност, дружење), а најмање су склоне сукобу. У истој студији 90% особа са ДС је за свог најбољег пријатеља навело особу која такође има ДС или дефектологе и едукаторе који раде са њима (Mastilo i Đorđević, 2021). У студији квалитета пријатељства код одраслих особа са ВС на супскалама Блискост и Дружење су забиљежени виши скорови него на супскали Конфликт што значи да ове особе имају добро развијене позитивне аспекте квалитета пријатељства (Fisher et al., 2020).

МП код адолесцената и одраслих особа са ИО такође може утицати на развој и одржавање пријатељстава. Особе које показују агресивно понашање су искључене од стране вршњака и то може повећати њихов ризик од каснијег развоја психолошких потешкоћа (Deater-Deckard, 2003). Када особа са ИО не разумије и не идентификује понашања која узрокују искључивање из вршњачке групе, то може резултирати одбацивањем и недостатком блиских пријатељстава (Tipton et al., 2013).

4.1. Усамљеност

Мек Вили и сарадници (McVilly et al., 2006) наводе да усамљеност укључује социјалну и емоционалну компоненту (усамљеност и тугу) и да се она односи на несклад између очекивања особе од односа и њеног социјалног искуства, а не на апсолутни број социјалних интеракција и величину социјалне мреже. Социјална димензија настаје услјед недостатака у социјалној мрежи и тешкоћа социјалне интеграције (прихватање од стране вршњака и укључености у колективне активности). Емоционална димензија произилази из недостатка социо-емоционалне повезаности са другима на интимнијем нивоу (Emerson et al., 2021).

Будући да је искуство усамљености у основи субјективно, најприкладније је информације о усамљености тражити директно од самих особа, а не од информаната. Истраживања показују да многа дјеца и одрасле особе са ИО могу поуздано изјавити о властитом искуству усамљености (Chadsey-Rusch et al., 1992; Heiman, 2001; McVilly et al., 2006). Тако Чедси-Раш и сарадници (Chadsey-Rusch et al., 1992) наводе да оцјене информаната о усамљености неке особе нису у корелацији са самопроцјеном те особе.

Три домена са међусобним утицајем доводе до повећане вулнерабилности особа са ИО на појаву усамљености: особине социјалног свијета (ставови и очекивања); редуковане способности и ограничена искуства у социјалним интеракцијама и дефицити вјештина повезани са ИО. Друштвени ставови и очекивања су најутицајнији аспект овог модела док су могућности и искуства други аспект по важности (Gilmore & Cuskelly, 2014).

Због ниских стопа запослености и ниских примања, одрасли са ИО углавном имају ограничена финансијска средства и ресурсе који им ограничавају приступ рекреацијским и слободним активностима, гдје би могли успоставити пријатељства (Jobling & Cuskelly, 2006). Такође, многе особе са ИО слободне активности обављају уз „плаћене пријатеље“ (Jobling et al., 2000).

Неке од карактеристика ИО чине ове особе вулнерабилним на појаву хроничне усамљености. Друштвени односи могу бити угрожени потешкоћама у подручјима као што су: комуникација, заузимање перспективе, обрада социјалних информација, пажња и саморегулација. Неке генетске синдроме карактеришу атипични социјални фенотипи, као

што су хиперсоцијабилност код ВС (Jarvinen et al., 2013) и социјално повлачење код фрагилног X хромозома (Cornish et al., 2005).

Такође, особе са ИО имају потешкоће у регулисању властитог понашања и инхибицији агресивних одговора (van Nieuwenhuijzen et al., 2009), повећавајући вјероватноћу да ће бити искључене или одбачене из вршњачке групе (Bellanti & Bierman, 2000).

Значај МП на појаву усамљености је демонстриран у лонгитудиналном истраживању код дјеце са сметњама у развоју коме су дјеца са нижом стопом МП на узрасту од три године имала ниже нивое усамљености на узрасту од 10 година (Howell et al., 2007). Усамљеност може значајно доприносити психопатологији (појави депресије и анксиозности) или се манифестовати као МП (McVilly, 2002).

Најчешћи фактори усамљености код особа са ИО су: осјећање туге, губитак блиских особа, лошије здравствено стање и негативни животни догађаји (Brickell & Munir, 2008; Hulbert-Williams et al., 2014; Palgi et al., 2012; Paul & Ribeiro, 2009, све према Gilmore & Cuskelly, 2014). Такође, наводи се да су функционална ограничења предиспонирајући фактор за појаву усамљености (Wormald et al., 2019).

У истраживањима Станклифа и сарадника (Stancliffe et al., 2007, 2009, 2010) код одраслих особа са ИО наводи се да више од половине узорка извјештава о повременој усамљености. Такође, у овим студијама, старост негативно корелира са осјећањем усамљености, тј. са повећањем старосне доби се смањује усамљеност. Једина лична карактеристика која је повезана са усамљеношћу била је присуство психијатријске дијагнозе (Stancliffe et al., 2009, према Petroutsou et al., 2018). У студији са одраслим особама са ДС, 40% испитаника наводи да су већину времена усамљени, а усамљеност је значајно повезана са депресијом (Ailey et al., 2006).

II ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

1. Предмет истраживања

Предмет овог истраживања је СК код одраслих особа са ИО и коморбидним психијатријским стањима.

1.1. Дефинисање основних појмова

У складу са централним истраживачким проблемом, појмови који захтјевају дефинисање су следећи: СК, ТОМ, ПЕ, СП, каузална атрибуција, ИО, ДД, МП, квалитет пријатељства.

СК се односи на процесе којима људи разумију себе и друге путем обраде сигнала генерисаних од осталих припадника исте врсте и обухвата читав спектар когнитивних вјештина који појединцима омогућавају разумијевање и интеракцију једних са другима (Blackmore & Mils, 2014).

ТОМ се дефинише као способност разумијевања сопствених, али прије свега менталних стања других особа што омогућава тумачење и антиципацију понашања (Premack & Woodruff, 1978, према Ruhl, 2020).

ПЕ представља способност идентификације и схватања значења емоција других људи, путем тумачења израза њихових лица, али и модулације или интонације гласа и говора.

СП се дефинише као способност особе да тумачи или „прочита“ релевантне социјалне поруке од других. Ове поруке, познате као социјални знаци састоје се од вербалних и невербалних стимулуса у окружењу и укључују покрете, ријечи, израз лица и тон гласа који говоре о понашању, осјећањима и намјерама других.

Каузална атрибуција подразумијева индивидуалну склоност приписивања узрочности догађаја себи, другим особама или спољашњој средини.

ИО је ометеност коју карактеришу значајна ограничења у интелектуалном функционисању и адаптивном понашању, што се испољава у концептуалним, социјалним и практичним адаптивним вештинама, а настаје прије 22. године живота (Shalock et al., 2021).

ДД представља појаву придружених психијатријских поремећаја стању ИО.

МП су упорна и первазивна понашања која се у одређеној култури сматрају аберантним, а која могу да угрожавају здравље и физичку безбједност особе или особа из њеног окружења, ометају учење и учешће у просоцијалним интеракцијама и директно или индиректно умањују права, достојанство и квалитет живота индивидуе. У ова понашања спадају: агресивна понашања према стварима или људима, самоповрјеђивање, стереотипно понашање, сексуално непримјерено понашање, уврједљиво понашање, маниризми и ритуали, а њихова преваленца код особа са ИО се креће од у распону од 5.7% до 63.9% (Jones et al., 2008).

Пријатељи су дефинисани као особе које проводе вријеме заједно, учествују интензивније у друштвеним активностима и показују већу спремност за међусобну сарадњу и помагање. Квалитет пријатељства састоји се од позитивне и негативне димензије. Позитивну димензију карактерише блискост, дружење и једнакост, док негативну чине сукоб, конкуренција и агресија.

2. Циљ истраживања

Циљеви истраживања су:

1. Примарни циљ истраживања је утврђивање карактеристика СК код одраслих особа са ИО у односу на социо-демографска обиљежја.

2. Други циљ истраживања је утврђивање односа између способности СК код одраслих особа са ИО, са једне стране, и МП, пријатељства, усамљености и придружених психијатријских стања, са друге стране.

3. Трећи циљ истраживања је утврђивање разлика и односа у МП, пријатељству и усамљености код одраслих особа са ЛИО и ДД.

Операционализација постављених циљева извршена је кроз:

1. Прикупљање података о нивоу интелектуалног функционисања;
2. Тријажу испитаника на групе према сљедећим критеријумима: пол, узраст, присуство/одсуство придружених психијатријских стања;
3. Формирање контролне групе испитаника ТР уједначене према узрасту и полу;
4. Процјену интелектуалног функционисања;
5. Потврђивање присуства психијатријских болести;
6. Процјену способности разумијевања говора;
7. Процјену СК способности (ТОМ, ПЕ, СП);
8. Процјену МП;
9. Процјену квалитета пријатељства;
10. Процјену осјећаја усамљености;
11. Испитивање разлика између постигнућа на тестовима за процјену СК код испитиваних група;
12. Испитивање разлика између постигнућа на скали за процјену МП код испитиваних група;
13. Испитивање разлика између постигнућа на скалама за процјену пријатељства и усамљености код испитиваних група;
14. Испитивање односа између постигнућа на тестовима за процјену СК и постигнућа на скали за процјену МП испитиваних група;
15. Испитивање односа између постигнућа на тестовима за процјену СК и постигнућа на скалама за процјену пријатељства и усамљености код испитиваних група;
16. Испитивање односа између постигнућа на скали за процјену МП и скалама за процјену пријатељства и усамљености код испитиваних група;
17. Испитивање односа између СК способности, МП и пријатељских веза код испитиваних група.

3. Хипотезе истраживања

1. Претпоставља се да, код одраслих особа са ИО, неће постојати разлике у СК способностима у односу на социо-демографска обиљежја.
2. Претпоставља се да ће одрасле особе са ЛИО бити успјешније у појединим доменама СК (ТОМ, ПЕ, СП) од особа са ДД.
3. Претпоставља се да ће способности СК одраслих особа са ИО бити негативно повезане са њиховом склоношћу ка испољавању МП.
4. Претпоставља се да ће способности СК одраслих особа са ИО бити позитивно повезане са квалитетом пријатељства, а негативно са осјећањем усамљености.
5. Претпоставља се да ће особе са ДД испољити већу учесталост и тежину МП и имати лошији квалитет пријатељства од особа са ЛИО.
6. Претпоставља се да ће МП бити негативно повезано са квалитетом пријатељства у испитиваним групама.

III МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1. Мјесто и вријеме истраживања

Након формирања узорка и добијања сагласности Етичког комитета Медицинског факултета у Фочи (бр: 01-2-19/2021), као и појединачних сагласности од стране испитаника и руководиоца установа у којима је истраживање реализовано, спроведена је процјена.

Истраживање је реализовано током 2021. године у установама социјалне заштите као и удружењима и друштвима за помоћ особама са ИО на територији Босне и Херцеговине. Испитаници са ЛИО, уз добровољно учешће, су интервјуисани и тестирани у установама социјалне заштите (ЈУ „Дом лица са инвалидитетом, Вишеград“ и ЈУ „Дом лица са инвалидитетом, Приједор“), али и у удружењима и друштвима за помоћ овим особама на територији БиХ (удружења „Оаза“ и „Сумеро“ у Сарајеву, „Трачак наде“ у Фочи, „Сунце“ у Рудом).

Испитаници контролне групе су, уз добровољно учешће, тестирани дијелом на Медицинском факултету у Фочи, дијелом у установама у којима су запослени (УГ „Трачак наде“, УГ „Оаза“, ЈУ Центар за социјални рад, Фоча).

Након уводних објашњења и упознавања са природом задатка процјењивач је вршио индивидуалну процјену у просторијама без дистрактора, користећи инструменте за процјену СК, интелигенције, способности разумијевања говора, квалитета пријатељства и усамљености. У истраживању су кориштени и инструменти који не захтјевају директну процјену већ су засновани на подацима које дају друга лица која познају испитаника најмање шест мјесеци. То су инструменти за процјену МП и утврђивање психијатријских симптома код одраслих особа са ИО. Ови подаци су добијени од информаната који су чланови стручног особља у установама чији су корисници испитаници обухваћени узорком.

3.2. Узорак истраживања

Узорком истраживања су обухваћене 122 особе, оба пола, старости од 20 до 53 године које станују у породичном дому или институцији. Иницијални узорак је обухватио 36 особа са ЛИО и 33 особе са ДД. Након реализованих процјена искључена су четири испитаника са ЛИО, јер су показала присуство одређених психијатријских симптома мјерених скалом *MINI PAS – ADD* и три испитаника са ДД, јер нису остварила захтјевани минум на супскалама поменуте скале.

Коначни пригодни узорак је подјелен у три групе: групу испитаника са ЛИО групу испитаника са ДД и контролну групу.

Сви испитаници са ЛИО су дијагностиковани у дјетињству. Подаци о степену интелектуалног функционисања и ДД преузети су из њихових личних картона, уз претходно прибављену информисану сагласност испитаника и директора установа чије услуге ови испитаници користе.

Прву групу чини 32 испитаника са ЛИО¹. Друга група је сачињена од 30 испитаника са ДД (ЛИО и коморбидним психијатријским стањем). Трећу групу чини 60 испитаника просјечних интелектуалних способности.

Критеријум за формирање групе испитаника са ЛИО су узраст између 20 и 55 година, присуство ИО и непостојање података о присуству психијатријских поремећаја на скали *MINI PAS – ADD* (односно постигнути скорови на свим супскалама су испод предвиђеног граничног нивоа).

¹ Према нивоу функционисања особе са ИО се могу разврстати у следеће категорије – особе са лаком, умјереном, тешком и дубоком ИО. За потребе овог истраживања у узорак су укључене особе са лаком ИО (ЛИО). Испитаници са ЛИО имају виши ниво интелектуалног и адаптивног функционисања и могу одговорити на захтјеве истраживачких задатака. Они такође могу читати и способни су разумјети тврдње примјењених тестова и скала.

Критеријум за формирање групе испитаника са ДД су узраст између 20 и 55 година, ЛИО, дијагноза психијатријског поремећаја и присуство психијатријских поремећаја на скали *MINI PAS – ADD* (односно постигнути скорови на бар једној супскали су изнад предвиђеног граничног нивоа).

Укључујући критеријуми за формирање контролне групе су: узраст између 20 и 55 година, просјечна интелигенција (што је утврђено Равеновим прогресивним матрицама) и непостојање евиденције о присуству психијатријских болести (што је добијено на основу тврдње самих испитаника).

Искључујући критеријуми су: тешко оштећење слуха и вида, двојезичност и трауматске повреде мозга. Испитаници из свих група су уједначени у односу на пол и узраст.

Старосна доб свих испитаника се креће од 20 до 53 године ($N = 122$, $AC = 36.76$, $CD = 10.86$). У подзоруку испитаника са ЛИО старосна доб се креће од 20 до 52 године ($N = 32$, $AC = 32.53$, $CD = 1.60$), код испитаника са ДД од 20 до 53 године ($N = 30$, $AC = 37.86$, $CD = 12.32$) и у контролној групи од 20 до 53 године ($N = 60$, $AC = 36.86$, $CD = 11.06$). Једнофакторском анализом варијансе није утврђена статистички значајна разлика у погледу старости ($F(.360)$, $p > .05$). У Табели 1 представљена је структура сва три подзорка у односу на пол. Приказане вриједности показују да су испитаници из сва три подзорка уједначени према полној структури.

Табела 1

Структура подзорака у односу на пол

<i>Подузорак</i>	<i>Пол</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Лака интелектуална ометеност	Мушки	18	56.3
	Женски	14	43.7
	Укупно	32	100.0
Дуална дијагноза	Мушки	14	46.7
	Женски	16	53.3
	Укупно	30	100.0
Контролна група	Мушки	29	48.3
	Женски	31	51.7
	Укупно	60	100.0

N = број испитаника

Примјеном Ман Витнијевог *U* теста утврђено је да између подзорака ЛИО и ДД ($U = 434.00$; $Z = .748$; $p > .05$), као и унутар подзорака (контролна група: $U = 449.50$; $Z = .000$; $p > .05$; група испитаника са ЛИО: $U = 126.00$; $Z = .000$; $p > .05$; група испитаника са ДД: $U = 112.00$; $Z = .000$; $p > .05$) нема статистички значајних разлика у односу на пол.

Структура подзорака у односу на мјесто становања дата је у Табели 2. Вриједности приказане у табели показују да у подзоруку испитаника са ЛИО већина испитаника живи у породичном дому, док у подзоруку испитаника са ДД већина испитаника живи у институционалном смјештају. Примјеном Ман Витнијевог *U* теста показано је да унутар подзорака нема статистички значајних разлика у односу на мјесто становања (група

испитаника са ЛИО ($U = 43.50$; $Z = .000$; $p > .05$); група испитаника са ДД ($U = 40.50$; $Z = .000$; $p > .05$), док су између подузорака утврђене статистички значајне разлике ($U = 93.00$; $Z = -6.297$; $p < .05$). За испитанике који су институционализовани дужина боравка у институцији је од једне до 30 година ($AC = 10.00$; $CD = 7.60$).

Табела 2

Структура подузорака у односу на мјесто становања

<i>Подузорок</i>	<i>Мјесто становања</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Лака интелектуална ометеност	Породични дом	29	90.6
	Институција	3	9.4
	Укупно	32	100.0
Дуална дијагноза	Породични дом	3	10.0
	Институција	27	90.0
	Укупно	30	100.0

N = број испитаника

У односу на врсту подршке коју добијају испитаници, подаци показују да је у подузорку ЛИО већина укључена у групне облике рада (96.9%), док су у подузорку ДД сви испитаници укључени у њих. На седмичном нивоу, за испитанике који добијају неки облик подршке, њено трајање је од 1 до 10 часова ($AC = 3.51$, $CD = 1.99$).

Сви испитаници са ДД користе медикаментозну терапију од којих су најчешће кориштени антипсихотици (рисперидон, халоперидол, халдол, лепонекс и др.), антидепресиви (сертралин, золофт, пароксетин, ксалол и др.) и анксиолитици (буспирон, лекселијум).

У Табели 3 дата је структура подузорака у односу на радно ангажовање². Добијене вриједности показују да велики проценат испитаника оба подузорка није радно ангажован.

Табела 3

Структура подузорака у односу на радно ангажовање

<i>Подузорок</i>	<i>Радно ангажовање</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Лака интелектуална ометеност	Повремено	14	43.8
	Стално	4	12.4
	Није радно ангажован	14	43.8
Дуалне дијагнозе	Повремено	8	26.7
	Стално	3	10.0

² Радно ангажовање се односи на сегрегативно радно ангажовање, а не на компетитивно интегрисано запошљавање. Подразумијева ангажованост у пословима помоћног радника (вешерај, економија, кухиња, одржавање чистоће центра). Не постоји уговорна обавеза између послодавца и запосленика и материјална накнада за рад.

Није радно ангажован	19	63.3
----------------------	----	------

H = број испитаника

У Табели 4 дат је дескриптивни приказ постигнућа испитаника на Пибодијевом тесту за процјену разумијевања говора, изражених кроз средњу вриједност постигнућа, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења. Добијени резултати показују да подузорок испитаника са ДД показује значајно лошија постигнућа на Пибодијевом тесту разумијевања говора.

Примјеном Ман Витнијевог U теста утврђено је да између подузорока постоји статистички значајна разлика у односу на способност разумијевања говора ($U = 200.50$; $Z = -3.941$; $p < .001$) гдје испитаници са ЛИО имају бољу способност разумијевања говора ($AC = 135.71$; $CD = 24.47$; $CGM = 4.32$) од испитаника са ДД ($AC = 110.43$; $CD = 17.63$; $CGM = 3.18$).

Табела 4

Структура подузорока у односу на способност разумијевања говора

Подузорок	H	AC	CD	CGM
Лака интелектуална ометеност	32	135.71	24.47	4.32
Дуалне дијагнозе	30	110.63	17.46	3.18

H = број испитаника; AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CGM = стандардна грешка мјерења

Коеновим ефектом величине (d) утврђено је да између подузорока постоји статистички значајна разлика у односу на Равенов скор ($t = 2.69$; $p = .001$) гдје испитаници са ЛИО ($AC = 18.75$; $CD = 5.37$) имају боља постигнућа од испитаника са ДД ($AC = 15.47$; $CD = 4.10$).

У Табели 5 дата је структура узорка у односу на највиши ниво завршене школе. У подузорку испитаника са ЛИО највећи проценат испитаника има завршену средњу стручну школу, док у подузорку испитаника са ДД половина има завршену основну школу.

Табела 5

Структура подузорока у односу на највиши ниво завршене школе

Подузорок	Ниво завршене школе	H	%
Лака интелектуална ометеност	Основна школа	7	21.9
	Средња школа	25	78.1
Дуалне дијагнозе	Основна школа	15	50.0
	Средња школа	15	50.0
Контролна група	Средња школа	35	58.3
	Факултет	25	41.7

H = број испитаника

3.3. Варијабле

3.3.1. Контролне варијабле

1. Ниво интелектуалног функционисања;
2. Разумијевање говора;
3. Старосна доб³

3.3.2. Независне варијабле

1. Социо-демографске карактеристике испитаника (старост и пол);
2. Присуство МП;
3. Квалитет пријатељства и усамљеност;
4. Присуство коморбидних психијатријских стања.

3.3.3. Зависне варијабле

1. Постигнуће на *ESCoT* тесту за процјену СК;
2. Постигнуће на *BICS* батерији за процјену СК.

4. Инструменти и начин прикупљања података

У истраживању су за прикупљање података о контролним варијаблама коришћени следећи инструменти: Демографски упитник конструисан за потребе овог истраживања, Равенове прогресивне матрице за утврђивање нивоа интелектуалног функционисања (Raven, 2000) и Пибодијева скала за процјену рецептивног говора (*Peabody Picture Vocabulary Test, PPVT – 4*, Dunn & Dunn, 2007).

За добијање података који се односе на независне варијабле употребљени су: Инвентар проблематичног понашања (*Behavior Problems Inventory, BPI-01*, Rojahn et al., 2001), Скала квалитета пријатељства (*FQS – Friendship Quality Scale*, Bukowski et al., 1994), Скала за утврђивање присуства психијатријских поремећаја (*MINI PAS – ADD*, Prosser et al., 1998) и Модификовани упитник усамљености на радном мјесту (*Modified Worker Loneliness Questionnaire – MWLQ*, Stancliffe & Keane, 2000).

Информације које су се односиле на зависне варијабле прикупљене су примјеном Интегрисане батерије тестова за процјену СК (*Integrated Social Cognition Battery – BICS*, Achim et al., 2012) и Единбуршког теста СК (*Edinburgh Social Cognition Test – ESCoT*, Baksh et al., 2018).

4.1. Демографски упитник

За прикупљање општих података о испитаницима (пол, старосна доб, мјесто становања, врста и степен ометености, присуство коморбидних психијатријских стања, похађање третмана и радионица, радно ангажовање), коришћен је упитник који је конструисан за потребе овог истраживања.

Подаци за потребе попуњавања демографског упитника су прикупљени анализом персоналне документације корисника којом располажу установе у којима је вршено истраживање.

³ Иако су у нашем истраживању подузорци уједначени према старосној доби, одредјили смо се за то да старост буде контролна варијабла. Разлог је тај што се у литератури наводи да старост неријетко корелира са вјештинама СК.

4.2. Равенове прогресивне матрице

За утврђивање нивоа интелектуалног функционисања као контролне варијабле су кориштене Равенове прогресивне матрице (Raven, 2000). Овај инструмент се користи за мјерење генералног фактора интелигенције и састоји од 60 невербалних задатака са вишеструким избором, организованих у пет серија (допуњавање континуираних склопова, откривање аналогичности међу фигурама, прогресивно мијењање склопова, пермутација фигура и разлагање фигура на дијелове). Сваки задатак је распоређен у виду „мустри“ (шара), али тако да увијек један сегмент (шара) недостаје, а задаци су поредани по тежини. Од испитаника се тражи да уочи правило по коме су распоређене шаре и одабере ону која недостаје. Вријеме потребно за задавање теста је око 45 минута и он се задаје у контролисаним условима, групно или индивидуално. Коефицијент унутрашње поузданости је висок и износи .96, док је тест ретест поузданост нешто нижа .88 (Raven, 2000). За потребе овог истраживања дипломирани психолог је примјењивао Равенове прогресивне матрице, задајући их индивидуално. Овај инструмент је примјењен код све три испитиване групе.

4.3. Пибодијева скала за процјену рецептивног говора

За процјену способности разумијевања говора је кориштен Пибодијев тест за процјену рецептивног говора (*Peabody Picture Vocabulary Test, PPVT – 4*, Dunn & Dunn, 2007). Тест се може користити од најранијег узраста (2.6 година) до одраслог доба (90+ година) за процјену способности разумијевања говора. Ајтеми су груписани у 19 категорија по 12 ријечи (укупан број ријечи износи 228). Испитаницима се задаје налог да покажу једну од четири изложене слике, приказане на екрану лаптопа, која одговара изговореној ријечи. Тест је кориштен на нашем говорном подручју и показао је високу унутрашњу конзистентност која се креће од .92 до .98 (Ђорђевић и сар., 2017, 2018). Овај инструмент је примјењен код испитаника са ЛИО и ДД.

4.4. Инвентар проблематичног понашања

За процјену учесталости и тежине МП кориштен је Инвентар проблематичног понашања (*Behavior Problems Inventory, BPI-01*, Rojahn et al., 2001). Инструмент се састоји од 52 ајтема која су распоређена у три супскеале којима се утврђује учесталост и тежина различитих облика самоповрјеђивања (15 ајтема, нпр. *Уједа себе таквом снагом да се отисак зуба види неко вријеме; може доћи до закрвављености или прекида коже*), стереотипног понашања (25 ајтема, нпр. *Љуља се напријед – назад*) и агресије/деструкције (12 ајтема, нпр. *Удара друге*). Учесталост специфичног облика понашања оцјењује се петостепеном скалом Ликертовог типа (0 – никад; 1 – мјесечно; 2 – недјељно; 3 – дневно; 4 – сваког сата), док се тежина понашања оцјењује четвостепеном скалом Ликертовог типа (0 – није проблем, 1 – мали проблем, 2 – умјерени проблем; 3 – тежак проблем). Свака супскеала садржи дефиницију проблематичног понашања чије присуство и тежину описује (Rojahn et al., 2008) и један ајтем („остало“) гдје информант може да наведе понашање које је присутно код испитаника, а није описано ниједном од понуђених тврдњи. Ова скала је адаптирана и примјењена интервијуисањем информанта за 432 испитаника са ИО старости од 14 до 91 године. Аутори наводе да приликом процјене треба узети у обзир само облике понашања који су се испољили најмање једном у протекла два мјесеца. Сабирањем оцјена на свакој појединачној тврдњи, која припада одређеној супскеали, добија се укупан скор за дату супскеалу. Виши скор указује на већу учесталост и тежину МП. Информације о понашању испитаника су добијене од информаната, а то су особе које раде са њима и познају испитанике најмање шест мјесеци. Аутори наводе да је интерна поузданост цијеле скале $\alpha = .83$ док се поузданости подскеала крећу од: $\alpha = .61$ (Самоповрјеђивање), $\alpha = .79$ (Стереотипно

понашање), до $\alpha = .82$ (Агресивно/деструктивно понашање). Скала је примјењивана и на нашем говорно-језичком подручју на популацији особа са ИО. Утврђена је висока интерна конзистентност супскала (Самоповрјеђивање: учесталост ($\alpha = .81$); тежина ($\alpha = .82$); Стереотипно понашање: учесталост ($\alpha = .77$); тежина ($\alpha = .76$); Агресија/деструкција: учесталост ($\alpha = .63$); тежина ($\alpha = .75$); Скала у цјелини – учесталост ($\alpha = .86$) и тежина ($\alpha = .87$) (Marković i Tomić, 2018). Овај инструмент је кориштен код испитаника са ЛИО и ДД. Поузданост унутрашње конзистенције на нашем узорку дата је у Табели 6.

Табела 6

Поузданост унутрашње конзистенције Инвентара проблематичног понашања

Скала	Број ајтема	Кронбахова алфа
Самоповрјеђивање/учесталост	15	.879
Самоповрјеђивање/тежина	15	.856
Стереотипно понашање/учесталост	25	.837
Стереотипно понашање/тежина	25	.853
Агресија/деструкција/учесталост	12	.795
Агресија/деструкција/тежина	12	.787
Маладаптивно понашање/тежина	52	.908

4.5. Скала квалитета пријатељства

За процјену пријатељства користили смо Скалу квалитета пријатељства (*FQS – Friendship Quality Scale*, Bukowski et al., 1994). Ова скала садржи 23 ајтема и користи се за процјену самоперцепције квалитета пријатељства особе у односу на најбољег пријатеља. Сваки ајтем се оцјењује петостепеном Ликертовом скалом која се креће од „1 – потпуно нетачно“ до „5 – потпуно тачно“. Скала се састоји од пет супскала и то: Дружење (нпр. *Мој пријатељ и ја проводимо све наше слободно време заједно*), Сукоб (нпр. *Мој пријатељ и ја се много свађамо*), Помоћ (нпр. *Мој пријатељ би ми помогао ако ми затреба помоћ*), Сигурност (нпр. *Ако имам проблем у школи или код куће, могу разговарати са својим пријатељем о томе*) и Блискост (нпр. *Размишљам о свом пријатељу чак и када није у близини*). Укупан скор скале је збир аритметичких средина појединачних ајтема. Виши резултати указују на бољи перцепцијски квалитет пријатељства на свим супскалама. Кронбахова алфа за појединачне супскале је: Дружење – .72; Сукоб – .68; Блискост – .76; Помоћ – .81 и Сигурност – .58 (Bukowski et al., 1994). Поузданост унутрашње конзистенције Скале квалитета пријатељства, на нашем узорку, је дата у Табели 7.

Табела 7

Поузданост унутрашње конзистенције Скале квалитета пријатељства

Супскале	Број атема	Кронбахова алфа
Дружење	4	.620
Сукоб	4	.600
Помоћ	5	.740
Сигурност	5	.570
Блискост	5	.833
Квалитет пријатељства	23	.824

Вриједност Кронбаховог алфа коефицијента осјетљива је на одступања од нормалне расподеле и њена нижа вриједност може се очекивати у истраживањима која обухватају клиничке узорке (наш узорак припада клиничким узорцима) у којима се за неке области очекује мања варијабилност резултата него у општој популацији. Нижа вриједност Кронбаховог алфа коефицијента може потцијенити стварну унутрашњу поузданост скале (Spiliotopoulou, 2009). Овај инструмент је кориштен код испитаника са ЛИО и ДД.

4.6. Модификовани упитник усамљености на радном мјесту

За процјену осјећаја усамљености кориштен је Модификовани упитник усамљености на радном мјесту (*Modified Worker Loneliness Questionnaire – MWLQ*, Stancliffe & Keane, 2000) и кориштен је код особа са ИО. Упитник се састоји од два фактора: Усамљеност ($\alpha = .65$) и Социјално незадовољство ($\alpha = .80$). Скала је адаптирана тако што је избрисана ријеч „на послу“ из сваког ајтема, тако да је оригинални ајтем „Да ли се осјећате усамљено на послу?“ постао „Осјећате ли се усамљено?“. Коначна верзија упитника садржи 12 ајтема (шест ајтема који припадају фактору Усамљеност и шест ајтема из Социјалног незадовољства). Скала је показала прихватљиву интерну конзистентност на популацији особа са ЛИО и умјереном ИО са Кронбаховом алфом за супскале Усамљеност ($\alpha = .67$) и Социјално незадовољство ($\alpha = .80$) (Stancliffe & Keane, 2000). Овај инструмент је кориштен код испитаника са ЛИО и ДД. Поузданост унутрашње конзистенције Скале усамљености, на нашем узорку, приказана је у Табели 8.

Табела 8

Поузданост унутрашње конзистенције скале усамљености

Супскале	Број ајтема	Кронбахова алфа
Усамљеност	6	.734
Социјално незадовољство	6	.525
Скала у цјелини	12	.769

4.7. Мини скала психијатријске процјене одраслих особа са развојним поремећајима

За потврђивање присуства коморбидних психијатријских стања кориштна је *MINI PAS – ADD* скала (Prosser et al., 1998). Ова скала потиче од полуструктурисаног клиничког интервијуа (*PAS – ADD*, Moss et al., 1993) и намјењена је за идентификацију психијатријских карактеристика, али не и за потпуну дијагностичку процјену. Дозволу за кориштење скале, као и приручник за интерпретацију резултата, добили смо од професора Стив Моса путем електронске поште. Скала се састоји од 86 ајтема (психијатријских симптома) распоређених у седам супскала: Депресија (20 ајтема; нпр. *Губи способност концентрације у уобичајеним активностима (гледање телевизије, читање, хобији)*), Анксиозност и фобије (16 ајтема; нпр. *Манифестује изненадани, снажни страх или панику проузроковану ситуацијама или стварима као што су самоћа, гужва, гром, инсекти или животиње*), Манија (10 ајтема; нпр. *Показује експанзивне идеје, непримјерено или будаласто понашање као што је расипање новца или стварање нереалних планова што није део његовог односно њеног карактера*), Опсесивно-компулзивни поремећај (пет ајтема; нпр. *Ритуали или репетитивне радње попут додиривања, бројања, прања и провјеравања*), Психоза (осам ајтема; нпр. *Има чудна и непоколебљива увјерења која су наизглед немогућа и која други не дијеле*), Неспецификовани поремећај (укључујући деменцију) (пет ајтема; нпр. *Губитак памћења недавних догађаја, детаља и активности*) и Первазивни развојни поремећај (17 ајтема; нпр. *Ријетко користи контакт погледом, израз лица или осмјех у контакту са другима*). Сви ајтеми се оцјењују на четворостепеној Ликертовој скали у односу на тежину симптома. Аутори скале потврђују високу интерну конзистентност за појединачне супскале оцјењиване од стране психијатара: Депресија – $\alpha = .88$; Анксиозност – $\alpha = .79$; Манија – $\alpha = .77$; Опсесивно-компулзивни поремећај – $\alpha = .55$; Психозе – $\alpha = .77$; Неспецификовани поремећај – $\alpha = .55$; Первазивни развојни поремећај – $\alpha = .95$, али и од стране других информаната (особља): Депресија – $\alpha = .84$; Анксиозност – $\alpha = .73$; Манија – $\alpha = .81$; Опсесивно-компулзивни поремећај – $\alpha = .64$; Психозе – $\alpha = .83$; Неспецификовани поремећај – $\alpha = .69$; Первазивни развојни поремећаји – $\alpha = .94$ (Prosser et al., 1998). Овај инструмент смо користили код испитаника са ЛИО И ДД. Поузданост *MINI PAS – ADD* у овом истраживању је приказана у Табели 9.

Табела 9

Поузданост унутрашње конзистенције скале MINI PAS – ADD

Супскале	Број ајтема	Кронбахова алфа
Депресија	20	.871
Анксиозност	16	.800
Манија	10	.750
Опсесивно-компулзивни поремећај	5	.721
Психоза	8	.876
Неспецификовани поремећај	5	.753
Первазивни развојни поремећаји	17	.890

4.8. Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције

За процјену СК кориштена је Интегрисана батерија тестова за процјену СК (*Integrated Social Cognition Battery – BICS*, Achim et al., 2012). Ова батерија обухвата следеће тестове:

4.8.1. Тест комбинованих прича (*Combined Story Test – COST*, Achim et al., 2012).

Овај вербални тест ментализације развијен је како би се савладала ограничења постојећих тестова, који често укључују ограничени број ајтема. Тест се састоји од комбинације прича преведених и прилагођених из разних задатака експерименталне психолошке литературе, укључујући Задатак наговјештаја (*Hinting task*, Corcoran et al., 1995), Задатак лажног вјеровања (*False belief task*, Baron-Cohen, 1989), Задатак погрешног корака (*Faux pas*, Baron-Cohen et al., 1999) и Чудне приче (*Strange stories*, Happé, 1994). Комбинацијом прича из више тестова, задатак покрива широк распон менталних стања, укључујући вјеровања, знања, намјере, жеље и емоције. Испитанику се представља 30 прича гдје је у свакој приказан лик који има одређено ментално стање у односу на стање и вербализацију другог лика. Поред водича за администрацију теста потребан материјал укључује: брошуру одговора, брошуру подстицаја, ексел датотеку која аутоматски израчунава укупни резултат за ТОМ и контролне варијабле, и табелу норми (ексел датотека). Прије почетка испитивања се мора припремити брошура подстицаја (30 прича). За сваког испитаника мора бити припремљена и брошура одговора у коју испитивач биљежи одговоре и прати ток истраживања. Сваком испитанику је потребно изрећи следеће упутство: „*Овај се тест састоји од кратких прича које ћу Вас замолити да прочитате наглас. Након читања сваке приче, поставит ћу Вам два, три или четири питања. Прва прича је вјежба и користи се за упознавање с врстом прича, врстом питања и врстом одговора које тражимо. Дајте све од себе, а затим наставите с осталим причама*“. Ако испитаник има потешкоћа с читањем, испитивач му може прочитати причу и замолити га да га слиједи приказујући му приче у брошури за подстицај. Примјеном овог теста добијају се следећи скорови:

COST (QM) – ТОМ другог реда (26 питања); нпр. *Лука иде у продавницу мјешовите робе са мајком. Они стижу пред полицу са кексом. Лука каже: „Вау!! Овај кекс изгледа тако укусно!“ Шта Лука настоји тачно да каже?*

COST (QI) – ТОМ првог реда (три питања); нпр. *Лорина и Марија се играју у истој просторији. Лорина оставља своју лопту у корпу и напушта просторију. Марија узима Лоринину лопту и ставља је у једну кутију. Када се Лорина буде вратила у собу гдје ће мислити да је стављена њена лопта?*

COST (QR) – Несоцијално расуђивање (шест питања); нпр. *Једне ноћи Стеван је лежао у свом кревету. Имао је проблема да заспи јер је напољу било невријеме. Олуја је била веома јака. Било је вјетра кише и грмљавине. Стеван се потпуно расанио. Устао је, раширио завјесе и остао да стоји гледајући кроз прозор дрвеће иза своје куће. Изненада се догодио бљесак свјетлости и веома снажан звук. Стеван је схватио да је једно дрво оборено на земљу. Зашто је дрво било оборено на земљу?*

COST (QSP) – Задаци погрешног корака (два питања); нпр. *Петар треба да се појави на једном састанку, али касни. Док чисти ципеле он каже својој жени: „Милице желио бих обући плаву кошуљу, али она је веома изгужвана“.* Да ли у овој причи неко каже нешто што не би требало да се каже

COST (QC) – Контролна питања (30 питања); нпр. *Петар треба да се појави на једном састанку, али касни. Док чисти ципеле он каже својој жени: „Милице желио бих обући плаву кошуљу, али она је веома изгужвана“.* Које боје је кошуља коју Петар жели обући?

Након читања испитивач одмах поставља питања везана за причу и биљежи одговоре испитаника. Одговори се биљеже онако како их испитаник изговара, а затим их испитивач оцјењује са 2, 1 или 0 поена. Прича остаје пред очима испитаника током тестирања како би

се смањило оптерећење радне меморије. Ако испитаник оклијева да да одговор, испитивач га може подстакнути да поново прочита или му прочитати причу. Ако испитаник дода нове ставке одговора прије него што испитивач пређе на следеће питање или причу, испитивач ће их забиљежити и ове нове ставке ће бити укључене у оцјену. Ако се додају нови елементи, након што је испитивач прешао на следеће питање или причу, ове се ставке неће узимати у обзир. Међутим, ови нови елементи одговора могу бити корисни и при клиничкој интерпретацији резултата.

Током администрације не дају се повратне информације о успјешности одговора осим у случају приче која служи за вјежбање (ту је потребно пружити повратне информације испитанику). За ову причу, ако испитаник даје тачан одговор на питање, испитивач му каже да је то тражени одговор. Ако даје непотпуни, двосмислен или погрешан одговор, испитивач му даје примјере тачних одговора (представљен као примјер врсте траженог одговора, спомињући: „У ствари, овдје је врста одговора коју тражимо“ (прочитамо му очекивани одговор прије наставка). Након постављања свих питања о причи која је управо прочитана, испитивач каже „Следећа прича“ и тражи од испитаника да окрене страницу брошуре подстицаја и прочита следећу причу, говорећи: „Када будете спремни“.

Тест показује добру унутрашњу конзистентност ($\alpha = .98$) (Achim et al., 2012; Thibadeau et al., 2018). Овај инструмент је кориштен у подурцима испитаника са ЛИО и ДД.

4.8.2. Тест ситуација (социјалног знања) (*The Social Knowledge Test – SKT*, Achim et al., 2012).

Тест обрађује друштвене теме наведене у раду Блејра и Циполотија (Blair & Cipolotti, 2000) и процјењује сазнања о менталним стањима која су обично повезана с неким социјалним контекстом. Испитаницима се усмено презентује 14 хипотетичких ситуација, а они треба да укажу на то како ће се актери осјећати у тим ситуацијама: (нпр. *Како се осјећа неко ко сазнаје да му је умрла драга особа?*). Исправни одговори обухватају седам емоција (срећу, изненађење, тугу, стидљивост, љутњу, гађење и страх). Сваки ајтем се оцјењује са 1 за тачан одговор и са 0 за нетачан одговор. Укупни сирови скорови су коришћени као зависна варијабла у овом истраживању. Поред водича за администрацију теста, тест садржи лист одговора и таблицу стандарда. За сваког испитаника је припремљена листа одговора коју је испитивач користито за праћење тока испитивања и биљежење одговора испитаника. Испитаницима су се читале следеће инструкције: „У следећем тесту ћу навести ситуације и хтјела бих да ми одговорите како се људи уопште осећају у овим ситуацијама. Дакле, питање се не односи на то како се Ви осјећате у некој ситуацији, већ како мислите да би се људи осјећали у одређеним ситуацијама. Тражимо једноставне емоције, на примјер, постоје ситуације у којима се људи осећају срећно. Прва ситуација, ...“. Након читања упутства испитивач је наглас читао сваку ситуацију и биљежио одговоре. Ако испитаник изнесе неколико емоција испитивач би требало да га замоли да изабере онај одговор за који мисли да је најбољи (који би искусила већина људи). Међутим и емоције изражене са више од једне ријечи су биле прихваћене (нпр. „у бијесу“). Испитаник може промијенити свој одговор све док се не започне читање следеће ситуације. Након што се започне читање следеће ситуације више није могуће промијенити одговор испитаника. Овај тест је показао добру интерну конзистентност ($\alpha = .76$) (Achim et al., 2012; Thibadeau et al., 2018).

Након добијања сагласности од аутора тестова, оба теста су преведена са француског на српски језик кориштењем методе дуплог слијепог превода. Оригинална верзија инструмента је преведена на српски језик, а затим је српска верзија превода, од стране друге особе, поново преведена на француски језик. Те двије верзије су упоређене и након унијетих исправки добијена је коначна форма теста. Овај инструмент је кориштен код испитаника са ЛИО, ДД и особа ТР. Поузданост *BICS* батерије приказана је у Табели 10.

Табела 10

Поузданост унутрашње конзистенције Интегрисане батерије тестова за процјену СК

Супскале BICS батерије	Број ајтема	Кронбахова алфа
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	26	.946
<i>COST (QR)</i> – Несоцијално расуђивање	6	.802
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	3	.798
<i>COST (QSFP)</i> – Задаци погрешног корака	2	.798
<i>COST (QC)</i> – Контролна питања	29	.920
<i>SKT</i> – Тест социјалног знања	14	.697

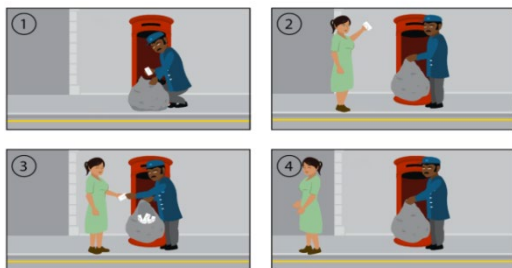
4.9. Единбуршки тест социјалне когниције

За процјену СК је кориштен и Единбуршки тест СК (*Edinburgh Social Cognition Test – ESCoT*, Vaksh et al., 2018). *ESCoT* мјери четири СК способности: когнитивну ТОМ, афективну ТОМ, интерперсонално разумијевање социјалних норми и интраперсонално разумијевање социјалних норми. Састоји се од 11 динамичних социјалних интеракција у стилу цртаних филмова (анимација) и свака траје, у просјеку, око 30 секунди: прва анимација је вјежба, пет анимација укључују кршење друштвених норми и пет приказују свакодневне социјалне интеракције које не укључују кршење друштвених норми. Свака анимација има другачији контекст и специфична питања која се односе на тај контекст. Анимације се приказују на већини медијских плејера, али се препоручује *VLC* због једноставне употребе. Овај плејер је кориштен и за потребе овог истраживања. Анимација је представљена на средини екрана рачунара и на крају сваке анимације је приказана статична сликовна плоча (у виду стрипа) која приказује сажету верзију интеракције која остаје на екрану током испитивања.

Након гледања анимације испитаници треба да опишу шта се догодило у интеракцији (ово се не оцјењује) (Слика 1).

Слика 1

Сликовна плоча анимације за вјежбу



Затим се испитаницима поставља једно питање за процјену сваког од четири суптеста СК:

ESCoT – когнитивна ТОМ; нпр. *О чему жена са писмом размишља?*

ESCoT – афективна ТОМ; нпр. *Како се жена са писмом осјећа на крају анимације?*

ESCoT – интерперсонално разумијавање социјалних норми; нпр. *Да ли се поштар понаша онако како би требало да се понашају други људи?*

ESCoT – интраперсонално разумијевање социјалних норми; нпр. *Да ли бисте се Ви понашали на исти начин као поштар у анимацији?*

Да би се испитаницима омогућило да дају оптималну интерпретацију сваке интеракције и дају најбољи квалитет одговора (ако су дали ограничен одговор или су у њиховом одговору недостајале важне информације из интеракције) њима се постављају додатна питања: „Можете ли рећи више о томе шта мислите под тим?“ или „Можете ли то објаснити мало детаљније“? Испитаник може бити подстакнут само једном за свако питање.

Сваки одговор се оцијењује на основу квалитета са максималним бројем бодова за испитанике који су успјешно издвојили и интегрисали релевантне информације из интеракција и артикуласали одговор на контекстуално специфичан начин. Важно је напоменути да дужина одговора није у вези с квалитетом; испитаници могу освојити максималан број бодова за минималан одговор. За бодовање суптеста Интраперсоналног разумевања социјалних норми, одговори који узимају у обзир нијансе социјалне интеракције скорују се већом оцјеном него одговори који истичу личне особине учесника.

Свако питање се оцјењује са максимално три бода, што резултује оцјеном од 12 бодова за сваку социјалну интеракцију. Укупна максимална оцјена сваког суптеста је 30, а укупна максимална оцјена за тест у цјелини је 120 бодова. Виши скорови указују на боље развијене домене СК. За задавање *ESCoT* теста је потребно 20–25 минута. Гутманов ламбда коефицијент интерне конзистентности за *ESCoT* тест износи .70 (Baksh et al., 2018).

По добијању сагласности од аутора, тест је преведен са енглеског на српски језик кориштењем методе дуплог слијепог превода. Оригинална верзија инструмента је преведена на српски језик, а затим је српска верзија превода, од стране друге особе, поново преведена на енглески језик. Те двије верзије су упоређене и након унијетих исправки је добијена коначна форма теста. Овај инструмент је кориштен код испитаника са ЛИО и ДД, као и код особа ТР.

Поузданост унутрашње конзистентности *ESCoT* теста је приказана у Табели 11.

Табела 11

Поузданост унутрашње конзистенције ESCoT теста

<i>Супскеале ESCoT теста</i>	<i>Број ајтема</i>	<i>Кронбахова алфа</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	10	.927
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	10	.927
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијавање социјалних норми	10	.934
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	10	.920
<i>ESCoT</i> – укупан скор	10	.981

5. Статистичка обрада података

Први корак у статистичкој обради резултата истраживања подразумијевао је примјену Колмогоров-Смирнов теста са циљем утврђивања показатеља закривљености расподеле и нормалности дистрибуција резултата на инструментима кориштеним у истраживању.

У Табели 12 дат је приказ показатеља закривљености расподеле и нормалности дистрибуције за примјењиване супскеале и скале за процјену независних и контролних варијабли. Стандардизоване вриједности скјунеса и куртозиса се крећу у распону од -2.58 до

+2.58. Уколико вриједности излазе изван ових распона одступа се од нормалне расподеле и то на следећи начин: ако је скјунес негативан онда има пуно високих скорова, а уколико је позитиван онда има пуно ниских скорова. Ако је куртозис негативан онда је расподела платокуртична (превише заравњена, мало средњих скорова), а ако је позитиван онда је лептокуртична (превише средњих скорова и смањена варијабилност теста).

Добијени резултати показују да расподела одступа од нормалне на већини примјењених супскала осим на Пибодијевој скали за процјену разумијевања говора и Учесталости агресије/деструкције.

Табела 12

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на примјењеним инструментима за процјену контролних и независних варијабли

<i>Инструменти</i>	<i>АС</i>	<i>Мед.</i>	<i>Вар.</i>	<i>СД</i>	<i>Скјунес</i>	<i>Куртозис</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Пибодијева скала*	123.58	123.50	609.26	24.68	.737	.84	.112	62	.051
Равенове прогресивне матрице	17.16	16.50	25.45	5.04	4.92	6.73	.132	62	.009
Самоповрјеђујуће понашање-учесталост	.73	.00	4.56	2.14	13.60	30.09	.407	62	.000
Стереотипно понашање-учесталост	4.87	3.00	41.49	6.44	6.52	8.47	.227	62	.000
Агресија/деструкција-учесталост*	5.27	5.00	12.82	3.58	5.21	10.66	.101	62	.191
Дружење	2.37	2.12	.47	.67	2.92	.64	.204	62	.000
Конфликт	2.10	2.00	.27	.52	2.56	3.16	.161	62	.000
Помоћ	2.79	2.80	.63	.79	1.35	-.31	.125	62	.000
Сигурност	2.52	2.40	.34	.58	2.44	1.01	.211	62	.000
Блискост	3.01	2.80	.88	.94	.79	-1.55	.153	62	.000
Усамљеност	8.85	9.00	7.60	2.76	-3.38	1.70	.201	62	.000
Социјално незадовољство	6.32	7.00	5.40	2.32	-2.38	.31	.244	62	.000
Депресија	3.73	2.00	18.73	4.33	5.24	3.83	.268	62	.000

Анксиозност	1.39	.00	6.57	2.56	6.93	5.79	.335	62	.000
Манија	2.68	1.00	14.62	3.82	6.05	5.55	.242	62	.000
Опсесивно- компулзивни поремећај	1.08	.00	2.56	1.60	4.27	1.01	.363	62	.000
Психоза	1.84	.00	7.38	2.72	5.41	3.66	.299	62	.000
Неспецифичка ни поремећај	0.69	.00	1.42	1.20	5.38	2.45	.397	62	.000
ПСА	3.34	2.00	4.29	3.78	5.13	3.54	.189	62	.000

*означава инструменте код којих је забиљежена нормалност расподеле (скјунес и куртозис коефицијент не прелазе вредност од -2.58 до +2.58, и Колмогоров-Смирнов тест није статистички значајан); *AC* = аритметичка средина; *Мед.* = медијана; *Вар.* = варијанса; *СД* = стандардна девијација; *K-S* = Колмогоров-Смирнов коефицијент; *df* = степен слободе; *p* = значајност

У Табели 13 дат је приказ показатеља закривљености расподеле и нормалности дистрибуције за супске *ESCoT* теста који је кориштен за процјену СК. Добијени резултати показују да на супскалама *ESCoT* теста, као и скали у цјелини расподела одступа од нормалне.

Табела 13

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на ESCoT тесту

Супске <i>ESCoT</i> теста	<i>AC</i>	<i>Мед.</i>	<i>Вар.</i>	<i>СД</i>	<i>Скјунес</i>	<i>Куртозис</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	20.45	22.00	36.96	6.07	-4.54	1.00	.174	122	.000
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	20.35	22.00	39.20	6.26	-3.95	.54	.194	122	.000
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	19.28	20.00	40.52	6.36	-4.06	-.22	.192	122	.000
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијавање социјалних норми	19.78	21.00	29.44	5.42	-2.95	-.76	.155	122	.000
<i>ESCoT</i> – укупан скор	79.89	85.00	551.52	23.48	-3.91	-.13	.168	122	.000

**AC* = аритметичка средина; *Мед.* = медијана; *Вар.* = варијанса; *СД* = стандардна девијација; *K-S* = Колмогоров-Смирнов коефицијент; *df* = степен слободе; *p* = значајност; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције.

У Табели 14 дат је приказ показатеља закривљености расподеле и нормалности дистрибуције за супскале *BICS* батерије. Добијени резултати показују да расподела скорова на свим примјењеним супскалама и скали *BICS* батерије, одступа од нормалне, што је и очекивано, јер је узорак испитаника специфичан.

Табела 14

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на BICS батерији

<i>Супскале BICS</i>	<i>AC</i>	<i>Мед.</i>	<i>Var.</i>	<i>CD</i>	<i>Скјунес</i>	<i>Куртозис</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>COST (QM)</i>	31.48	36.00	195.64	13.99	-1.70	-2.81	.196	122	.000
<i>COST (QR)</i>	9.62	11.00	6.96	2.64	-5.84	1.77	.281	122	.000
<i>COST (QI)</i>	3.89	5.00	5.73	2.40	-2.47	-3.11	.303	122	.000
<i>COST (QSFP)</i>	2.41	3.00	2.82	1.68	-1.75	-3.59	.287	122	.000
<i>SKT</i>	9.06	9.00	8.43	2.90	-2.06	-.06	.164	122	.000

AC = аритметичка средина; *Мед.* = медијана; *Var.* = варијанса; *CD* = стандардна девијација; *K-S* = Колмогоров-Смирнов коефицијент; *df* = степен слободе; *p* = значајност; *BICS* = Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције; *COST (QM)* = ТОМ другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = ТОМ првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *SKT* = тест социјалног знања.

За опис параметара од значаја, у зависности од њихове природе, кориштене су средње вриједности, проценти, медијане, стандардне девијације, као и стандардне грешке мјерења. За даљу обраду података коришћени су: Т-тест за независне узорке, хи квадрат тест, Ман Витнијев *U* тест, једнофакторска анализа варијансе, Шефев нападни тест, једнофакторска анализа коваријансе за поређење група и оцјењивање разлика између група. За испитивање веза између промјенљивих, као и могућност предвиђања вриједности једне промјенљиве на основу других коришћене су следеће технике: Спирманов коефицијент корелације, каноничка корелациона анализа и регресиона анализа.

Анализа и статистичка обрада података извршене су помоћу пакета намјењеног статистичкој обради података за друштвене науке (*SPSS for Windows, version 20.0*). Добијени резултати приказани су табеларно.

IV РЕЗУЛТАТИ

4. 1. Резултати процјене социјалне когниције

У овом одјелу приказани су резултати све три групе испитаника на *ESCoT* тесту (*Edinburgh Social Cognition Test*, Baksh et al., 2018) и *BICS* батерији (*Integrated Social Cognition Battery*, Achim et al., 2012).

4.1.1. Резултати процјене социјалне когниције на Единбуршком тесту социјалне когниције

У овом одјелу дат је дескриптивни приказ резултата за све три групе испитаника на *ESCoT* тесту, извршених тестирања разлика између група, као и поновљених тестирања разлика након контроле ефекта старости, Равеновог скорa, као и ефекта разумијевања говора.

У Табели 15 приказана су постигнућа све три групе испитаника на суптестовима *ESCoT* теста, изражена кроз средњу вриједност постигнућа, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења. Уочавамо да испитаници са ДД остварују најниже просјечне вриједности, а испитаници из контролне групе највише.

Табела 15

Постигнућа за све три групе испитаника на супскалама ESCoT теста

Супскале	Подузорок	<i>N</i>	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>CGM</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна TOM	Лака интелектуална ометеност	32	19.84	5.15	.81
	Дуална дијагноза	30	13.10	4.99	.91
	Контролна група	60	24.46	2.34	.30
<i>ESCoT</i> – афективна TOM	Лака интелектуална ометеност	32	19.31	4.41	.78
	Дуална дијагноза	30	12.46	4.76	.87
	Контролна група	60	24.85	2.48	.32
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	Лака интелектуална ометеност	32	19.03	4.47	.79
	Дуална дијагноза	30	10.90	4.76	.87
	Контролна група	60	23.61	2.55	.33
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	Лака интелектуална ометеност	32	19.31	4.49	.79
	Дуална дијагноза	30	13.20	3.96	.82
	Контролна група	60	23.33	2.65	.34
<i>ESCoT</i> – укупан скор	Лака интелектуална ометеност	32	77.50	18.00	3.18
	Дуална дијагноза	30	49.70	16.82	3.07
	Контролна група	60	96.25	23.48	2.12

N = број испитаника; *AC* = аритметичка средина; *CD* = стандардна девијација; *CGM* = стандардна грешка мјерења, *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

За тестирање разлика у постигнућима на супскалама *ESCoT* теста коришћена је једнофакторска анализа варијансе. На овај начин смо настојали да утврдимо да ли постоје статистички значајне разлике у постигнућима подузорка испитаника са ЛИО, испитаника са ДД и контролне групе испитаника у односу на супскале *ESCoT* теста (Табела 16).

Табела 16

Разлике између испитиваних група на супскалама ESCoT теста

<i>Супскале</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	2	119	82.660	.000
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	2	119	113.666	.000
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	2	119	115.661	.000
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	2	119	81.994	.000
<i>ESCoT</i> – укупан скор	2	119	112.024	.000

df1 = степен слободе 1; *df2* = степен слободе 2; *F* = количник Ф; *p* = значајност; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

Примјеном Шидаковог теста утврђено је између којих група на процјењиваним варијаблама постоје статистички значајне разлике (Табела 17). Добијени резултати показују да статистички значајне разлике постоје на свим супскалама *ESCoT* теста између контролне групе испитаника и испитаника са ЛИО, контролне и групе испитаника са ДД, као и између подузорка испитаника са ЛИО и ДД.

Табела 17

Утврђивање разлика између поредбених група на супскалама ESCoT теста

<i>Супскале</i>	<i>Поредбене групе</i>	<i>Разлика AC</i>	<i>CG</i>	<i>p</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	Контролна група – лака интелектуална ометеност	4.62	.86	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	11.36	.88	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	6.74	1.00	.000
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	Контролна група – лака интелектуална ометеност	5.53	5.53	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	12.38	.82	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	6.84	.94	.000
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	Контролна група – лака интелектуална ометеност	4.58	.81	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	12.71	.83	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	8.13	.95	.000
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	Контролна група – лака интелектуална ометеност	4.02	.77	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	10.13	.79	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	6.11	.90	.000
<i>ESCoT</i> – укупан скор	Контролна група – лака интелектуална ометеност	18.75	3.05	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	46.55	3.11	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	27.80	3.54	.000

Разлика AC = разлика аритметичких средина; CG = стандардна грешка; p = значајност; $ESCoT$ = Единбуршки тест социјалне когниције

У циљу контролисања ефеката старости, Равеновог скорa и способности разумијевања говора на постигнућа на $ESCoT$ тесту, примјењена је једнофакорска анализа коваријансе. Добијено је да коваријати *старост* и *Равенов скор* немају ефекат на постигнућа на $ESCoT$ тесту, док коваријат *разумијевање говора* има значајан ефекат на укупна постигнућа на супскалама $ESCoT$ теста. И након контролисања ефекта коваријата, подузорак испитаника са ЛИО задржава боља постигнућа од подузорка ДД на $ESCoT$ тесту (Табела 18).

Табела 18

Постигнућа испитаника на $ESCoT$ тесту након контролисања ефекта контролних варијабли

Супскале	Коваријати и фактор	$df1$	$df2$	F	p	Ета квадрат
$ESCoT$ – когнитивна ТОМ	Старост	1	57	.304	.584	.005
	Равенов скор	1	57	.064	.801	.001
	Разумијевање говора	1	57	12.088	.001	.175
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	7.581	.008	.117
$ESCoT$ – афективна ТОМ	Старост	1	57	3.124	.082	.052
	Равенов скор	1	57	1.839	.180	.031
	Разумијевање говора	1	57	28.991	.000	.337
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	10.971	.002	.161
$ESCoT$ – интерперсонално разумијевање социјалних норми	Старост	1	57	.247	.621	.004
	Равенов скор	1	57	1.113	.296	.019
	Разумијевање говора	1	57	18.885	.000	.249
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	19.152	.000	.251
$ESCoT$ – интраперсонално разумијевање социјалних норми	Старост	1	57	.863	.357	.015
	Равенов скор	1	57	.045	.833	.001
	Разумијевање говора	1	57	5.995	.017	.095
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	11.861	.001	.172
$ESCoT$ – укупан скор	Старост	1	57	.966	.330	.017
	Равенов скор	1	57	.408	.526	.007
	Разумијевање говора	1	57	17.706	.000	.237
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	13.962	.000	.197

$df1$ = степен слободе 1; $df2$ = степен слободе 2; F = количник Φ ; p = значајност; Ета квадрат = показатељ величине утицаја

За утврђивање повезаности између постигнућа на *ESCoT* тесту и старости, кориштен је Спирманов коефицијент корелације рангова. У Табели 19 дат је приказ повезаности постигнућа на *ESCoT* тесту са старосном доби. У подзорку испитаника са ЛИО, на супскали *ESCoT* – афективна ТОМ је утврђена негативна, средња и статистички значајна корелација са узрастом, док су у подзорку испитаника контролне групе на свим супскалама и *ESCoT* тесту утврђене негативне, средње до високе и статистички значајне корелације са узрастом испитаника. То значи да на овим супскалама, са порастом старосне доби опадају постигнућа испитаника.

Табела 19

Резултати повезаности постигнућа на ESCoT тесту и узраста

Супскале	Подузорак	<i>N</i>	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>CG</i>	Спирманов коефицијент корелације (ρ)	<i>p</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	Лака	32	19.84	5.15	.81	-.256	.157
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	13.10	4.99	.91	-.169	.371
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	Контролна група	60	24.46	2.34	.30	-.574**	.000
	Лака	32	19.31	4.41	.78	-.446*	.011
	интелектуална ометеност						
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	Дуалне дијагнозе	30	12.46	4.76	.87	-.352	.056
	Контролна група	60	24.85	2.48	.32	-.618**	.000
	Лака	32	19.03	4.47	.79	-.274	.129
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	10.90	4.76	.87	-.123	.516
	Контролна група	60	23.61	2.55	.33	-.641**	.000
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	Лака	32	19.31	4.49	.79	-.246	.175
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	13.20	3.96	.82	-.185	.328
<i>ESCoT</i> – укупан скор	Контролна група	60	23.33	2.65	.34	-.533**	.000
	Лака	32	77.50	18.0	3.18	-.314	.080
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	49.70	16.82	3.07	-.226	.230
	Контролна група	60	96.25	23.48	2.12	-.619**	.000

N = број испитаника; *AC* = аритметичка средина; *CD* = стандардна девијација; *CG* = стандардна грешка мјерења; ρ = Спирманов коефицијент корелације; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

У Табели 20 дат је дескриптивни приказ резултата постигнућа на *ESCoT* тесту изражен кроз аритметичку средину, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења, код испитаника мушког и женског пола. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да на свим супскалама и скали у цјелини жене постижу више резултате од мушкараца.

Табела 20

Дескриптивни приказ резултата постигнућа на ESCoT тесту према полу

Супскале	Подузорок	Пол	<i>N</i>	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	Лака интелектуална	М	18	18.77	4.84	1.14
	ометеност	Ж	14	21.21	5.39	1.44
	Дуална дијагноза	М	14	12.21	5.38	1.43
		Ж	16	13.87	4.66	1.16
	Контролна група	М	29	23.93	2.12	.39
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ		Ж	31	24.96	2.46	.44
	Лака интелектуална	М	18	18.33	4.07	.95
	ометеност	Ж	14	20.57	4.66	1.24
	Дуална дијагноза	М	14	12.07	5.10	1.36
		Ж	16	12.81	4.59	1.14
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	Контролна група	М	29	24.62	2.45	.45
		Ж	31	25.06	2.54	.45
	Лака интелектуална	М	18	18.72	4.52	1.06
	ометеност	Ж	14	19.42	4.55	1.21
	Дуална дијагноза	М	14	10.21	4.94	1.32
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми		Ж	16	11.50	4.67	1.16
	Контролна група	М	29	23.10	2.48	.46
		Ж	31	24.09	2.57	.46
	Лака интелектуална	М	18	18.27	4.33	1.02
	ометеност	Ж	14	20.64	4.49	1.20
<i>ESCoT</i> – укупан скор	Дуална дијагноза	М	14	12.64	4.70	1.25
		Ж	16	13.60	3.26	.81
	Контролна група	М	29	22.82	2.66	.49
		Ж	31	23.80	2.61	.46
	Лака интелектуална	М	18	74.11	17.20	4.05
	ометеност	Ж	14	81.85	18.69	4.99
	Дуална дијагноза	М	14	47.14	17.79	4.75
		Ж	16	51.93	16.16	4.04
	Контролна група	М	29	94.44	8.52	1.58
		Ж	31	95.43	8.31	1.34

N = број испитаника; *АС* = аритметичка средина; *СД* = стандардна девијација; *СГм* = стандардна грешка мјерења, *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

Ман Витнијевим *U* тестом утврђиване су разлике између мушких и женских испитаника на *ESCoT* тесту у подузорцима испитаника са ЛИО, ДД и контролној групи. Добијени резултати показују да на свим супскалама као и *ESCoT* тесту у цјелини нису утврђене статистички значајне разлике у односу на пол (Табела 21).

Табела 21

Резултати постигнућа на ESCoT тесту према полу

Супскале	Подузорок	Пол	<i>N</i>	Ман витнијев <i>U</i>	Вилкоксон тест ранга	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	Лака	М	18	81.000	252.000	-1.719	.086
	интелектуална	Ж	14				
	ометеност						
	Дуална	М	14	89.000	194.000	-.962	.336
	дијагноза	Ж	16				
	Контролна група	М	29	330.500	765.500	-1.780	.075
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	Лака	М	18	77.500	248.500	-1.861	.063
	интелектуална	Ж	14				
	ометеност						
	Дуална	М	14	105.000	210.000	-.292	.770
	дијагноза	Ж	16				
	Контролна група	М	29	396.500	831.500	-.792	.428
<i>ESCoT</i> – интерперсонал но разумијевање социјалних норми	Лака	М	18	109.500	280.500	-.632	.527
	интелектуална	Ж	14				
	ометеност						
	Дуална	М	14	84.500	189.500	-1.149	.250
	дијагноза	Ж	16				
	Контролна група	М	29	334.500	769.500	-1.731	.083
<i>ESCoT</i> – интраперсонал но разумијевање социјалних норми	Лака	М	18	92.000	263.000	-1.302	.193
	интелектуална	Ж	14				
	ометеност						
	Дуална	М	14	91.500	196.500	-.856	.392
	дијагноза	Ж	16				
	Контролна група	М	29	351.500	786.500	-1.472	.141
<i>ESCoT</i> – укупан скор	Лака	М	18	91.000	262.000	-1.335	.182
	интелектуална	Ж	14				
	ометеност						
	Дуална	М	14	91.000	196.000	-.874	.382
	дијагноза	Ж	16				
	Контролна група	М	29	329.500	764.500	-1.781	.075
		Ж	31				

Z = *Z* скор; *p* = значајност ; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

4.1.2. Резултати процјене социјалне когниције на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције

У Табели 22 приказана су постигнућа све три групе испитаника на супскалама *BICS* батерије, изражена кроз средњу вриједност постигнућа, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења. Уочавамо да испитаници из контролне групе на свим супскалама остварују највише просјечне вриједности, а испитаници са ДД најниже.

Табела 22

Постигнућа за све три групе испитаника на *BICS* батерији

Супскале	Подузорок	<i>N</i>	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>CGM</i>
<i>COST (QM)</i> –	Лака интелектуална ометеност	32	25.25	7.07	1.25
<i>TOM</i> другог реда	Дуална дијагноза	30	13.13	5.62	1.02
	Контролна група	60	43.88	3.80	.49
<i>COST (QR)</i> –	Лака интелектуална ометеност	32	10.21	1.97	.34
несоцијално	Дуална дијагноза	30	6.60	3.05	.55
расуђивање	Контролна група	60	10.81	1.15	.14
<i>COST (QI)</i> –	Лака интелектуална ометеност	32	3.00	1.83	.32
<i>TOM</i> првог реда	Дуална дијагноза	30	.93	1.46	.26
	Контролна група	60	5.83	.89	.08
<i>COST (QSFP)</i> –	Лака интелектуална ометеност	32	1.21	1.12	.19
Погрешан корак	Дуална дијагноза	30	.70	1.02	.18
	Контролна група	60	3.90	.30	.03
<i>COST (QC)</i> –	Лака интелектуална ометеност	32	25.03	3.87	.68
контролна питања	Дуална дијагноза	30	16.93	3.99	.73
	Контролна група	60	29.00	.00	.00
<i>SKT</i> –	Лака интелектуална ометеност	32	8.78	1.15	.20
тест социјалног	Дуална дијагноза	30	5.43	2.23	.40
знања	Контролна група	60	11.01	1.87	.24

N = број испитаника; *AC* = аритметичка средина; *CD* = стандардна девијација; *CGM* = стандардна грешка мерења; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу *QM*; *SKT* = тест социјалног знања

У циљу тестирања разлика у постигнућима, између контролне и двије групе испитаника са ЛИО, на супскалама *BICS* батерије кориштена је једнофакторска анализа варијансе (Табела 23). Добијени резултати показују да су на свим варијаблама забиљежене статистички значајне разлике.

Табела 23

Тестирање разлика између испитиваних група на супскалама BICS батерије

Супскале – <i>BICS</i> батерије	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>COST (QM)</i> –	2	119	364.642	.000
<i>TOM</i> другог реда				
<i>COST (QR)</i> –	2	119	46.803	.000
несоцијално расуђивање				
<i>COST (QI)</i> –	2	119	169.181	.000
<i>TOM</i> првог реда				
<i>COST (QSFP)</i> –	2	119	210.822	.000
погрешан корак				
<i>COST (QC)</i> –	2	119	186.549	.000
контролна питања				
<i>SKT</i> – тест социјалног знања	2	119	94.697	.000

df1 = степен слободе 1; *df2* = степен слободе 2; *F* = количник Ф; *p* = значајност; *BICS* – интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу *QM*; *SKT* = тест социјалног знања

Примјеном Шидаковог теста утврђено је између којих група на процјењиваним варијаблама постоје статистички значајне разлике (Табела 24). Добијени резултати показују да испитаници из контролне групе остварују значајно боље резултате на свим супскалама од испитаника са ДД и испитаника са ЛИО осим

на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање. Испитаници са ЛИО постижу боље резултате од испитаника са ДД на свим супскалама.

Табела 24

Утврђивање разлика између поредбених група на супскалама BICS батерије

<i>Супскале BICS батерије</i>	<i>Поредбене групе</i>	<i>Разлика AC</i>	<i>CG</i>	<i>p</i>
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	Контролна група – лака интелектуална ометеност	18.63	1.15	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	30.55	1.18	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	11.91	1.34	.000
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	Контролна група – лака интелектуална ометеност	.59	.43	.434
	Контролна група – дуална дијагноза	4.21	.44	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	3.61	.50	.000
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	Контролна група – лака интелектуална ометеност	2.83	.26	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	4.90	.27	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	2.06	.31	.000
<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	Контролна група – лака интелектуална ометеност	2.68	.17	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	3.20	.17	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	.51	.20	.034
<i>COST (QC)</i> – контролна питања	Контролна група – лака интелектуална ометеност	3.96	.61	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	12.06	.62	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	8.09	.71	.000
<i>SKT</i> – тест социјалног знања	Контролна група – лака интелектуална ометеност	2.23	.39	.000
	Контролна група – дуална дијагноза	5.58	.40	.000
	Лака интелектуална ометеност – дуална дијагноза	3.34	.46	.000

Разлика AC = разлика аритметичких средина; *CG* = стандардна грешка; *p* = значајност; *BICS* = Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу QM; *SKT* = тест социјалног знања

Једнофакторском анализом коваријансе испитиван је ефекат *старости*, *Равеновог скор* и *разумијевања говора* на постигнућа на супскалама *BICS* батерије. Добијено је да коваријат *старост* има значајан ефекат на постигнућа на супскали *COST (QM)*, *COST (QSFP)*, *COST (QC)* и *SKT*. Коваријат *разумијавање говора* има значајан ефекат на укупна постигнућа на супскалама *COST (QM)*, *COST (QI)* и *SKT*, док коваријат *Равенов скор* не остварује значајан ефекат на постигнућа на супскалама *BICS* батерије. И након контролисања

ефекта коваријата, подузорок испитаника са ЛИО задржава боља постигнућа од подузорка ДД на *BICS* батерији, осим на супскали *COST (QSFP)* – погрешан корак (Табела 25).

Табела 25

Постигнућа на BICS батерији након контролисања ефекта контролних варијабли

<i>Супске</i>	<i>Коваријати и фактор</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Ета квадрат</i>
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	Старост	1	57	7.011	.010	.110
	Равенов скор	1	57	.484	.489	.008
	Разумијевање говора	1	57	30.388	.000	.348
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	27.545	.000	.326
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	Старост	1	57	2.349	.131	.040
	Равенов скор	1	57	.077	.782	.001
	Разумијевање говора	1	57	1.431	.237	.024
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	14.926	.000	.208
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	Старост	1	57	.001	.975	.000
	Равенов скор	1	57	.458	.501	.008
	Разумијевање говора	1	57	5.889	.018	.094
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	6.917	.011	.108
<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	Старост	1	57	8.934	.004	.136
	Равенов скор	1	57	3.197	.079	.053
	Разумијевање говора	1	57	1.339	.252	.023
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	.017	.897	.000
<i>COST (QC)</i> – контролна питања	Старост	1	57	6.594	.013	.104
	Равенов скор	1	57	.004	.952	.000
	Разумијевање говора	1	57	11.673	.001	.167
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	37.141	.000	.395
<i>SKT</i> – тест социјалног знања	Старост	1	57	8.134	.006	.125
	Равенов скор	1	57	.383	.539	.007
	Разумијевање говора	1	57	11.423	.001	.167
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	29.971	.000	.345

$df1$ = степен слободe 1; $df2$ = степен слободe 2; F = количник Φ ; p = значајност; Eta квадрат = показатељ величине утицаја; $COST (QM)$ = теорија ума другог реда; $COST (QR)$ = несоцијално расуђивање; $COST (QI)$ = теорија ума првог реда; $COST (QSFP)$ = задаци погрешног корака; $COST (QC)$ = контролна питања која могу утицати на перформансу QM; SKT = тест социјалног знања

У циљу утврђивања повезаности узраста и скорова на *BICS* батерији кориштен је Спирманов коефицијент корелације. У подузорку испитаника са ЛИО на супскалама *COST (QSFP)* – погрешан корак, *COST (QC)* – контролним питањима као и *SKT* – тесту социјалног знања забиљежене су средње и статистички значајне корелације у односу на старосну доб. Значајни коефицијенти корелације су негативни што значи да старењем опадају постигнућа на супскалама *BICS* батерије. У подузорку испитаника са ДД на свим супскалама су забиљежене средње, негативне и статистички значајне корелације у односу на старосну доб, осим на *COST (QI)* – ТОМ првог реда и *COST (QC)* – контролна питања, што значи да на овим супскалама опадају постигнућа са порастом старосне доби (Табела 26). У контролној групи испитаника, на суптесту *COST (QM)* – ТОМ другог реда, утврђена је средња и негативна корелација са старошћу. На суптестовима *COST (QI)* – ТОМ првог реда, *COST (QSFP)* – задаци погрешног корака и *SKT* – тест социјалног знања утврђене су средње и позитивне корелације са узрастом што значи да постигнућа испитаника на овим супскалама расту са порастом старосне доби.

Табела 26

Анализа повезаности скорова на BICS батерији и узраста

Супскале <i>BICS</i> батерије	Подузорак	<i>N</i>	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>CGM</i>	Спирманов коефицијент корелације (ρ)	<i>p</i>
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	Лака	32	25.25	7.07	1.25	-.342	.056
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	13.13	5.62	1.02	-.517**	.003
	Контролна група	60	43.88	3.80	.49	-.379**	.003
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	Лака	32	10.21	1.97	.34	.082	.656
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	6.60	3.05	.55	-.404*	.027
	Контролна група	60	10.81	1.15	.14	.065	.619
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	Лака	32	3.00	1.83	.32	-.247	.173
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	.93	1.46	.26	-.151	.426
	Контролна група	60	5.83	.89	.08	.363**	.004
<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	Лака	32	1.21	1.12	.19	-.473**	.006
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	.70	1.02	.18	-.418*	.021
	Контролна група	60	3.90	.30	.03	.448**	.000

<i>COST (QC)</i> – контролна питања	Лака интелектуална ометеност	32	25.03	3.87	.68	-.579**	.001
	Дуалне дијагнозе	30	16.93	3.99	.73	-.356	.053
	Контролна група	60	29.00	.00	.00	-.267	.654
<i>SKT</i> – тест социјалног знања	Лака интелектуална ометеност	32	8.78	1.15	.20	-.494**	.004
	Дуалне дијагнозе	30	5.43	2.23	.40	-.467**	.009
	Контролна група	60	11.01	1.87	.24	.574**	.000

H = број испитаника; *AC* = аритметичка средина; *CD* = стандардна девијација; *CGM* = стандардна грешка мјерења; *p* = Спирманов коефицијент корелације; *p* = статистичка значајност; *BICS* = Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу *QM*; *SKT* = тест социјалног знања

У Табели 27 дат је дескриптивни приказ резултата на *BICS* батерији изражен кроз аритметичку средину, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења, код испитаника мушког и женског пола. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да, у подузорку особа са ЛИО, на сускалама *COST (QM)* – ТОМ другог реда и *COST (QI)* – ТОМ првог реда, мушкарци имају више просјечне вриједности од жена, док жене показују више просјечне вриједности на сускалама *COST (QR)* – несоцијално расуђивање, *COST (QSFP)* – погрешан корак, *COST (QC)* – контролна питања и *SKT* – тест социјалног знања. У подузорку испитаника са ДД мушки испитаници имају виша просјечна постигнућа на свим сускалама, док у контролној групи женски испитаници имају више просјечне вриједности на сускалама *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање, *COST (QSFP)* – погрешан корак и *SKT* – тест социјалног знања.

Табела 27

Дескриптивни приказ резултата постигнућа на *BICS* батерији у односу на пол

Супске BICS батерије	Подузорок	Пол	<i>H</i>	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>CGM</i>
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	Лака интелектуална ометеност	М	18	26.16	6.97	1.64
		Ж	14	24.07	7.27	1.94
	Дуалне дијагнозе	М	14	15.14	5.26	1.40
		Ж	16	11.75	5.60	1.40
	Контролна група	М	29	43.03	2.73	.51
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	Лака интелектуална ометеност	М	18	9.88	1.99	.47
		Ж	14	10.64	1.94	.52
	Дуалне дијагнозе	М	14	8.85	2.31	.61
		Ж	16	4.62	2.12	.53
	Контролна група	М	29	10.34	1.39	.26
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	Лака интелектуална ометеност	М	18	11.25	.63	.11
		Ж	31	3.03	1.71	.40
	Дуалне дијагнозе	М	14	3.00	2.03	.54
		Ж	14	1.28	1.85	.49
		Ж	16	.62	.95	.23

COST (QSFP) – погрешан корак	Контролна група	М	29	5.90	.31	.06
		Ж	31	5.77	.62	.11
	Лака интелектуална ометеност	М	18	1.16	1.04	.24
		Ж	14	1.28	1.26	.33
	Дуалне дијагнозе	М	14	.85	1.02	.27
		Ж	16	.56	1.03	.25
COST (QC) –контролна питања	Контролна група	М	29	3.89	.31	.058
		Ж	31	3.90	.30	.054
	Лака интелектуална ометеност	М	18	24.22	4.06	.95
		Ж	14	26.07	3.47	.92
	Дуалне дијагнозе	М	14	17.57	4.25	1.13
		Ж	16	16.37	3.81	.95
SKT – тест социјалног знања	Контролна група	М	29	29.00	.00	.00
		Ж	31	29.00	.00	.00
	Лака интелектуална ометеност	М	18	8.55	1.04	.24
		Ж	14	9.07	1.26	.33
	Дуалне дијагнозе	М	14	5.64	2.20	.58
		Ж	16	5.25	2.32	.58
Контролна група	М	29	10.72	1.85	.34	
	Ж	31	11.29	1.88	.34	

H = број испитаника; *AC* = аритметичка средина; *CD* = стандардна девијација; *CGM* = стандардна грешка мерења; ρ = Спирманов коефицијент корелације; *p* = статистичка значајност; *BICS* = Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу *QM*; *SKT* = тест социјалног знања

Ман Витнијевим *U* тестом утврђиване су разлике између подузорака испитаника у односу на пол (Табела 28). Добијени резултати показују да нису утврђене статистички значајне разлике према полу, осим у подузорку особа са ДД и контролној групи, на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање. У подузорку особа са ДД мушкарци имају боља постигнућа од жена, док је у контролној групи обрнуто.

Табела 28

Приказ резултата постигнућа на BICS батерији у односу на пол

<i>Супскале BICS батерије</i>	<i>Подузорок</i>	<i>Пол</i>	<i>N</i>	<i>Ман Витнијев U</i>	<i>Вилкоксонев тест ранга</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	Лака интелектуална ометеност	М	18	104.000	209.000	-.841	.400
		Ж	14				
	Дуална дијагноза	М	14	71.500	207.500	-1.698	.090
		Ж	16				
	Контролна група	М	29	379.000	814.000	-1.061	.289
		Ж	31				
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	Лака интелектуална ометеност	М	18	94.500	265.500	-1.257	.209
		Ж	14				
	Дуална дијагноза	М	14	22.000	158.000	-3.822	.000
		Ж	16				
	Контролна група	М	29	282.000	717.000	-2.823	.005
		Ж	31				
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	Лака интелектуална	М	18	125.500	230.500	-.021	.984
		Ж	14				

<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	ометеност						
	Дуална дијагноза	М	14	94.000	230.000	-.882	.378
		Ж	16				
	Контролна група	М	29	433.500	929.500	-.425	.671
		Ж	31				
	Лака интелектуална	М	18	121.500	292.500	-.178	.858
<i>COST (QC)</i> – контролна питања	ометеност						
	Дуална дијагноза	М	14	90.000	226.000	-1.065	.287
		Ж	16				
	Контролна група	М	29	446.500	881.500	-.085	.932
		Ж	31				
	Лака интелектуална	М	18	91.000	262.000	-1.347	.178
<i>SKT</i> – тест социјалног знања	ометеност						
	Дуална дијагноза	М	14	87.000	223.000	-1.059	.290
		Ж	16				
	Контролна група	М	29	449.500	929.500	-.425	.671
		Ж	31				
	Лака интелектуална	М	18	95.500	266.500	-1.261	.207
	ометеност						
	Дуална дијагноза	М	14	98.500	234.500	-.571	.568
		Ж	16				
	Контролна група	М	29	375.000	810.000	-1.118	.264
		Ж	31				

Z = Z скор; p = значајност; *BICS* = Интегрисана батерија тестова за процјену социјалне когниције; *COST (QM)* = ТОМ другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = ТОМ првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу *QM*; *SKT* = тест социјалног знања

4.2. Приказ резултата на скали Инвентара проблематичног понашања

У овом одјелку су приказани резултати двије групе испитаника са ЛИО на скали Инвентара проблематичног понашања, извршених тестирања разлика између група и поновљених тестирања разлика након контроле ефекта старости, Равеновог скорa и разумијевања говора.

У Табели 29 дати су резултати испитаника са ЛИО и испитаника са ДД изражених кроз средњу вриједност постигнућа, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да испитаници са ДД постижу више скорове на супскалама Самоповрјеђујуће понашање (учесталост/тежина) и Стереотипно понашање (учесталост/тежина) и Агресија/деструкција (учесталост/тежина).

Табела 29

Постигнућа испитаника са ЛИО и испитаника са ДД на супскалама Инвентара проблематичног понашања

Супскале	Подузорок	N	Мин.	Макс.	АС	СД	СГ _м
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	Лака интелектуална ометеност	32	0	1	.03	.17	.031
	Дуална дијагноза	30	0	12	1.46	2.90	.53

Самоповрјеђујуће понашање – тежина	Лака интелектуална ометеност	32	0	3	.09	.53	.093
	Дуална дијагноза	30	0	12	1.40	2.72	.49
Стереотипно понашање – учесталост	Лака интелектуална ометеност	32	0	33	2.96	6.11	1.08
	Дуална дијагноза	30	0	21	6.90	6.24	1.14
Стереотипно понашање – тежина	Лака интелектуална ометеност	32	0	22	2.25	4.28	.75
	Дуална дијагноза	30	0	21	6.00	5.53	1.01
Агресија/деструкција – учесталост	Лака интелектуална ометеност	32	0	9	4.46	2.74	.48
	Дуална дијагноза	30	0	22	6.13	4.17	.76
Агресија/деструкција – тежина	Лака интелектуална ометеност	32	0	10	4.71	2.95	.52
	Дуална дијагноза	30	0	22	6.30	4.25	.77

N = број испитаника; AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CGM = стандардна грешка мјерења; ρ = Спирманов коефицијент корелације; p = статистичка значајност

Примјеном једнофакторске анализе варијансе настојали смо да утврдимо да ли постоје разлике у постигнућима групе испитаника са ЛИО и испитаника са ДД у односу на супскале Инвентара проблематичног понашања (Табела 30). Резултати су показали да на супскалама Самоповрјеђујуће понашање (учесталост/тежина) и Стереотипно понашање (учесталост/тежина) постоје статистички значајне разлике између поредбених група.

Табела 30

Разлике између поредбених група на супскалама Инвентара проблематичног понашања

Супскале	$df1$	$df2$	F	p
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	1	60	7.768	.007
Самоповрјеђујуће понашање – тежина	1	60	7.079	.010
Стереотипно понашање – учесталост	1	60	6.265	.015
Стереотипно понашање – тежина	1	60	8.961	.004
Агресија/деструкција – учесталост	1	60	3.481	.067
Агресија/деструкција – тежина	1	60	2.923	.093

$df1$ = степен слободе 1; $df2$ = степен слободе 2; F = количник Ф; p = значајност

Једнофакторском анализом коваријансе испитиван је ефекат *старости*, *Равеновог скор* и *разумијевања говора*, на постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања (Табела 31). Добијени резултати су показали да коваријати *старост*, *Равенов скор* и *разумијевање говора* не остварују значајан ефекат на постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања. Након контролисања ефекта коваријата, подузорок испитаника са ЛИО и подузорок испитаника са ДД не остварују значајне разлике на супскалама Инвентара проблематичног понашања.

Табела 31

Резултати постигнућа испитаника на супскалама Инвентара проблематичног понашања након контроле ефекта контролних варијабли

<i>Супскале</i>	<i>Коваријати и фактор</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Ета квадрат</i>
Самоповјеђујуће понашање – учесталост	Старост	1	57	1.471	.230	.025
	Равенов скор	1	57	.328	.569	.006
	Разумијевање говора	1	57	2.158	.147	.036
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	2.882	.095	.048
Самоповрјеђујуће понашање – тежина	Старост	1	57	2.321	.133	.039
	Равенов скор	1	57	.166	.685	.003
	Разумијевање говора	1	57	1.852	.179	.031
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	2.687	.107	.045
Стереотипно понашање – учесталост	Старост	1	57	2.137	.149	.036
	Равенов скор	1	57	.000	.994	.000
	Разумијевање говора	1	57	1.160	.286	.020
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	2.314	.134	.039
Стереотипно понашање – тежина	Старост	1	57	.874	.354	.015
	Равенов скор	1	57	.001	.973	.000
	Разумијевање говора	1	57	1.174	.283	.020
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	3.440	.069	.057
Агресија/деструкција – учесталост	Старост	1	57	.960	.331	.017
	Равенов скор	1	57	.423	.518	.007
	Разумијевање говора	1	57	3.197	.079	.053
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	.010	.923	.000
Агресија/деструкција – тежина	Старост	1	57	.145	.705	.003
	Равенов скор	1	57	.123	.727	.002
	Разумијевање говора	1	57	3.661	.061	.060
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	.000	.994	.000

df1 = степен слободe 1; *df2* = степен слободe 2; *F* = количник Ф; *p* = значајност; *Ета квадрат* = показатељ величине утицаја

Спирмановим коефицијентом корелације настојали смо да испитамо повезаност старости и постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања. Добијени резултати показују да је на супскали Агресија/деструкција– учесталост и Агресија/деструкција – тежина, у подзорку ЛИО утврђена средња, позитивна и статистички

значајна корелација са старошћу, што значи да старији испитаници испољавају већу учесталост и тежину Агресије/деструкције (Табела 32).

Табела 32

Анализа повезаности скорова на супскалама Инвентара проблематичног понашања и старости

Супскале	Подузорак	<i>N</i>	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>	Спирманов коэффициент корелације (<i>ρ</i>)	<i>p</i>
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	Лака	32	.03	.17	.031	-.244	.179
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	1.46	2.90	.53	-.087	.649
Самоповрјеђујуће понашање – тежина	Лака	32	.09	.53	.093	-.244	.179
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	1.40	2.72	.49	-.087	.649
Стереотипно понашање – учесталост	Лака	32	2.96	6.11	1.08	-.026	.888
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	6.90	6.24	1.14	-.136	.473
Стереотипно понашање – тежина	Лака	32	2.25	4.28	.75	.114	.534
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	6.00	5.53	1.01	-.080	.674
Агресија/деструк ција – учесталост	Лака	32	4.46	2.74	.48	.581**	.000
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	6.13	4.17	.76	.175	.355
Агресија/деструк ција – тежина	Лака	32	4.71	2.95	.52	.464**	.007
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	6.30	4.25	.77	.073	.701

N = број испитаника; *АС* = аритметичка средина; *СД* = стандардна девијација; *СГм* = стандардна грешка мерења; *ρ* = Спирманов коэффициент корелације; *p* = статистичка значајност

Ман Витнијевим *U* тестом су утврђиване разлике између мушкараца и жена на супскалама Инвентара проблематичног понашања. У подзоруку испитаника са ЛИО има 18 мушкараца и 14 жена, док у подзоруку испитаника са ДД има 14 мушкараца и 16 жена. Добијени резултати показују да жене имају значајно више скорове на супскали Самоповрјеђујуће понашање (учесталост/тежина), те да су на овим супскалама утврђене статистички значајне разлике (Табела 33).

Табела 33

Резултати испитаника на супскалама Инвентара проблематичног понашања у односу на пол

Супскале	Пол	<i>N</i>	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>	Ман витнијев <i>U</i>	Вилкоксо нов тест ранга	<i>Z</i>	<i>p</i>
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	М	32	.43	2.12	.37	347.50	875.500	-2.552	.011
	Ж	30	1.03	2.14	.39				
Самоповрјеђујуће понашање – тежина	М	32	.43	2.12	.37	346.50	874.500	-2.570	.010
	Ж	30	1.03	1.90	.34				
Стереотипно понашање – учесталост	М	32	4.90	5.95	1.05	446.50	911.500	-.484	.628
	Ж	30	4.83	7.02	1.28				
Стереотипно понашање – тежина	М	32	4.43	5.23	.92	417.00	882.00	-.913	.361
	Ж	30	3.66	5.30	.96				
Агресија/деструкција – учесталост	М	32	5.15	4.32	.76	415.50	943.50	-.915	.360
	Ж	30	5.40	2.63	.48				
Агресија/деструкција – тежина	М	32	5.28	4.34	.76	411.00	939.00	-.978	.328
	Ж	30	5.70	2.90	.52				

Z = *Z* скор; *p* = значајност; *N* = број испитаника; *АС* = аритметичка средина; *СД* = стандардна девијација; *СГм* = стандардна грешка мјерења

4.3. Приказ резултата на Скали за утврђивање психијатријских симптома код одраслих особа са развојним поремећајима

У овом одјелку дат је дескриптивни приказ резултата на *MINI PAS – ADD* скали за утврђивање психијатријских симптома у подзорцима испитаника са ЛИО, извршених тестирања разлика између група и поновљених тестирања разлика након контроле ефекта старости, Равеновог скорa и разумијевања говора.

У Табели 34 дат је дескриптивни приказ резултата на *MINI PAS – ADD* скали. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да подзорак испитаника са ДД остварује више скорове на свим супскалама *MINI PAS – ADD* скале. Такође, код обје групе испитаника су највише изражени симптоми депресивног поремећаја за којим слиједе симптоми ПСА.

Табела 34

Дескриптивни приказ резултата на MINI PAS – ADD скали

Супскале	Подзорак	<i>N</i>	Мин.	Макс.	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>
Депресија	Лака интелектуална ометеност	32	0	3	1.00	.88	.15
	Дуалне дијагнозе	30	0	18	6.63	4.64	.85
Анксиозност	Лака интелектуална ометеност	32	0	2	.28	.58	.10
	Дуалне дијагнозе	30	0	9	2.56	3.26	.60
Манија	Лака интелектуална ометеност	32	0	4	.53	1.01	.18
	Дуалне дијагнозе	30	0	17	4.96	4.37	.80
Опсесивно- компулсивни поремећај	Лака интелектуална ометеност	32	0	2	.15	.44	.07
	Дуалне дијагнозе	30	0	6	2.06	1.79	.36
Психоза	Лака интелектуална ометеност	32	0	1	.06	.24	.04
	Дуалне дијагнозе	30	0	11	3.73	2.87	.53

Неспецификовани поремећај	Лака интелектуална ометеност	32	0	1	.09	.29	.05
	Дуална дијагноза	30	0	4	1.33	1.44	.26
Поремећај из спектра аутизма	Лака интелектуална ометеност	32	0	4	1.09	1.30	.23
	Дуалне дијагнозе	30	0	16	5.73	4.09	.75

N = број испитаника; AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CGM = стандардна грешка мјерења

Примјеном једнофакторске анализе варијансе настојали смо да утврдимо да ли постоје разлике у постигнућима групе испитаника са ЛИО и испитаника са ДД у односу на супскале *MINI PAS – ADD* скале (Табела 35). Резултати су показали да на свим супскалама постоје статистички значајне разлике између поредбених група.

Табела 35

Разлике између поредбених група на супскалама MINI PAS – ADD скале

Супскале <i>MINI PAS – ADD</i>	$df1$	$df2$	F	p
Депресија	1	60	45.290	.000
Анксиозност	1	60	15.172	.000
Манија	1	60	31.139	.000
Опсесивно-компулзивни поремећај	1	60	33.878	.000
Психоза	1	60	51.786	.000
Неспецификовани поремећај	1	60	22.521	.000
Поремећај из спектра аутизма	1	60	37.131	.000

$df1$ = степен слободe 1; $df2$ = степен слободe 2; F = количник Ф; p = значајност

Једнофакторском анализом коваријансе испитиван је ефекат *старости*, *Равеновог скорa* и *разумијевања говора* на постигнућа на *MINI PAS – ADD* скали. Добијени резултати су показали да коваријат *старост* остварује значајан ефекат на супскали Опсесивно-компулзивни поремећај, док остали коваријати не остварују значајан ефекат на постигнућа на супскалама *MINI PAS – ADD* скале. Након контролосања ефекта коваријата, подузорок испитаника са ДД испољава више симптома психијатријских поремећаја од подузорка ЛИО (Табела 36).

Табела 36

Резултати постигнућа испитаника на MINI PAS – ADD скали након контролосања ефекта контролних варијабли

Супскале	Коваријати и фактор	$df1$	$df2$	F	p	Ета квадрат
Депресија	Старост	1	57	.037	.848	.001
	Равенов скор	1	57	.331	.568	.006
	Разумијевање говора	1	57	.866	.356	.015
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	36.598	.000	.391
Анксиозност	Старост	1	57	.029	.866	.001
	Равенов скор	1	57	.251	.618	.004

Манија	Разумијевање говора	1	57	2.756	.102	.046
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	18.834	.000	.248
	Старост	1	57	1.709	.196	.029
	Равенов скор	1	57	2.057	.157	.035
	Разумијевање говора	1	57	.525	.472	.009
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	23.448	.000	.291
Опсесивно-компулзивни поремећај	Старост	1	57	5.842	.019	.093
	Равенов скор	1	57	.839	.363	.015
	Разумијевање говора	1	57	1.118	.295	.019
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	25.180	.000	.306
Психоза	Старост	1	57	1.753	.191	.030
	Равен	1	57	.106	.746	.002
	Разумијевање говора	1	57	3.010	.088	.050
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	27.710	.000	.327
	Старост	1	57	.046	.831	.001
Неспецификовани поремећаји	Равенов скор	1	57	.052	.820	.001
	Разумијевање говора	1	57	.395	.532	.007
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	20.803	.000	.267
	Старост	1	57	.378	.541	.007
Поремећаји из спектра аутизма	Равенов скор	1	57	2.493	.120	.042
	Разумијевање говора	1	57	.018	.893	.000
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	21.180	.000	.271
	Старост	1	57	.378	.541	.007

$df1$ = степен слободe 1; $df2$ = степен слободe 2; F = количник Φ ; p = значајност; Eta квадрат = показатељ величине утицаја

Спирмановим коефицијентом корелације настојали смо да утврдимо везу између супскала *MINI PAS* – *ADD* скале и старости. Добијени резултати приказани у Табели 37 су показали да није утврђена статистички значајна повезаност са старошћу испитаника.

Табела 37

Анализа повезаности скорова на MINI PAS – ADD скали и старости

Супскале	Подузорак	N	AC	CD	CGM	Спирманов коефицијент корелације (ρ)	p
----------	-----------	-----	------	------	-------	---	-----

Депресија	Лака	32	1.00	.87	.15	.059	.647
	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	6.63	4.64	.85		
	дијагнозе						
Анксиозност	Лака	32	.28	.58	.10	-.034	.795
	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	2.56	3.26	.60		
	дијагнозе						
Манија	Лака	32	.53	1.01	.18	.021	.874
	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	4.96	4.37	.80		
	дијагнозе						
Опсесивно-	Лака	32	.15	.44	.07	-.198	.122
компулзивни	интелектуална						
поремећај	ометеност						
	Дуалне	30	2.06	1.79	.36		
	дијагнозе						
Психоза	Лака	32	.06	.24	.04	.041	.750
	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	3.73	2.87	.53		
	дијагнозе						
Неспецификовани	Лака	32	.09	.29	.05	-.035	.789
поремећај	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	1.33	1.44	.26		
	дијагнозе						
Поремећај из	Лака	32	1.09	1.30	.02	.093	.472
спектра аутизма	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	5.73	4.09	.75		
	дијагнозе						

N = број испитаника; AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CG = стандардна грешка мерења; ρ = Спирманов коефицијент корелације; p = статистичка значајност

У Табели 38 дати су дескриптивни показатељи оба подузорка на супскалама *MINI PAS* – *ADD* скале, код испитаника мушког и женског пола. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да су код мушкараца више изражени симптоми депресије, анксиозности, маније, неспецификованог поремећаја и ПСА, док су код жена више изражени психотични симптоми и симптоми опсесивно-компулзивног поремећаја.

Табела 38

Приказ резултата на MINI PAS – ADD скали према полу

Супскале	Пол	N	AC	CD	CG
Депресија	М	32	4.00	5.16	.91
	Ж	30	3.43	3.26	.59
Анксиозност	М	32	1.75	3.02	.53
	Ж	30	1.00	1.92	.35
Манија	М	32	3.21	4.79	.84
	Ж	30	2.10	2.35	.42

Опсесивно-компулзивни поремећај	М	32	.84	1.62	.28
	Ж	30	1.33	1.56	.28
Психоза	М	32	1.46	2.59	.45
	Ж	30	2.23	2.83	.51
Неспецификовани поремећај	М	32	.81	1.40	.24
	Ж	30	.56	.93	.17
Поремећај из спектра аутизма	М	32	3.90	4.69	.82
	Ж	30	2.73	2.40	.43

АС = аритметичка средина; *СД* = стандардна девијација; *СГм* = стандардна грешка мјерења

Ман Витнијевим *U* тестом су утврђиване разлике у односу на пол. Добијени резултати показују да ни на једној супскали није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол (Табела 39).

Табела 39

Разлике између полова на MINI PAS – ADD скали

<i>Супскале</i>	<i>Ман Витнијев U тест</i>	<i>Вилкоксонов тест ранга</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Депресија	453.50	981.50	-.378	.705
Анксиозност	431.00	896.00	-.797	.425
Манија	465.50	930.50	-.215	.830
Опсесивно-компулзивни поремећај	380.00	908.00	-1.609	.108
Психоза	394.00	922.00	-1.329	.184
Неспецификовани поремећаји	469.00	934.00	-.187	.852
Поремећај из спектра аутизма	470.50	935.50	-.136	.892

Z = *Z* скор; *p* = значајност

4.4. Приказ резултата испитаника на скали Квалитет пријатељства

У овом одјелку приказани су резултати испитаника са ЛИО и ДД на скали Квалитет пријатељства, извршених тестирања разлика између група и поновљених тестирања разлика након контроле ефекта старости, Равеновог скорa и разумијевања говора.

У Табели 40 дат је дескриптивни приказ резултата на супскалама Квалитета пријатељства. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да испитаници са ЛИО и ДД највише постигнуће биљеже на супскали Блискост, а најниже на супскали Конфликт.

Табела 40

Дескриптивни приказ резултата на скали Квалитет пријатељства

<i>Супскале</i>	<i>Подузорок</i>	<i>N</i>	<i>Мин.</i>	<i>Макс.</i>	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>
Пријатељство – дружење	Лака	32	1.75	4.50	2.35	.62	.11
	интелектуална ометеност	30	1.25	3.75	2.38	.75	.14
Пријатељство – конфликт	Лака	32	1.00	3.75	2.11	.55	.09
	интелектуална						

		ометеност					
Пријатељство – помоћ	Дуалне	30	1.25	2.75	2.09	.48	.09
	дијагнозе						
	Лака	32	2.40	4.60	3.25	.60	.11
Пријатељство – сигурност	интелектуална						
	ометеност						
	Дуалне	30	1.40	4.20	2.30	.66	.12
Пријатељство – блискост	дијагнозе						
	Лака	32	2.40	4.40	2.85	.50	.08
	интелектуална						
Пријатељство – блискост	ометеност						
	Дуалне	30	1.60	3.20	2.16	.41	.08
	дијагнозе						
Пријатељство – блискост	Лака	32	2.00	5.00	3.34	.94	.16
	интелектуална						
	ометеност						
Пријатељство – блискост	Дуалне	30	1.00	4.60	2.65	.80	.14
	дијагнозе						

N = број испитаника; AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CGM = стандардна грешка мјерења

Примјеном једнофакторске анализе варијансе настојали смо да утврдимо да ли постоје разлике у постигнућима групе испитаника са ЛИО и испитаника са ДД у односу на супскале Квалитета пријатељства (Табела 41). Резултати су показали да на супскалама Помоћ, Сигурност и Блискост постоји статистички значајна разлика између поредбених група.

Табела 41

Разлике између поредбених група на супскалама Квалитета пријатељства

Супскале	$df1$	$df2$	F	p
Пријатељство – дружење	1	60	.033	.857
Пријатељство – конфликт	1	60	.037	.848
Пријатељство – помоћ	1	60	34.733	.000
Пријатељство – сигурност	1	60	34.615	.000
Пријатељство – блискост	1	60	9.574	.003

$df1$ = степен слободе 1; $df2$ = степен слободе 2; F = количник Ф; p = значајност

Једнофакторском анализом коваријансе испитиван је ефекат *старости*, *Равеновог скор* и *разумијевања говора* на постигнућа на супскалама Квалитета пријатељства. Добијени резултати су показали да коваријат *старост* остварује значајан ефекат на постигнућа на супскали Дружење и Помоћ. Коваријати *Равенов скор* и *разумијевање говора* не остварују значајан ефекат на постигнућа на супскалама Квалитета пријатељства. Након контролисања ефекта коваријата подузорок испитаника са ЛИО остварује боља постигнућа од испитаника са ДД на супскалама Помоћ, Сигурност и Блискост (Табела 42).

Табела 42

Постигнућа испитаника на скали Квалитет пријатељства након контролисања ефекта контролних варијабли

Супскале	Коваријати и фактор	$df1$	$df2$	F	p	Ета квадрат
Пријатељство –	Старост	1	57	14.442	.000	.202

дружење	Равенов скор	1	57	.038	.845	.001
	Разумијевање говора	1	57	3.060	.086	.051
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	.366	.548	.006
	Старост	1	57	.409	.525	.007
Пријатељство – конфликт	Равенов скор	1	57	1.430	.237	.024
	Разумијевање говора	1	57	.798	.375	.014
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	.002	.962	.000
	Старост	1	57	10.190	.002	.152
Пријатељство – помоћ	Равенов скор	1	57	3.515	.066	.058
	Разумијевање говора	1	57	.036	.850	.001
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	21.965	.000	.278
	Старост	1	57	1.352	.250	.023
Пријатељство – сигурност	Равенов скор	1	57	2.162	.147	.037
	Разумијевање говора	1	57	.933	.338	.016
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	25.415	.000	.308
	Старост	1	57	.045	.834	.001
Пријатељство – блискост	Равенов скор	1	57	1.335	.253	.023
	Разумијевање говора	1	57	.604	.440	.010
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	7,112	.010	.111
	Старост	1	57	.045	.834	.001

df1 = степен слободе 1; *df2* = степен слободе 2; *F* = количник Ф; *p* = значајност; *Eta квадрат* = показатељ величине утицаја

Спирмановим коефицијентом корелације тежили смо да утврдимо везу између старости и постигнућа на супскалама Квалитета пријатељства. Резултати показују да су у подузорку испитаника са ЛИО, на супскалама Дружење и Помоћ утврђене средње, негативне и статистички значајне корелације са старашћу, тј. да порастом старосне доби опадају постигнућа на поменутих супскалама. У подузорку испитаника са ДД на супскали Дружење утврђена је средња и негативна корелација са старосном доби (Табела 43).

Табела 43

Анализа повезаности скорова на скали Квалитет пријатељства и старости

Супскале	Подузорок	<i>N</i>	<i>AC</i>	<i>CD</i>	<i>CGM</i>	Спирманов коэффициент корелације (<i>ρ</i>)	<i>p</i>
Пријатељство – дружење	Лака интелектуална ометеност	32	2.35	.62	.11	-.352**	.005

	Дуалне дијагнозе	30	2.38	.75	.14	-.469**	.009
Пријатељство – конфликт	Лака интелектуална ометеност	32	2.11	.55	.09	-.026	.842
	Дуалне дијагнозе	30	2.09	.48	.09	.084	.661
Пријатељство – помоћ	Лака интелектуална ометеност	32	3.25	.60	.11	-.407**	.001
	Дуалне дијагнозе	30	2.30	.66	.12	-.342	.064
Пријатељство – сигурност	Лака интелектуална ометеност	32	2.85	.50	.08	-.241	.059
	Дуалне дијагнозе	30	2.16	.41	.08	-.193	.307
Пријатељство- блискост	Лака интелектуална ометеност	32	3.34	.94	.16	-.085	.512
	Дуалне дијагнозе	30	2.65	.80	.14	-.258	.168

N = број испитаника; AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CGM = стандардна грешка мјерења; ρ = Спирманов коефицијент корелације; p = статистичка значајност

У Табели 44 дат је дескриптивни приказ резултата код мушког и женског пола, на супскалама Квалитета пријатељства, изражен кроз аритметичку средину, стандардну девијацију и стандардну грешку мјерења. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да мушкарци и жене постижу приближно уједначене вриједности на супскалама Квалитета пријатељства.

Табела 44

Дескриптивни приказ постигнућа на скали Квалитет пријатељства према полу

Супскале	Пол	N	AC	CD	CGM
Пријатељство – дружење	М	32	2.39	.65	.11
	Ж	30	2.34	.72	.13
Пријатељство – конфликт	М	32	2.10	.43	.07
	Ж	30	2.10	.59	.10
Пријатељство – Помоћ	М	32	2.83	.72	.12
	Ж	30	2.74	.86	.15
Пријатељство – сигурност	М	32	2.50	.46	.08
	Ж	30	2.53	.68	.12
Пријатељство – блискост	М	32	3.04	.91	.16
	Ж	30	2.97	.97	.17

AC = аритметичка средина; CD = стандардна девијација; CGM = стандардна грешка мјерења

Ман Витнијевим U тестом настојали смо да утврдимо разлике у постигнућима на супскалама Квалитета пријатељства у односу на пол. Резултати ове анализе су показали да није утврђена статистици значајна разлика у односу на пол, што значи да оба пола имају исту израженост димензија пријатељства (Табела 45).

Табела 45

Разлике између полова на скали Квалитет пријатељства

Супскале	Ман Витнијев <i>U</i> тест	Вилкоксонов тест ранга	<i>Z</i>	<i>p</i>
Пријатељство – дружење	451.50	916.50	-.408	.684
Пријатељство – конфликт	449.50	914.50	-.438	.662
Пријатељство – помоћ	436.00	901.00	-.623	.533
Пријатељство – сигурност	462.00	927.00	-.258	.796
Пријатељство – блискост	434.00	899.00	-.651	.515

Z = *Z* скор; *p* = статистичка значајност

4.5. Приказ резултата постигнућа на скали Усамљеност

У овом одјелу приказани су резултати испитаника са ЛИО и ДД на скали Усамљеност, извршених тестирања разлика између група и поновљених тестирања разлика након контроле ефекта старост, Равенов скор и разумијевање говора. У Табели 46 дат је дескриптивни приказ резултата испитаника са ИО на скали за процјену усамљености.

Табела 46

Приказ резултата на скали Усамљеност

Супскале	Подузорок	<i>N</i>	Мин.	Макс.	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>
Усамљеност	Лака	32	1	12	8.87	3.19	.56
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	3	12	8.83	2.26	.41
Социјално незадовољство	Лака	32	0	8	5.34	2.25	.39
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	2	11	7.36	1.93	.35

N = број испитаника; *АС* = аритметичка средина; *СД* = стандардна девијација; *СГм* = стандардна грешка мјерења

Примјеном једнофакторске анализе варијансе настојали смо да утврдимо да ли постоје разлике у постигнућима групе испитаника са ЛИО и испитаника са ДД у односу на супскале Усамљености (Табела 47). Резултати показују да је на супскали Социјално незадовољство утврђена статистички значајна разлика између поредбених група, тј. да испитаници са ДД показују значајно више скорове на супскали Социјално незадовољство.

Табела 47

Разлике између поредбених група на скали Усамљеност

Супскале	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Усамљеност	1	60	.003	.953
Социјално незадовољство	1	60	14.282	.000

df1 = степен слободе 1; *df2* = степен слободе 2; *F* = количник Ф; *p* = значајност

Једнофакторском анализом коваријансе испитиван је ефекат старости, Равеновог скор и разумијевања говора на постигнућа на супскалама Усамљености. Добијени резултати показују да коваријат Равенов скор остварује значајан ефекат на постигнућа на супскалама

Усамљеност и Социјално незадовољство. Коваријати *старост* и *разумијевање говора* не остварују значајан ефекат на постигнућа на супскалама Усамљености. Након контролисања ефекта коваријата, није утврђена значајна разлика између подузорака на супскалама Усамљеност и Социјално незадовољство (Табела 48).

Табела 48

Постигнућа испитаника на скали Усамљеност након контролисања ефекта контролних варијабли

Супскале	Коваријати и фактор	df1	df2	F	p	Ета квадрат
Усамљеност	Старост	1	57	.203	.654	.004
	Равенов скор	1	57	9.916	.003	.148
	Разумијевање говора	1	57	.040	.843	.001
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	1.548	.219	.026
Социјално незадовољство	Старост	1	57	1.094	.300	.019
	Равенов скор	1	57	5.093	.028	.082
	Разумијевање говора	1	57	1.262	.266	.022
	Припадност групи (ЛИО/ДД)	1	57	3.666	.061	.060

df1 = степен слободе 1; df2 = степен слободе 2; F = количник Ф; p = значајност; Ета квадрат = показатељ величине утицаја

Спирманов коефицијент корелације кориштен је ради утврђивања повезаности скорова на скали за процјену усамљености и старости испитаника. Добијени резултати показују да је на супскали Социјално незадовољство утврђена средња, позитивна и статистички значајна повезаност са старошћу испитаника, тј. порастом старосне доби се повећавају скорови на поменутој супскали (Табела 49).

Табела 49

Анализа повезаности скорова на скали Усамљеност и узраста

Супскале	Подузорок	N	АС	СД	СГм	Спирманов коефицијен корелације (ρ)	p
Усамљеност	Лака	32	8.87	3.19	.56	.150	.245
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	8.83	2.26	.41		
Социјално незадовољство	Лака	32	5.34	2.25	.39	.321*	.011
	интелектуална ометеност						
	Дуалне дијагнозе	30	7.36	1.93	.35		

N = број испитаника; АС = аритметичка средина; СД = стандардна девијација; СГм = стандардна грешка мјерења; ρ = Спирманов коефицијен корелације; p = статистичка значајност

У Табели 50 дат је дескриптивни приказ резултата на скали Усамљеност према полу. На основу приказаних просјечних вриједности уочавамо да на супскали Усамљеност мушкарци постижу више вриједности, док су на супскали Социјално незадовољство резултати приближно уједначени.

Табела 50

Приказ резултата на скали Усамљеност и пола

Супскале	Пол	<i>N</i>	<i>АС</i>	<i>СД</i>	<i>СГм</i>
Усамљеност	М	32	9.09	2.82	.49
	Ж	30	8.60	2.71	.49
Социјално незадовољство	М	32	6.28	2.00	.35
	Ж	30	6.36	2.65	.48

N = број испитаника; *АС* = аритметичка средина; *СД* = стандардна девијација; *СГм* = стандардна грешка мјерења

Ман Витнијевим *U* тестом утврђиване су разлике између испитаника мушког и женског пола. Резултати приказани у Табели 51 показују да на супскалама Усамљеност и Социјално незадовољство нису утврђене статистички значајне разлике према полу.

Табела 51

Разлике између полова на скали Усамљеност

Супскале	Ман Витнијев <i>U</i> тест	Вилкоксонов тест ранга	<i>Z</i>	<i>p</i>
Усамљеност	420.00	885.00	-.863	.388
Социјално незадовољство	458.00	986.00	-.320	.749

Z = *Z* скор; *p* = статистичка значајност

4.6. Однос између постигнућа на скалама за процјену маладаптивног понашања и квалитета пријатељства

У овом одјелу дат је приказ односа између учесталости МП мјереног Инвентаром проблематичног понашања и квалитета пријатељства мјереног скалом Квалитет пријатељства. Добијени резултати приказани у Табели 52 показују да постоји значајна повезаност супскала Квалитета пријатељства са супскалама Инвентара проблематичног понашања (Табела 52).

Табела 52

Повезаност између постигнућа испитаника са ИО на супскалама Квалитет пријатељства и супскалама Инвентара проблематичног понашања

Супскале	Самоповрјеђуће понашање – учесталост	Стереотипно понашање – учесталост	Агресија /деструкција – учесталост
Пријатељство – дружење	-.189	.230	-.118
Пријатељство – конфликт	-.150	-.018	-.332**
Пријатељство – помоћ	-.615**	-.386**	-.517**

Пријатељство – сигурност	-.519**	-.334**	-.200
Пријатељство – блискост	-.502**	-.028	-.105

ρ = Спирманов коефицијент корелације; * значајност на нивоу .05; ** значајност на нивоу .01

4.6.1. Однос квалитета пријатељства и маладаптивног понашања као двије групе варијабли

У циљу утврђивања повезаности између две групе варијабли, са једне стране квалитета пријатељства, а са друге МП, примјењена је каноничка корелациона анализа на коришћеним супскалама. Анализом су издвојене двије статистички значајане функције, односно начина на који се може разматрати повезаност ова два концепта (Табела 53).

Табела 53

Резултати каноничке корелационе анализе

Број каноничког корјена (каноничке функције)	<i>Rho</i>	<i>Lambda</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
1	.713	.306	66.834	15.000	.000
2	.581	.623	26.716	8.000	.001

Rho = коефицијент каноничке корелације; *Lambda* = карактеристични корјенови или својствене вриједности; χ^2 = хи квадрат тест; *df* = степен слободе; *p* = значајност

У Табели 54 дат је приказ првог каноничког фактора који се издвојио као значајан. Узимајући у обзир да је засићење фактора $\geq .3$ и да је истог предзнака као и канонички коефицијент, први канонички фактор показује негативну корелацију четири супскале Квалитета пријатељства (Дружење, Конфликт, Помоћ и Блискост) са супскалама Самоповрјеђујуће понашање – учесталост и Агресија/деструкција – учесталост, тј. виши маладаптивни проблеми воде нижим скоровима пријатељства.

Табела 54

Структура првог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефи- цијент	Засиће ње	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефи- цијент	Засићење
Пријатељство – дружење	.104	.408	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.434	-.827
Пријатељство – конфликт	.511	.546	Стереотипно понашање – учесталост	-.094	-.334
Пријатељство – помоћ	.736	.842	Агресија/деструкција – учесталост	-.666	-.916
Пријатељство – сигурност	-.311	.430			
Пријатељство – блискост	.387	.496			

У Табели 55 дат је приказ другог каноничког фактора који се издвојио као значајан. Узимајући у обзир да је засићење фактора $\geq .3$ и да је истог предзнака као и канонички коефицијент, други канонички фактор показује позитивну везу супскала Пријатељство – дружење и Пријатељство – блискост и супскале Стереотипно понашање – учесталост тј. израженије стереотипно понашање даје веће скорове на поменутим супскалама, као и негативну везу са супскалом Самоповрјеђујуће понашање – учесталост гдје виши скорови овог понашања воде нижим скоровима пријатељства. Поред тога постоји негативна веза супскале Пријатељство – помоћ са супскалом Стереотипно понашање – учесталост (израженије стереотипно понашање доводи до нижих скорова пријатељства) као и позитивна са супскалом Самоповрјеђујуће понашање – учесталост тј. израженије самоповрјеђујуће понашање води вишим скоровима пријатељства.

Табела 55

Структура другог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

<i>Канонички фактори лијевог скупа варијабли</i>	<i>Коефи- цијент</i>	<i>Засиће- ње</i>	<i>Канонички фактори десног скупа варијабли</i>	<i>Коефи- цијент</i>	<i>Засиће- ње</i>
Пријатељство – дружење	.403	.395	Самоповрјеђујуће понашање/учесталост	-1.002	-.409
Пријатељство – конфликт	.488	.146	Стереотипно понашање – учесталост	.818	.585
Пријатељство – помоћ	-1.157	-.322	Агресија/деструкција – учесталост	.606	.184
Пријатељство – сигурност	.291	.139			
Пријатељство – блискост	.843	.424			

4.7. Однос социјалне когниције и маладаптивног понашања

У овом одјелу приказани су резултати који се односе на релације СК и МП. Резултати ће бити приказани у двије цјелине – 1. Однос постигнућа на *ESCoT* тесту и постигнућа на Инвентару проблематичног понашања и 2. Однос постигнућа на *BICS* батерији и постигнућа на Инвентару проблематичног понашања.

4.7.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања

Спирманова корелација рангова коришћена је за утврђивање повезаности између супскала *ESCoT* теста и супскала Инвентара проблематичног понашања. Подаци приказани у Табели 56 показују да постоји негативна корелација између свих супскала Инвентара проблематичног понашања и постигнућа на *ESCoT* тесту – тј. што испитаници са ИО показују веће МП то су нижа постигнућа СК.

Табела 56

Повезаност између постигнућа на супскалама ESCoT теста и супскала Инвентара проблематичног понашања

Супскале Спирманов коефицијент корелације (ρ)	<i>ESCoT</i> – когнитивна <i>TOM</i>	<i>ESCoT</i> – афективна <i>TOM</i>	<i>ESCoT</i> – интерперсо- нално разумијевање социјалних норми	<i>ESCoT</i> – интраперсо- нално разумијевање социјалних норми	<i>ESCoT</i> – укупан скор
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.460**	-.335**	-.357**	-.324*	-.388**
Самоповрјеђујуће понашање – тежина	-.441**	-.317*	-.341**	-.307*	-.370**
Стереотипно понашање – учесталост	-.340**	-.289*	-.305*	-.263*	-.308*
Стереотипно понашање – тежина	-.385**	-.347**	-.332**	-.307*	-.347**
Агресија/деструкција – учесталост	-.347**	-.391**	-.374**	-.349**	-.371**
Агресија/деструкција – тежина	-.323*	-.350**	-.349**	-.323*	-.337**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; *значајност на нивоу .05; ** значајност на нивоу .01; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

4.7.2. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на супскалама Инвентара проблематичног понашања

За утврђивање повезаности између супскала *BICS* батерије и супскала Инвентара проблематичног понашања кориштена је Спирманова корелација рангова. Подаци приказани у Табели 57 показују да постоји негативна корелација између супскала Инвентара проблематичног понашања и постигнућа на супскалама *BICS* батерије, тј. што испитаници показују веће МП то су нижа постигнућа СК.

Табела 57

Повезаност постигнућа на супскалама BICS батерије и супскала Инвентара проблематичног понашања

Супскале	<i>COST (QM)</i> – <i>TOM</i> другог реда	<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	<i>COST (QI)</i> – <i>TOM</i> првог реда	<i>COST</i> (<i>QFSP</i>) – погрешан корак	<i>SKT</i> – тест социјалног знања
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.452**	-.471**	-.417**	-.286*	-.439**
Самоповрјеђујуће понашање –	-.437**	-.458**	-.394**	-.272*	-.425**

тежина					
Стереотипно понашање – учесталост	-.263*	-.041	-.082	.062	-.317*
Стереотипно понашање – тежина	-.291*	-.110	-.137	.041	-.360**
Агресија/деструкција – учесталост	-.556**	-.321*	-.308*	-.500**	-.473**
Агресија/деструкција – тежина	-.514**	-.317*	-.263*	-.458**	-.443**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; *значајност на нивоу 0,05; ** значајност на нивоу 0,01; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу QM; *SKT* = тест социјалног знања

4.8. Однос социјалне когниције и психијатријских симптома

У овом одјелку су приказани резултати који се односе на релације СК и психијатријских симптома. Резултати ће бити приказани у двије цјелине – 1. Однос постигнућа на *ESCoT* тесту и постигнућа на *MINI PAS – ADD* скали и 2. Однос постигнућа на *BICS* батерији и постигнућа на *MINI PAS – ADD* скали.

4.8.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на Мини скали психијатријске процјене код одраслих особа са развојним поремећајима

У овом одјелку приказан је однос између постигнућа на супскалама *ESCoT* теста и постигнућа на супскалама *MINI PAS – ADD* скале. На основу добијених резултата учавамо да постоје негативне корелације између супскала, што значи да испитаници који показују израженије психијатријске симптоме имају нижа постигнућа на *ESCoT* тесту, како на свим супскалама тако и на скали у цјелини. Средњи ниво корелације је забиљежен између супскала Депресија, Манија, Опсесивно-компулзивни поремећај, Психоза и супскала *ESCoT* теста. Средњи до висок ниво корелације је забиљежен између супскале ПСА и свих супскала *ESCoT* теста, тј. испитаници са израженијим симптомима аутизма показују ниже СК способности (Табела 58).

Табела 58

Повезаност постигнућа на супскалама MINI PAS – ADD скале и ESCoT теста

Супскале <i>ESCoT</i> теста	<i>ESCoT</i> – когнитивна <i>TOM</i>	<i>ESCoT</i> – афективна <i>TOM</i>	<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	<i>ESCoT</i> – укупан скор
Депресија	-.475**	-.461**	-.523**	-.446**	-.500**
Анксиозност	-.172	-.106	-.177	-.127	-.140

Манија	-.473**	-.385**	-.495**	-.434**	-.467**
Опсесивно- компулзивни поремећај	-.367**	-.336**	-.464**	-.349**	-.399**
Психоза	-.496**	-.486**	-.547**	-.481**	-.512**
Неспецификовани поремећај	-.180	-.185	-.251*	-.219	-.208
Поремећај из спектра аутизма	-.621**	-.547**	-.631**	-.579**	-.620**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; *значајност на нивоу .05; **значајност на нивоу .01; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције

4.8.2. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на Мини скали психијатријске процјене одраслих особа са развојним поремећајима

У овом одјелу је приказан однос између постигнућа на супскалама *BICS* батерије и супскала *MINI PAS – ADD* скале. На основу добијених резултата уочавамо да постоје негативне корелације између супскала, што значи да испитаници који показују израженије психијатријске симптоме имају нижа постигнућа на *BICS* батерији (Табела 59).

Табела 59

Повезаност постигнућа на супскалама MINI PAS – ADD скале и BICS батерије

Супскале	<i>COST (QM) – TOM другог реда</i>	<i>COST (QR) – несоцијално расуђивање</i>	<i>COST (QI) – TOM првог реда</i>	<i>COST (QFSP) – погрешан корак</i>	<i>SKT – тест социјалног знања</i>
Депресија	-.467**	-.330**	-.347**	-.186	-.524**
Анксиозност	-.105	-.051	-.133	-.129	-.250
Манија	-.461**	-.273*	-.298*	-.241	-.532**
Опсесивно- компулзивни поремећај	-.358**	-.270*	-.300*	-.122	-.422**
Психоза	-.630**	-.572**	-.456**	-.252*	-.552**
Неспецификовани поремећај	-.270*	-.184	-.044	-.099	-.292*
Поремећај из спектра аутизма	-.639**	-.464**	-.414**	-.282*	-.620**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; *значајност на нивоу .05; **значајност на нивоу .01; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (Q1)* = теорија ума првог реда; *COST (QSFP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу *QM*; *SKT* = тест социјалног знања

4.9. Однос социјалне когниције и квалитета пријатељства

У овом одјелку приказани су резултати који се односе на релације СК и квалитета пријатељства и усамљености. Резултати ће бити приказани у двије цјелине – 1. Однос постигнућа на *ESCoT* тесту и постигнућа на скалама Квалитет пријатељства и Усамљеност 2. Однос постигнућа на *BICS* батерији и постигнућа на скалама Квалитет пријатељства и Усамљеност.

4.9.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на скали Квалитет пријатељства

Спирмановим коефицијентом корелације рангова смо настојали утврдити повезаност између супскала Квалитета пријатељства и супскала *ESCoT* теста. У Табели 60 дати су резултати повезаности постигнућа на супскалама Квалитета пријатељства и *ESCoT* теста. (Табела 60). Утврђена је средња до висока позитивна повезаност између супскала квалитета пријатељства (помоћ, сигурност и блискост) и супскала *ESCoT* теста.

Табела 60

Повезаност постигнућа на скали Квалитет пријатељства и постигнућа на ESCoT тесту

Супскале	<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	<i>ESCoT</i> – укупан скор
Пријатељство – дружење	-.033	-.094	-.064	-.114	-.079
Пријатељство – конфликт	-.032	.000	-.123	-.180	-.072
Пријатељство – помоћ	.703**	.688**	.673**	.670**	.698**
Пријатељство – сигурност	.672**	.646**	.625**	.627**	.662**
Пријатељство – блискост	.583**	.383**	.462**	.488**	.504**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; *значајност на нивоу .05; **значајност на нивоу .01; *ESCoT* = Единбуршки тест социјалне когниције; ТОМ = теорија ума

4.9.1.1. Однос постигнућа на Единбуршком тесту социјалне когниције и постигнућа на скали Усамљеност

Спирмановим коефицијентом корелације рангова смо настојали утврдити повезаност између супскала Усамљености и супскала *ESCoT* теста.

Добијени резултати приказани у Табели 61 показују да су између супскале Социјално незадовољство и супскала *ESCoT* теста утврђене средње и негативне корелације, тј. виши скорови социјалног незадовољства су повезани са нижим скоровима на супскалама *ESCoT* теста.

Табела 61

Повезаност постигнућа на скали Усамљености и ESCoT теста

Супскале	ESCoT – когнитивна ТОМ	ESCoT – афективна ТОМ	ESCoT – интерперсонално разумијевање социјалних норми	ESCoT – интраперсонално разумијевање социјалних норми	ESCoT – укупан скор
Усамљеност	-.133	-.117	-.084	-.243	-.161
Социјално незадовољство	-.487**	-.574**	-.404**	-.474**	-.510**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; *значајност на нивоу .05; **значајност на нивоу .01; ESCoT = Единбуршки тест социјалне когниције; ТОМ = Теорија ума

4.9.2. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на скали Квалитет пријатељства

Спирмановим коефицијентом корелације рангова настојали смо утврдити повезаност између супскала Квалитета пријатељства и супскала BICS батерије. Добијене су средње до високе корелације између позитивних аспекта квалитета пријатељства и одређених супскала BICS батерије. Добијени резултати приказани су у Табели 62.

Табела 62

Повезаност постигнућа на скали Квалитет пријатељства и BICS батерији

Супскале	COST (QM) – ТОМ другог реда	COST (QR) – несоцијално расуђивање	COST (Q1) – ТОМ првог реда	COST (QFSP) – погрешан корак	SKT – тест социјалног знања
Пријатељство – дружење	-.157	.066	-.010	.441**	.063
Пријатељство – конфликт	.035	-.106	-.013	.031	-.048
Пријатељство – помоћ	.726**	.610**	.444**	.452**	.810**
Пријатељство – сигурност	.512**	.568**	.446**	.307*	.707**
Пријатељство – блискост	.251*	.678**	.397**	.062	.403**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; * значајност на нивоу .05; ** значајност на нивоу .01; COST (QM) = теорија ума другог реда; COST (QR) = несоцијално расуђивање; COST (Q1) = теорија ума првог реда; COST (QFSP) = задаци погрешног корака; COST (QC) = контролна питања која могу утицати на перформансу QM; SKT = тест социјалног знања; ТОМ = теорија ума

4.9.2.1. Однос постигнућа на Интегрисаној батерији тестова за процјену социјалне когниције и постигнућа на скали Усамљеност

Спирмановим коефицијентом корелације рангова тежили смо да утврдимо однос између супскала Усамљеност и Социјално незадовољство и супскала BICS батерије (Табела 63). Резултати су показали да постоји негативна повезаност између супскале Социјално незадовољство и супскала BICS батерије.

Табела 63

Повезаност постигнућа на скали Усамљеност и BICS батерији

Супскале	<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	<i>COST</i> (<i>QFSP</i>) – погрешан корак	<i>SKT</i> – тест социјалног знања
Усамљеност	-.021	-.047	-.230	-.013	-.048
Социјално нездовољство	-.542**	-.369**	-.475**	-.605**	-.668**

ρ = Спирманов коефицијент корелације; * значајност на нивоу .05; ** значајност на нивоу .01; *COST (QM)* = теорија ума другог реда; *COST (QR)* = несоцијално расуђивање; *COST (QI)* = теорија ума првог реда; *COST (QFSP)* = задаци погрешног корака; *COST (QC)* = контролна питања која могу утицати на перформансу QM; *SKT* = тест социјалног знања; TOM = теорија ума

4.10. Могућност предикције укупног скорa на Единбуршком тесту социјалне когниције

У одјелку који слиједи дат је приказ резултата регресионе анализе у циљу могућности предикције укупног скорa на *ESCoT* тесту преко сета предиктора. Добијени резултати показују да постоји значајна могућност предикције укупног постигнућа на *ESCoT* тесту у вриједности од 74% (Табела 64).

Табела 64

Значајност предикције укупног постигнућа на *ESCoT* тесту

<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
.860	.740	17.440	7.365	.000

R = униваријантни регресиони модел; *df* = степен слободe; *F* = коефицијент Ф; *p* = значајност

Регресиони коефицијенти показују да се издвојило шест посебних предиктора који дају јединствен допринос у објашњавању укупних СК способности на *ESCoT* тесту. Издвојило се следећих шест предиктора, супскала ПСА, манија, неспецификовани поремећај и три супскале квалитета пријатељства: Дружење, Помоћ и Блискост (Табела 65).

Табела 65

Значајност регресионих коефицијената

Предиктори	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	.114	.814	.420
Стереотипно понашање – учесталост	-.003	-.031	.976
Агресија/деструкција – учесталост	.012	.108	.915
Депресија	-.112	-.767	.447
Анксиозност	-.153	-1.274	.209
Манија	.344	2.176	.035
Опсесивно-компулзивни поремећај	-.149	-1.286	.205
Психоза	-.020	-.152	.880
Неспецификовани поремећај	.246	2.175	.035
Поремећај из спектра аутизма	-.337	-2.352	.023
Пријатељство – дружење	-.347	-3.409	.001
Пријатељство – конфликт	.113	1.026	.310
Пријатељство – помоћ	.392	2.162	.036
Пријатељство – сигурност	.081	.571	.571
Пријатељство – блискост	.291	2.115	.040
Усамљеност	-.091	-.853	.398

Социјално нездовољство	-.218	-1.612	.114
------------------------	-------	--------	------

Beta = регресиони коефицијент; *t* = Т тест; *p* = значајност

4.11. Могућност предикције укупног скорa на Тесту социјалног знања – *SKT*

У одјелку који слиједи дат је приказ резултата регресионе анализе у циљу могућности предикције скорa на Тесту социјалног знања – *SKT*, преко сета предиктора. Добијени резултати показују да постоји значајна могућност предикције укупног постигнућа на Тесту социјалног знања – *SKT* у вриједности од 72.9% (Табела 66).

Табела 66

Значајност предикције укупног постигнућа на тесту социјалног знања – SKT

<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
.854	.729	17. 440	6.969	.000

R = униваријантни регресиони модел; *df* = степен слободe; *F* = коефицијент Ф; *p* = значајност

Регресионом анализом издвојена су два посебна предиктора као значајна, који дају јединствен допринос у објашњавању укупних СК способности на Тесту социјалног знања – *SKT*. У питању су два посебна предиктора, супскеале Помоћ и Социјално нездовољство (Табела 67).

Табела 67

Значајност регресионих коефицијената

<i>Предиктори</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Самоповређујуће понашање – учесталост	.151	1.056	.297
Стереотипно понашање – учесталост	-.018	-.157	.876
Агресија/деструкција – учесталост	.044	.379	.707
Депресија	-.097	-.651	.519
Анксиозност	-.078	-.637	.527
Манија	.159	.989	.328
Опсесивно-компулзивни поремећај	-.064	-.539	.592
Психоза	-.152	-1.149	.257
Неспецификовани поремећаји	.230	1.993	.052
Поремећаји из спектра аутизма	-.286	-1.961	.056
Пријатељство – дружење	-.094	-.901	.372
Пријатељство – конфликт	.022	.194	.847
Пријатељство – помоћ	.381	2.056	.046
Пријатељство – сигурност	.124	.862	.394
Пријатељство – блискост	.058	.410	.684
Усамљеност	.101	.926	.359
Социјално нездовољство	-.338	-2.450	.018

Beta = регресиони коефицијент; *t* = Т тест; *p* = значајност

4.12. Однос између супскеала Единбуршког теста социјалне когниције и независних варијабли

У циљу утврђивања повезаности између две групе варијабли, са једне стране супскеала *ESCoT* теста, а са друге супскеала независних варијабли примјењена је

каноничка корелациона анализа на коришћеним супскалама. Анализом су издвојене три статистички значајне функције, односно начина на који се може разматрати повезаност ове двије групе варијабли (Табела 68).

Табела 68

Резултати каноничке корелационе анализе

Број каноничког корјена (каноничке функције)	<i>Rho</i>	<i>Lambda</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
1	.879	.024	186.186	68.000	.000
2	.804	.106	112.268	48.000	.000
3	.780	.300	60.252	30.000	.001

Rho = коефицијент каноничке корелације; *Lambda* = карактеристични корјенови или својствене вриједности; χ^2 = хи квадрат тест; *df* = степен слободе; *p* = значајност

У Табели 69 дат је приказ првог каноничког фактора који се издвојио као значајан. Узимајући у обзир да је засићење фактора $\geq .3$ и истог предзнака као и канонички коефицијент, резултати првог каноничког фактора показују негативну везу *ESCoT* – когнитивна ТОМ и *ESCoT* – интраперсонално разумијевање социјалних норми са супскалама ПСА и Социјалним незадовољством (виши скорови на овим супскалама воде нижим поменути скоровима *ESCoT* супскала) и позитивну везу са супскалом Пријатељство – блискост (виши скорови квалитета пријатељства воде вишем скору на супскалама *ESCoT* теста).

Табела 69

Структура првог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефицијент	Засићење	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефицијент	Засићење
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	-1.293	-.965	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.020	.436
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	.233	-.838	Стереотипно понашање – учесталост	.027	.146
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	.662	-.787	Агресија/деструкција – учесталост	.006	.398
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	-.528	-.887	Депресија	-.022	.384
			Анксиозност	.192	.194
			Манија	-.229	.467
			Опсесивно-компулзивни поремећај	-.077	.293
			Психоза	-.118	.451
			Неспецификовани поремећај	-.201	.196
			Поремећај из спектра аутизма	.403	.633

Пријатељство – дружење	.348	.005
Пријатељство – конфликт	-.345	-.174
Пријатељство – помоћ	-.198	-.716
Пријатељство – сигурност	-.065	-.616
Пријатељство – блискост	-.680	-.709
Усамљеност	.141	.324
Социјално незадовољство	.285	.595

У Табели 70 дат је приказ другог каноничког фактора који се издвојио као значајан. Како засићење каноничког фактора има вриједност $\geq .3$ и исти предзнак као и коефицијент, резултати другог каноничког фактора показују негативну везу *ESCoT* супскала (Афективна ТОМ, Интерперсонално и Интраперсонално разумијевање социјалних норми) са супскалама Опсесивно-компулзивни поремећај, Психоза и Пријатељство – конфликт (виши проблеми воде нижим поменути скоровима *ESCoT* супскала) и позитивну везу са супскалом Пријатељство – помоћ (виши скорови квалитета пријатељства воде вишем скору на супскалама *ESCoT* теста).

Табела 70

Структура другог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	-2.574	.160	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	.499	.243
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	.980	.391	Стереотипно понашање – учесталост	.001	-.230
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	1.416	.531	Агресија/деструкција – учесталост	.065	.057
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	.619	.447	Депресија	-.166	-.222
			Анксиозност	-.009	-.074
			Манија	.441	-.105
			Опсесивно- компулзивни поремећај	-.556	-.334
			Психоза	-.378	-.336
			Неспецификовани поремећај	.110	-.211
			Поремећај из спектра аутизма	-.044	-.181

Пријатељство – дружење	-.183	-.182
Пријатељство – конфликт	-.419	-.305
Пријатељство – помоћ	.300	.357
Пријатељство – сигурност	.136	.276
Пријатељство – блискост	-.697	-.179
Усамљеност	-.073	-.167
Социјално незадовољство	-.006	-.317

У Табели 71 дат је приказ трећег каноничког фактора који се издвојио као значајан. Узимајући у обзир да је засићење фактора $\geq .3$ и истог предзнака као и канонички коефицијент, резултати трећег каноничког фактора показују негативну везу *ESCoT* – интерперсонално разумијевање социјалних норми са супскалама Самоповрјеђујуће понашање – учесталост, Анксиозност, Опсесивно-компулзивни поремећај и Психоза (виши скорови на независним варијаблама воде нижем скору Интерперсоналног разумијевања социјалних норми) и позитивну везу са супскалом Социјално незадовољство (виши скорови Социјалног незадовољства воде вишем скору *ESCoT* – интерперсонално разумијевање социјалних норми).

Табела 71

Структура трећег каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефи- цијент	Засиће- ње	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефи- ци- јент	Засиће- ње
<i>ESCoT</i> – когнитивна ТОМ	1.122	.124	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.343	-.504
<i>ESCoT</i> – афективна ТОМ	-1.732	-.116	Стереотипно понашање – учесталост	-.049	-.441
<i>ESCoT</i> – интерперсонално разумијевање социјалних норми	2.321	.297	Агресија/деструкција – учесталост	-.028	-.197
<i>ESCoT</i> – интраперсонално разумијевање социјалних норми	-1.643	.018	Депресија	-.188	-.313
			Анксиозност	-.464	-.437
			Манија	.426	-.137
			Опсесивно- компулзивни поремећај	-.460	-.491
			Психоза	-.208	-.305
			Неспецификовани поремећај	.275	-.174
			Поремећај из спектра аутизма	-.031	-.207
			Пријатељство –	-.292	-.064

дружење		
Пријатељство – конфликт	-.202	-.084
Пријатељство – помоћ	.364	.034
Пријатељство – сигурност	-.506	-.026
Пријатељство – блискост	.189	.208
Усамљеност	.061	.401
Социјално незадовољство	.596	.375

4.13. Однос између супскала Интегрисане батерије тестова за процјену социјалне когниције и независних варијабли

У циљу утврђивања повезаности између две групе варијабли, са једне стране супскала *BICS* батерије, а са друге супскала независних варијабли примјењена је каноничка корелациона анализа на коришћеним супскалама. Анализом су издвојене четири статистички значајане функције, односно начина на који се може разматрати повезаност ове двије групе варијабли (Табела 72).

Табела 72

Резултати каноничке корелационе анализе

Број каноничког корјена (каноничке функције)	<i>Rho</i>	<i>Lambda</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
1	.928	.008	242.342	68.000	.000
2	.884	.056	143.829	48.000	.000
3	.762	.257	67.903	30.000	.000
4	.622	.613	24.493	14.000	.040

Rho = коефицијент каноничке корелације; *Lambda* = карактеристични корјенови или својствене вриједности; χ^2 = хи квадрат тест; *df* = степен слободе; *p* = значајност

У Табели 73 дата је структура првог каноничког фактора, односно прве значајне функције (начина) на који се може посматрати повезаност супскала *COST* са независним варијаблама. Добијени резултати показују негативну везу *COST (QR)* – несоцијално расуђивања и *COST (QI)* – ТОМ првог реда са супскалама Усамљеност и Социјално незадовољство (виши скорови на овим супскалама су повезани са нижим скоровима на поменутим супскалама *COST*), као и позитивну везу са супскалама Пријатељство – дружење и Пријатељство – блискост (виши квалитет пријатељства води вишим скоровима на *COST* супскалама).

Табела 73

Структура првог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	1.429	-.012	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.344	.194
<i>COST (QR)</i> – несоцијално	-1.078	-.572	Стереотипно понашање –	-.061	-.360

расуђивање			учесталост		
<i>COST (Q1)</i> – ТОМ	-.688	-.462	Агресија/деструкција	-.047	.000
првог реда			– учесталост		
<i>COST (QSFP)</i> –	-.413	-.197	Депресија	-.102	-.080
погрешан корак					
			Анксиозност	-.030	-.078
			Манија	-.314	-.138
			Опсесивно-	.201	.134
			компулзивни		
			поремећај		
			Психоза	.256	.234
			Неспецификовани	-.069	-.108
			поремећај		
			Поремећај из спектра	.167	-.021
			аутизма		
			Пријатељство –	-.394	-.528
			дружење		
			Пријатељство –	-.224	.174
			конфликт		
			Пријатељство –	.544	-.203
			помоћ		
			Пријатељство –	-.064	-.414
			сигурност		
			Пријатељство –	-.897	-.721
			блискост		
			Усамљеност	.300	.367
			Социјално	.269	.354
			незадовољство		

У Табели 74 дата је структура другог каноничког фактора који се издвојио као значајан. Како је засићење фактора $\geq .3$ и истог је предзнака као и канонички коефицијент, други канонички фактор показује негативну везу супскала *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање и *COST (QSFP)* – погрешан корак са супскалама Агресија/деструкција– учесталост, Психоза, ПСА и Социјално незадовољство (више изражени ови симптоми воде нижим вриједностима на *COST* супскалама). Такође, други канонички фактор показује и позитивну везу са супскалом Пријатељство – помоћ (више вриједности на овој супскали воде вишим скоровима на *COST* супскалама).

Табела 74

Структура другог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићење

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	-.871	-.892	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.023	.336
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	-.115	-.598	Стереотипно понашање – учесталост	.016	.430
<i>COST (Q1)</i> – ТОМ првог реда	.350	-.474	Агресија/ деструкција – учесталост	.225	.640

<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	-.436	-.735	Депресија	.016	.430
			Анксиозност	.079	.184
			Манија	-.201	.400
			Опсесивно-компулзивни поремећај	-.108	.304
			Психоза	.188	.588
			Неспецификовани поремећај	-.039	.312
			Поремећај из спектра аутизма	.220	.547
			Пријатељство – дружење	.099	-.152
			Пријатељство – конфликт	.200	-.155
			Пријатељство – помоћ	-.928	-.859
			Пријатељство – сигурност	.023	-.455
			Пријатељство – блискост	.400	-.211
			Усамљеност	-.198	-.183
			Социјално незадовољство	.219	.688

У Табели 75 приказана је структура трећег каноничког фактора који се показао као значајан. Узимајући у обзир да је засићење фактора $\geq .3$ и истог предзнака као и канонички коефицијент, трећи канонички фактор показује негативну везу супскала *COST (QM)* – ТОМ другог реда и *COST (QR)* – несоцијално расуђивање са Психозом и Пријатељство – дружење (више изражени скорови на овим супскалама воде нижим вриједностима на *COST* супскалама). Такође, трећи канонички фактор показује и позитивну везу са супскалом Пријатељство – блискост (нижи скорови на супскали Блискост воде вишим скоровима *COST* супскала). Поред тога постоји и позитивна веза супскала *COST (QSFP)* – погрешан корак са Психозом и Пријатељство – дружење (виши скорови воде вишим вриједностима *COST*), као и негативна веза са супскалом Пријатељство – блискост (нижи скорови на овој супскали воде вишим вриједностима на *COST (QSFP)* – погрешан корак).

Табела 75

Структура трећег каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

Канонички фактори лијевог скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње	Канонички фактори десног скупа варијабли	Коефици- јент	Засиће- ње
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	-.550	-.340	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	-.315	.069
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	-.469	-.558	Стереотипно понашање – учесталост	.105	.285
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	.203	-.220	Агресија/деструкција – учесталост	-.212	-.123

<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	.918	.649	Депресија	.270	.155
			Анксиозност	.103	-.062
			Манија	-.599	.057
			Опсесивно- компулзивни поремећај	.267	.187
			Психоза	.318	.324
			Неспецификовани поремећај	-.103	.103
			Поремећај из спектра аутизма	-.091	.205
			Пријатељство – дружење	.845	.576
			Пријатељство – конфликт	-.326	.005
			Пријатељство – помоћ	-.373	-.115
			Пријатељство – сигурност	.233	-.251
			Пријатељство – блискост	-.807	-.346
			Усамљеност	-.153	-.266
			Социјално незадовољство	-.224	-.231

У Табели 76 дата је структура четвртог каноничког фактора који се издвојио као значајан. Како је вриједност засићења каноничког фактора $\geq .3$ и истог је предзнака као и канонички коефицијент, четврти канонички фактор показује негативну везу *COST (QM)* – ТОМ другог реда и *COST (QI)* – ТОМ првог реда са супскалама Пријатељство – дружење, Усамљеност и Социјално незадовољство (виши скорови на овим супскалама воде нижим *COST* скоровима).

Табела 76

Структура четвртог каноничког фактора, канонички коефицијенти и засићења

<i>Канонички фактори лијевог скупа варијабли</i>	<i>Коефици- јент</i>	<i>Засиће- ње</i>	<i>Канонички фактори десног скупа варијабли</i>	<i>Коефици- јент</i>	<i>Засиће- ње</i>
<i>COST (QM)</i> – ТОМ другог реда	.177	.300	Самоповрјеђујуће понашање – учесталост	.067	.052
<i>COST (QR)</i> – несоцијално расуђивање	-.915	-.057	Стереотипно понашање – учесталост	.082	.178
<i>COST (QI)</i> – ТОМ првог реда	1.245	.717	Агресија/деструкција – учесталост	-.130	-.014
<i>COST (QSFP)</i> – погрешан корак	-.272	-.009	Депресија	.041	.002
			Анксиозност	-.428	-.176
			Манија	-.053	-.180
			Опсесивно-	-.320	-.151

компулзивни		
поремећај		
Психоза	-.049	.039
Неспецификовани	.415	.070
поремећај		
Поремећај из спектра	-.147	-.167
аутизма		
Пријатељство –	-.536	-.420
дружење		
Пријатељство –	.182	.079
конфликт		
Пријатељство –	-.430	-.082
помоћ		
Пријатељство –	-.008	-.062
сигурност		
Пријатељство –	-.013	-.145
блискост		
Усамљеност	-.718	-.615
Социјално	-.217	-.349
незадовољство		

V ДИСКУСИЈА

5.1. Дискусија резултата који су у вези са првом хипотезом

С обзиром на то да је наша прва хипотеза гласила да се претпоставља да, код одраслих особа са ИО неће постојати разлике у СК способностима у односу на социо-демографска обиљежја, у тексту који слиједи продискутовани су резултати који су добијени процјеном СК код испитаника са ИО и испитаника ТР на *ESCoT* тесту и *BICS* батерији у односу на старост и пол. Резултати нашег истраживања показују да у подзорку испитаника ТР старењем опадају способности СК на свим супскалама *ESCoT* теста, а расту на неким супскалама *BICS* батерије (ТОМ првог реда – *COST (Q1)*, Погрешан корак – *COST (QSFP)* и Тест социјалног знања – *SKT*). На *ESCoT* тесту нису утврђене разлике између мушких и женских испитаника, док на *BICS* батерији те разлике постоје на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање. У подзорку испитаника са ЛИО на *ESCoT* тесту старењем опадају способности на афективној ТОМ, док на *BICS* батерији старењем опадају способности на супскалама Погрешан корак – *COST (QSFP)* и Тест социјалног знања – *SKT*. У подзорку испитаника са ДД старењем опадају способности на *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање, Погрешан корак – *COST (QSFP)* и Тесту социјалног знања – *SKT*, а између мушких и женских испитаника постоји разлика на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање.

5.1.1. Способности социјалне когниције код одраслих особа типичног развоја у односу на старост и пол

Резултати нашег истраживања на *ESCoT* тесту показали су да у подзорку испитаника ТР старењем опадају способности на когнитивној и афективној ТОМ, интерперсоналном и интраперсоналном разумијевању социјалних норми. Когнитивна ТОМ се односи на способност доношења закључака о мислима, намјерама и увјерењима других особа, док афективна ТОМ подразумева способност закључивања о осјећањима других. Интерперсонално разумијевање социјалних норми представља способност особе да разумије суптилна друштвена правила, док се интраперсонално разумијевање социјалних норми односи на увид у сопствено понашање у односу на постављене социјалне норме. Слично као у нашем истраживању, резултати неких других студија код испитаника ТР, показују да старије одрасле особе имају слабије перформансе од млађих: у когнитивној емпатији (Bailey et al., 2008), когнитивној и афективној ТОМ, интерперсоналном разумијевању социјалних норми и укупном скору *ESCoT* теста (Baksh et al., 2018; Baksh et al., 2020), когнитивној ТОМ (Bottiroli et al., 2016) и когнитивној и афективној ТОМ (Henry et al., 2013). У једној турској студији истиче се да нема разлике у перформансама афективне ТОМ између млађих и старијих испитаника, тј. да она остаје релативно очувана у старости (Yildirim et al., 2019).

Неки аутори истичу да дефицит когнитивне ТОМ током старења настаје оштећењем егзекутивних функција (Bailey & Henry, 2008; Charlton et al., 2009; Phillips et al., 2011), док други наводе да утицај егзекутивних функција на афективну ТОМ није потврђен (Bottiroli et al., 2016; Duval et al., 2011; Yıldirim et al., 2019). Бакш и сарадници (Baksh et al., 2020) сугеришу да егзекутивне функције нису предиктори успјеха ни на једној супскали *ESCoT* теста.

Такође, тестови за процјену ТОМ засновани на видео-материјалу показали су да старије одрасле особе имају знатно лошија постигнућа од млађих особа (Slessor et al., 2007; Sullivan & Ruffman, 2004). У једној од ријетких студија које испитују разумијевање социјалних норми код особа ТР, Халберштат и сарадници (Halberstadt et al., 2014) долазе до закључка да су старије особе лошије у разликовању социјално прихватљивих и неприкладних понашања у кратким видео-записима.

Испитујући менталне репрезентације првог и другог реда неки истраживачи долазе до резултата који указују на негативну везу између старења и учинка на когнитивним задацима ТОМ (Maylor et al., 2002; Sullivan & Ruffman, 2004, према Kemp et al., 2012). Приликом поређења резултата млађих и старијих испитаника на тесту Читање ума у очима (*Reading the Mind in the Eyes*, Baron-Cohen et al., 1997) добијене су значајне разлике у корист млађих испитаника. Надаље, истраживања показују да ефекат старења у случају различитих задатака ТОМ није исти, те да је старење повезано са смањеним учинком на визуелним задацима. Једно истраживање наводи да снижење у капацитету ТОМ постаје статистички значајно после 55. године старости (Pardini & Nichelli, 2009). Дувал и сарадници (Duval et al., 2011) истичу да се оштећење когнитивне ТОМ јавља тек после 70 година старости. Исти аутори наглашавају да су старији испитаници мање успјешни од млађих током објективне процјене когнитивне и афективне ТОМ, док те разлике нису постојале приликом субјективне процјене. Ботироли и сарадници (Bottiroli et al., 2016) су код одраслих особа ТР мјерили когнитивну и афективну ТОМ користећи Тест погрешног корака. Резултати су показали да старије особе имају лошију учинак на когнитивној ТОМ, али и нетакнуте способности афективне ТОМ. Такође, разумијевање утицаја старости на СК је важно узимајући у обзир да је она повезана са социјалним функционисањем у стварном свијету (блискост, величина социјалне мреже и број веза које појединци остварују) (Radecki et al., 2019). Ово је посебно значајно за старију популацију због високог нивоа усамљености уоченог код старијих одраслих особа (Victor & Yang, 2012, према Baksh et al., 2020).

Већина студија које су биле фокусиране на утицај старења на ТОМ је ограничена на разматрање само једног аспекта ТОМ, те неслагања између студија могу бити објашњена типом задатка који се користи приликом процјене ТОМ. Разлике у типовима ТОМ се заснивају на процјени афективне „врुће“ или когнитивне „хладне“ ТОМ кроз вербално или визуелно представљање стимулуса. Док „врућа“ ТОМ захтјева разумјевање туђих емоција, афективних стања или осјећања кроз представљање визуелних задатака или вербалних наратива који описују емоције протагониста, „хладна“ ТОМ захтјева разумјевање когнитивних стања, вјеровања, мисли и намјера и процјењује се тражењем од испитаника разумјевање сарказма, бијелих лажи, лажног вјеровања и сл. (Henry et al., 2013). Тако студије које су мјериле утицај старења на когнитивну и афективну ТОМ дају мјешовите налазе. Истраживања која су користила невербалне задатке извјештавају о негативној вези између старења и когнитивне и афективне ТОМ (Duval et al., 2011; Rakoczy et al., 2012), док студије које су користиле вербалне задатке наводе негативан утицај старења на постигнућа у оквиру задатака когнитивне ТОМ, али не и афективне ТОМ (Li et al., 2013; Wang & Su, 2013). Ови различити методолошки аспекти и начини представљања стимулуса могу проузроковати да различите перформансе на задацима ТОМ буду под утицајем неких других процеса као што је радна меморија. Да би се елиминисао утицај типа задатака на обје компоненте ТОМ императив је да се оне процјењују у оквиру истог теста (све према Ruitenberg et al., 2020).

Раимо и сарадници (Raimo et al., 2022) наводе да афективна ТОМ почиње да слаби након 60. године (на невербалним задацима, али не и на друштвеним причама), док когнитивна ТОМ почиње да опада након 70. године и независна је од модалитета задатка (вербални насупрот невербалних). Они сматрају да старење утиче на ТОМ без обзира на опште образовање и општи ниво когнитивног функционисања.

Резултати испитаника ТР, добијени на *BICS* батерији, показали су да на супскали ТОМ другог реда – *COST (QM)* постоји средња, негативна и статистички значајна корелација са узрастом, што значи да постигнућа испитаника опадају са порастом животне доби. ТОМ другог реда је последњи (најсложенији) развојни стадијум ТОМ и односи се на вјеровање особе А о вјеровању особе Б, дакле на симултано преузимање двије перспективе.

Значајан утицај старења на нижа постигнућа у оквиру различитих задатака ТОМ проналазимо и у другим студијама (Bailey et al., 2008; Castelli et al., 2010; German & Nehman,

2006; Maylor et al., 2002; McKinnon & Moscovitch, 2007; Phillips et al., 2011; Saltzman et al., 2000; Sullivan & Ruffman, 2004, све према Henry et al., 2013). Тако Бејли и сарадници (Bailey et al., 2008), испитујући утицај старења на ТОМ, проналазе да слабије постигнуће старијих испитаника може бити повезано са нижим нивоом социјалне партиципације која настаје као посљедица усамљености и лошијег здравственог стања.

Конг и сарадници (Kong et al., 2022) сматрају, да иако аспекти генералних когнитивних способности (радна меморија, флуидна интелигениција и брзина процесуирања) корелирају са успјехом на задацима СК, они не могу потпуно објаснити лошији успјех старијих особа у односу на млађе. Оно што се истиче овим истраживањем је да лошије перформансе СК код старијих особа могу бити узроковане преклапајућим, али и независним утицајем региона мозга који посредују општим когнитивним способностима и СК.

Даље, у нашем истраживању, у подзорку испитаника ТР, на супскалама ТОМ првог реда – *COST (Q1)*, погрешан корак – *COST (QSFP)* и Тест социјалног знања – *SKT* забиљежене су средње и позитивне коелације са узрастом, што значи да постигнућа испитаника у овим доменим расту са порастом животне доби. ТОМ првог реда подразумева рекурзивно размишљање првог нивоа („ја мислим да ти мислиш“), тј. вјеровање о непосредним догађајима. У задацима погрешног корака се тражи од испитаника да процјени да ли се главни лик понашао на непримјерен начин у датој социјалној ситуацији, док се у тесту социјалног знања од испитаника тражи да наведе емоцију коју би осјетила већина особа у хипотетичким социјалним ситуацијама.

У првој, али можда најцитираној студији са одраслим особама ТР, Хапе и сарадници (Happé et al., 1998) такође проналазе побољшања у капацитету ТОМ порастом животне доби. У овој студији старији испитаници су били успјешнији од млађих у декодирању ироније и сарказма и ситуацијама које се заснивају на кршењу социјалних норми. Дајући објашњење за своје резултате они наводе да су старије особе „мудрије“⁴ а кључни елемент мудрости су социјалне вјештине. Супротне резултате проналазимо у једној француској студији у којој се истиче да су испитаници старији од 50 година значајно лошији од млађих испитаника на Тесту социјалног знања (Lajoie et al., 2014, према Thibaut et al., 2018).

Занимљиви налази долазе из једног кинеског истраживања које је, користећи вербалне стимулусе, утврдило да мотивација (која се мјерила нивоом перципиране блискости између истраживача и испитаника) игра значајну улогу у разумијевању погрешног корака. Резултати овог истраживања наводе да су старије одрасле особе у условима појачане мотивације једнако тачно као и млађе препознавале погрешан корак, док су у условима недостатка мотивације показивале лошије налазе од млађих одраслих особа (Zhang et al., 2013). У новијој студији аутори су поред вербалног задатка уврстили и задатак видео-анимација и дошли до закључка да су и у условима појачане мотивације старије особе биле лошије од млађих на визуелном, али не и на вербалном задатку, што објашњавају визуелним модалитетом задатка који је когнитивно захтјевнији (Zhang et al., 2018).

Иако у нашем истраживању, у подзорку особа ТР, на свим супскалама *ESCoT* теста, жене постижу више просјечне вриједности од мушкараца, није утврђена статистички значајна разлика између мушких и женских испитаника. Бакш и сарадници (Baksh et al., 2020) наглашавају да су жене успјешније на задацима афективне ТОМ, а да нису утврђене разлике у когнитивној ТОМ и разумијевању социјалних норми. Такође, наводи се да жене више ангажују емоционалне области мозга током СК задатака, тако да је њихова предност очигледнија на задацима афективне ТОМ (Christov-Moore et al., 2014; Nolaker et al., 2018). Навара-Бентура и сарадници (Navarra-Ventura et al., 2017), упоређујући когнитивну и афективну ТОМ између мушких и женских испитаника ТР и особа са СХ, долазе до закључка да жене имају благу предност у односу на мушкарце, али те разлике нису статистички значајне.

⁴ Способност препознавања људске природе (Clayton, 1982, p. 315)

Истраживања ТОМ указују на разлике у стратегијама које користе мушкарци и жене приликом обраде социјалних информација. Жене се сматрају јачим „емпатизерима“, а мушкарци јачим „систематизерима“ (Baron-Cohen et al., 2005). Према овој психолошкој теорији родних разлика жене су склоније емпатичном стилу – идентификацији менталних стања других, како би предвидјеле њихово понашање и одговориле са одговарајућом емоцијом. Са друге стране мушкарци су у просјеку склонији систематизујућем стилу, тј. предвиђању и одговору на понашање других кроз закључивање о правилима која управљају тим понашањем. Ову теорију подржавају бихевиоралне студије које показују да жене, у поређењу са мушкарцима, имају боље резултате на тестовима који се односе на афективну димензију СК, као што је препознавање емоција, социјална осјетљивост, емпатија и емоционална интелигенција, што представља древни биолошки феномен настао еволуцијом жена да детектују и адаптивно реагују на сигнале новорођенчади (Adenzato et al., 2017). Додатно, нека истраживања наводе да су жене успјешније од мушкараца у процјењивању менталних стања путем израза лица (Isernia et al., 2020; Kirkland et al., 2013).

Испитујући полне разлике испитаника TP на *BICS* батерији, добили смо да жене имају више скорове од мушкараца на супскалама ТОМ другог реда – *COST (QM)*, несоцијално расуђивање – *COST (QR)*, погрешан корак – *COST (QSFP)*, и тест социјалног знања – *SKT*, док је статистички значајна разлика пронађена једино на супскали несоцијално расуђивање – *COST (QR)*. Под несоцијалним расуђивањем се подразумијева доношење закључака о узроку догађаја у стварном свијету који није повезан са радњама или мишљењем актера догађаја.

Са друге стране, нека истраживања наводе да је полна разлика у корист жена, на задацима ТОМ, присутна у млађем добу, и постаје мање значајна са порастом животне доби (Charman et al., 2002; Tarin, 2014), док неке студије наглашавају женску предност и у одраслом добу (Baron-Cohen & Hammer, 1997).

На основу добијених резултата препоручујемо да наредна истраживања укључе већи број испитаника оба пола као и више узрасних категорија како бисмо могли поузданије утврдити да ли старење и пол условљавају разлике у способностима СК. Такође, у будућим истраживањима требало би тежити откривању механизма који стоје у основи ових разлика.

5.1.2. Способности социјалне когниције код особа са лаком интелектуалном ометеношћу и дуалним дијагнозама у односу на старост и пол

Резултати нашег истраживања на *ESCoT* тесту показали су да у подзорку испитаника са ЛИО старењем опадају способности на супскали афективна ТОМ, тј. опадају њихове способности доношења закључака о осјећањима других. Ешкрофт и сарадници (Ashcroft et al., 2010) у студији са одраслим особама са ИО, наводе како је пролазност на задацима ТОМ значајно нижа него код адолесцената са ИО и закључују да ове способности опадају старењем. Такође, ова студија је показала да 12 седмица након тренинга испитаници млађи од 50 година имају повећану способност проласка на ТОМ задацима што имплицира да се дефицит ТОМ може повезати са учењем, а не само са органским оштећењем.

Раније студије у којима су испитивани ефекти календарског узраста на перформансе ТОМ код особа са ИО дају неконзистентне налазе. У истраживању Јирмије и сарадника (Yirmiya et al., 1998) наводи се да ове вјештине генерално опадају са годинама. Величина ефекта је била значајно већа код особа са ИО изнад 17 година старости него код оних између 13 и 16 година, а постигнућа на задацима ТОМ су опадала после 17. године. Такође, наводи се да је постигнуће одраслих испитаника са ИО знатно боље од постигнућа адолесцената са ИО (73% успјешних насупрот 44%) (Charman et al., 1998), или да календарски узраст није значајан предиктор постигнућа (Yirmiya et al., 1996). Према наводима Бакша и сарадника (Baksh et al., 2018) ТОМ није једнодимензионални концепт и није неосновано очекивати да старосна доб корелира само са једним њеним сегментом као што је случај и у нашем истраживању.

Резултати добијени на *BICS* батерији показују да су код испитаника са ДД на супскалама ТОМ другог реда – *COST (QM)*, несоцијално расуђивање – *COST (QR)*, погрешан корак – *COST (QSFP)* и социјално знање – *SKT*, а код испитаника са ЛИО на супскалама *COST (QSFP)* – погрешан корак и *SKT* – тест социјалног знања забиљежене средње, негативне и статистички значајне корелације у односу на старосну доб што значи да старењем опадају постигнућа на овим супскалама. У задацима погрешног корака се тражи од испитаника да процјени да ли се главни лик понашао на непримјерен начин у датој социјалној ситуацији, док су у тесту социјалног знања презентоване хипотетичке ситуације у којима се од учесника тражи да наведу емоције које би осјетила већина особа у тим ситуацијама.

Иако налази неких истраживања наводе да старији испитаници имају предност у односу на млађе, што се повезује са животним искуством (Charman et al., 1998, према Brojčin i sar., 2014), опадање постигнућа на задацима погрешног корака и социјалног знања би се могло објаснити рестриктивнијим условима живота (нарочито код оних испитаника који живе у установама резиденцијалног типа), маргинализацијом и вишим нивоима социјалног незадовољства и усамљености што је потврђено и нашим истраживањем.

Такође постоје и резултати који показују да су дјеца са ИО успјешнија од одраслих када су у питању „вербално наглашенији“ задаци ТОМ (Happé, 1995; Yirmiya, 1998, према Brojčin i sar., 2014).

Резултати нашег истраживања су показали да на *ESCoT* тесту, код испитаника са ЛИО нису утврђене статистички значајне разлике према полу, док су на *BICS* батерији те разлике пронађене у подзоруку испитаника са ДД на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање, гдје мушкарци показују боља постигнућа од жена. У студији која је поредила постигнућа СК између испитаника са СХ и симптомима социјалне анксиозности и испитаника са СХ, није утврђена разлика између мушких и женских испитаника на супскалама *BICS* батерије. Главни налаз ове студије је био да је *COST (QR)* – несоцијално расуђивање имало важан индиректан утицај на ТОМ код испитаника са СХ, али не и код оних са СХ и симптомима социјалне анксиозности (Achim et al., 2013).

Према резултатима нашег истраживања код испитаника са ДД у доменима ТОМ другог реда, несоцијално расуђивање, погрешан корак и социјално знање, а код испитаника са ЛИО у афективној ТОМ, погрешном кораку и социјалном знању, опадају постигнућа са порастом старосне доби. Наши резултати су показали да нису утврђене разлике према полу, осим код испитаника са ДД на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање, те можемо закључити да је **наша прва хипотеза, којом смо претпостављали да код одраслих особа са ИО неће постојати значајне разлике у односу на социо-демографска обиљежја (старост и пол), одбачена.**

5.2. Дискусија резултата који су у вези са другом хипотезом

Овим истраживањем претпоставили смо да ће одрасле особе са ЛИО бити успјешније у појединим доменима СК (ТОМ, ПЕ, СП) од особа са ДД.

Добијени резултати показују да испитаници из контролне групе постижу боље резултате од испитаника са ЛИО на *ESCoT* тесту и *BICS* батерији, осим на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање. Испитаници са ЛИО постижу боље резултате од испитаника са ДД на *ESCoT* тесту и *BICS* батерији, осим на супскали *COST (QSFP)* – погрешан корак.

5.2.1. Разлике у способностима социјалне когниције особа типичног развоја и испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу и дуалним дијагнозама

Наши резултати добијени на *ESCoT* тесту показују да испитаници из контролне групе имају боља постигнућа од испитаника са ЛИО и ДД на свим супскалама (когнитивној и

афективној ТОМ, интерперсоналном и интраперсоналном разумијевању социјалних норми). С обзиром на то да нам нису позната истраживања у којима је кориштен *ESCoT* тест у популацији особа са ИО и ДД, поменућемо и оне резултате који се односе на друге клиничке популације.

Тако су у истраживању СК, примјеном *ESCoT* теста, код одраслих особа са високофункционалним аутизмом, особе ТР постигле значајно боље резултате на свим супскалама (Baksh et al., 2020). Такође, Бакш и сарадници (Baksh et al., 2018), у истраживању код неуротипичних одраслих особа (18 до 85 година старости), наводе да је лошије постигнуће на супскалама интерперсонално и интраперсонално разумијевање социјалних норми и укупном скору *ESCoT* теста било повезано са присуством аутистичких симптома.

Интраперсонално и интерперсонално разумијевање социјалних норми је испитивано у студијама код особа са деменцијом (Carr et al., 2015), ПСА (Baez et al., 2012), СХ и биполарним поремећајем (Baez et al., 2013). Резултати наведених студија показали су да испитаници ТР имају боља постигнућа у испитиваним доменима СК.

Резултати истраживања у којем су се упоређивале перформансе на задацима ТОМ између дјеце са граничним интелектуалним функционисањем и дјеце ТР (просјечног узраста 10 година) показали су да дјеца са граничним интелектуалним функционисањем имају лошија постигнућа на свим задацима ТОМ (задацима лажног вјеровања првог и другог реда и Чудним причама), чиме су потврдили хипотезу кашњења у развоју ТОМ код дјеце са нижим нивоом интелектуалног функционисања (Baglio et al., 2016). Студија која је поредила способности ТОМ код дјеце и адолесцената са ИО и дјеце ТР упарене према развојном узрасту пронашла је сличне нивое развијености афективне ТОМ (разумијевање узрока и посљедице емоција) у обје групе, док су са друге стране испитаници са ИО показали ниже способности когнитивне ТОМ (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008). Цвијетићева (Cvijetiћ, 2017), истражујући ТОМ код дјеце узраста између 10 и 15 година, проналази да ТОМ првог реда овладава нешто више од половине испитаника, док задатке ТОМ другог реда пролази око трећина испитаника. Имајући у виду да дјеца ТР усвајају ТОМ првог реда око четврте године, а ТОМ другог реда око шесте године, уочава се знатно одступање дјеце са ЛИО од узрасних норми.

Испитујући ТОМ код дјеце са ДС и дјеце ТР упарене према језичком статусу и календарском узрасту, наводи се да дјеца са ДС имају слабије резултате на когнитивној и афективној ТОМ од контролне групе са истим језичким способностима (Amado et al., 2022).

Џервис и Бејкер (Jervis & Baker, 2004) указују на то да дјеца са неспецифичном ИО имају бољи учинак на задацима ТОМ у поређењу са одраслима истог нивоа интелектуалног функционисања. Овај резултат би се могао објаснити социјалном изолацијом која настаје старењем и која се повезује са ИО. У истраживању ТОМ код дјеце са ЛИО, оштећењем слуха и дјеце ТР, испитаници са ЛИО су постигли најслабије резултате у свим задацима ТОМ (Smogorzewska et al., 2018).

Анализирајући способности когнитивне и афективне ТОМ (разумијевања узрока и посљедица емоција) код дјеце и адолесцената са ИО и дјеце ТР упарене према глобалном развојном узрасту аутори долазе до закључка да је разумијевање говора у корелацији са афективном и когнитивном ТОМ у обје групе, потврђујући везу између рецептивног језика, разумијевања емоција и лажног вјеровања. У обје групе вербална когниција је објаснила највећи део варијансе когнитивне и афективне ТОМ (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2007a, 2007b). У другој студији, дјеца ТР показала су боље способности рецептивног говора те су била и боља на задацима когнитивне ТОМ од дјеце и адолесцената са ИО (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois 2007b).

У истраживању у коме су поређени адолесценти са ЛИО и граничном интелигенцијом са вршњацима ТР, Вејдмејкер и сарадници (Wagemaker et al., 2021) проналазе да су испитаници са ИО слабији од особа ТР на задацима којима се процјењује ТОМ, као и да

имају више потешкоћа у тумачењу суптилних вербалних наговјешатаја и испољавању емпатије. Постигнућа испитаника са ИО су се мање разликовала на једноставнијим задацима за процјену ТОМ (афективној ТОМ), док су на сложенијим задацима имали веће одступање од испитаника ТР. Све ово Вејдмејкер и сарадници (Wagemaker et al., 2021) објашњавају појавом да се код особа са ИО теорија ума развија споријим темпом.

Поређењем способности афективне и когнитивне ТОМ између адолесцената са ИО и дјеце ТР упарене према развојном узрасту пронађени су слични нивои развијености афективне ТОМ чиме је потврђена „хипотеза кашњења“ у развоју ТОМ код особа са ИО, док су адолесценти са ИО показали лошије способности когнитивне ТОМ чиме је потврђена „хипотеза разлике“ развоја у домену когнитивне ТОМ (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008). Овакви резултати показују да су развојни обрасци ТОМ слични код адолесцената са ИО и дјеце ТР упарене према глобалној развојној доби.

Испитујући СП и ПЕ, у два експеримента, код адолесцената и одраслих са ВС, ИО друге етиологије (упарених према календарском узрасту, *IQ* и вербалним способностима са испитаницима са ВС) и особа ТР уједначених према календарском узрасту, наводи се да обје групе испитаника са ИО постижу слабије перформансе од испитаника ТР на задацима СП. У другом експерименту, исте студије, обје групе испитаника са ИО се нису разликовале у ПЕ од испитаника ТР што имплицира да оне не показују дефиците у ПЕ. Једина примјетна разлика између особа са ВС и особа са ИО друге етиологије је корелација са стандардним мјерама *IQ* што ауторе овог истраживања посљедично доводи до закључка да се испитаници са ВС више ослањају на механизме за анализирање социјалних ситуација као и особе ТР, док особе са ИО друге етиологије више користе опште когнитивне способности (Plesa Skwerer et al., 2006).

Гор и сарадници (Gore et al., 2010) разлоге лошијег постигнућа одраслих особа са ИО у задацима заузимања другачије перспективе објашњавају нижом интелигенцијом и нижим вербалним способностима ових особа, а Дод и сарадници (Dodd et al., 2008) указују на то да боља способност разумијевања говора омогућава и боља постигнућа на задацима за процјену способности ментализације код особа са ИО. Разумијевање говора укључује процесе декодирања значења ријечи и звукова, што омогућава вјежбање флексибилног мишљења. Боље вербалне способности су везане за боље флексибилно мишљење што доприноси бољем развоју ТОМ (Yu et al., 2021).

У нашем истраживању подузорок испитаника са ЛИО показује слабија постигнућа од испитаника ТР у СК способностима, осим у домену несоцијално расуђивање које се односи на доношење закључака о каузалности догађаја који није повезан са радњама или мишљењем актера догађаја. Свакодневни живот излаже особе са ИО стресним ситуацијама, тензијама, сукобима и социјалној изолацији које настају као резултат интерперсоналних релација. У таквим околностима особе са ИО морају да развију стратегије суочавања (унутрашње и спољашње) како би се минимизирала стресна искуства. Стога нису изненађујући наши резултати који показују да испитаници са ЛИО једнако тачно као и особе ТР доносе закључке о узроцима догађаја који се приписују ситуационим факторима или спољашњој средини (ситуационе атрибуције).

5.2.2. Разлике у способностима социјалне когниције између испитаника са лаком интелектуалном ометеношћу и дуалним дијагнозама

Наше истраживање је показало да испитаници са ЛИО имају боље перформансе од особа са ДД на свим супскалама *ESCoT* теста, као и одређеним доменима *BICS* батерије: *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QI)* – ТОМ првог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање и *SKT* – тест социјалног знања.

На разлике између испитаника са ЛИО и ДД у оквиру свих супскала *ESCoT* теста утиче *разумијевање говора*, али и након контролисања овог коваријата испитаници са ЛИО задржавају предност над особама са ДД.

Резултати добијени на супскалама *BICS* батерије показују да коваријат *старост* има значајан ефекат на постигнућа на супскали *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QSFP)* – погрешан корак и *SKT* – тест социјалног знања, док коваријат *разумијевање говора* има значајан ефекат на укупна постигнућа на супскалама *COST (QM)*, *COST (Q1)* – ТОМ првог реда и *SKT*. Након контроле ефеката контролних варијабли и на *BICS* батерији испитаници са ЛИО задржавају предност над испитаницима са ДД.

У нашем истраживању код испитаника са ДД највише су изражени симптоми депресивног поремећаја, ПСА и маније. У једној метаанализи чији су фокус испитивања били различити аспекти ТОМ код одраслих особа са депресијом, аутори долазе до закључка да су код ових особа општењени сви аспекти ТОМ (визуелни/вербални, когнитивни/афективни и резоновање/декодирање) и да је овај дефицит највише условљен тежином депресивних симптома (Bora & Berk, 2016). Есбенсен и Бенсон (Esbensen & Benson, 2005; Esbensen & Benson, 2006) наводе да су код одраслих особа са ЛИО и дијагнозом депресије много више изражене негативне унутрашње атрибуције (склоност ка приписивању узрочности догађаја самом себи), као и чешћи и тежи интерперсонални сукоби. Наводи се и да су одрасле особе са ЛИО и депресијом осјетљивије на критику и одбацивање (Hartley & MacLean, 2009). То их доводи до отежаног разумијевања мисли намјера и осјећања друге особе током социјалне ситуације. Поред депресивних симптома испитаници са ДД у нашем узорку имају највише изражене симптоме ПСА. Такође, наши резултати показали су да се супскала ПСА издвојила као значајан предиктор који даје јединствен допринос у објашњавању укупних способности СК на *ESCoT* тесту. Налази великог броја студија потврдили су дефицит у способностима СК код особа са ПСА (Baron-Cohen et al., 2015; Baksh et al., 2020; Penuelas-Calvo et al., 2018, према Pagni et al., 2020). Ове студије углавном наглашавају да су код особа са ПСА постигнућа на тестовима за процјену ТОМ у обрнутој корелацији са симптомима аутизма, а позитивно корелирају са висином *IQ*.

На основу претходно изнијетог можемо закључити да присуство депресивне и аутистичке симптоматологије, код испитаника са ДД у нашем истраживању, доприноси њиховим лошијим перформансама у већини домена СК.

У једном домаћем истраживању Ђорђевић (Ђорђевић, 2015), процењујући ТОМ код одраслих особа са ИО, ДД и испитаника ТР, проналази да испитаници ТР имају значајно боље способности ТОМ од испитаника са ИО и ДД, као и да између испитаника са ИО и ДД нису уочене разлике у постигнућима. Ауторка претпоставља да узроци уједначених способности ТОМ код особа са ДД и ИО настају услед когнитивног дефицита и проблема у разумијевању говора који настаје као последица сниженог интелектуалног функционисања.

Са друге стране, Сан Хосе Касерес и сарадници (San José Cáceres et al., 2014), поредећи постигнућа ТОМ код особа са ИО и ДД (ИО са придруженим ПСА) упарених према вербалном менталном узрасту (ВМУ) и календарском узрасту, наводе да група са ДД показује нижа постигнућа и прави више грешака на задацима ТОМ. У овом истраживању ВМУ је био главни предиктор успјеха на задацима ТОМ, а испитаници са ДД захтјевају двије године већи ВМУ како би били на истом нивоу као испитаници са ИО. Они закључују да особе са ДД морају да се ослањају на вербалну способност у циљу разумијевања социјалне ситуације, док особе са ИО користе интуитивније социјално разумијевање.

Сличне наводе имамо и у једној раној студији Дудија и сарадника (Doody et al., 1998) у којој је процењивана ТОМ код одраслих особа са ИО, психозом и ПСА и гдје је утврђен значајан утицај ИО и психозе на перформансе ТОМ.

Резултати нашег истраживања добијени на *BICS* батерији показали су да се испитаници са ЛИО значајно разликују од испитаника са ДД, тј. да су њихова постигнућа

боља на супскалама: *COST (QM)* –ТОМ другог реда, *COST (Q1)* – ТОМ првог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање и *SKT* – тесту социјалног знања, осим на задацима погрешног корака – *COST (QSFP)*. Овакви налази су очекивани и можемо их објаснити коморбидитетом психијатријског стања. *BICS* батерија је кориштена у истраживању код особа са СХ (Achim et al., 2013), испитаника са првом епизодом психозе (Achim et al., 2012) и особа са трауматским повредама мозга (Tousignant et al., 2016). У наведеним студијама особе које су имале психијатриску дијагнозу су показивале нижи ниво развијености у свим процјењиваним доменима СК.

У једном систематском прегледу у ком су испитиване вјештине СК у различитим клиничким популацијама наводи се да утицај коморбидних стања (нпр. анксиозности, депресије итд.) на СК код особа које се већ налазе у некој од клиничких популација треба посебно размотрити. Коморбидитет изгледа не мора имати пресудну улогу, али може доприносити слабијим вјештинама СК (Cotter et al., 2018). У литератури се често потенцира дефицит ТОМ код особа са психопатолошким стањима, као и идеја да се многи психијатријски симптоми могу боље разумјети уколико се посматрају са аспекта нарушене способности ТОМ (Bora et al., 2009).

У неким другим истраживањима испитаници са СХ показују лошији учинак од особа које немају СХ у ПЕ, ТОМ другог реда, и афективној ТОМ, док је тај учинак уједначен на задацима ТОМ првог реда (Bora et al., 2005; Kohler et al., 2010; Navarra-Ventura et al., 2018). Аутори наводе да је присуство психијатријског обољења главни фактор који доводи до дефицита у СК, осим за ТОМ првог реда која остаје очувана код ових особа. Сличне резултате проналазимо у истраживањима код особа у првој епизоди психозе које показују дефиците у ТОМ другог реда, али интактне способности ТОМ првог реда (Achim et al., 2012; Inoue et al., 2006). Аутори истичу да способности ТОМ првог реда опадају прогресијом болести и да постају значајно лошије код особа са хроничном СХ. Иако се претходно наведени резултати односе на особе са психијатријским обољењима, у нашем истраживању испитаници са ДД показују лошије перформансе и у задацима ТОМ првог реда, што се може објаснити њиховим нижим нивоом интелектуалног функционисања.

Даље, особе са СХ показују значајне дефиците у више димензија СК (Savla et al., 2013). Такође се наводи да су за дефиците СК код особа са СХ кључне карактеристике болести, а не само резултат коришћења лијекова, нус појаве или клиничке епизоде (Ventura et al., 2013). У истраживању у коме су поређене перформансе на задацима ТОМ вишег и нижег реда у популацији одраслих особа са психозом, ПСА, анксиозним поремећајем и испитаницима ТР, добијено је да су одрасле особе са ПСА и психозом показале снижене перформансе на задацима ТОМ у поређењу са преостале двије групе (Perper et al., 2018).

У истраживању које је имало за циљ да утврди способност ПЕ код ученика са ИО и ИО и коморбидним ПСА утврђено је да су обје групе показале сличне обрасце у ПЕ. Обје групе су прецизније идентификовале основне (срећа и туга) и позитивне (срећа) емоције у односу на негативне (туга и љутња). Међутим након програма обуке група ученика са ИО показала је бољи резултат у препознавању сложених емоција (страх и гађење). Аутори овај резултат објашњавају нижим очекивањем наставника који сматрају да ученици са ИО не могу да разумију сложене емоције или претпоставком да они немају довољно развијене вербалне способности да могу описати сложена емоционална стања (Ho et al., 2020). Оваква тумачења отварају питања која се такође могу пренијети на наше истраживање, а која се тичу тога да особе са ДД нису подједнако подучаване различитим аспектима СК, јер су због придруженог психијатријског стања често потцењивани њихови потенцијали, што може бити једно од објашњења њихових нижих постигнућа на задацима СК.

Након контролисања ефекта контролних варијабли, наши резултати су показали да *старост* и *Равенов скор* немају ефекта на постигнућа на *ESCoT* тесту, док *разумијевање говора* има значајан ефекат на укупна постигнућа на супскалама и скали у цјелини. Иако је

разумијевање говора значајно оно није пресудно за ове разлике, те је припадност групи ЛИО или ДД оно које доприноси разликама у доменима СК.

Иако постоји одређена сагласност међу ауторима о повезаности језика и ТОМ, и даље имамо различита тумачења ове везе (de Villiers & de Villiers, 2014). Према теорији модуларности језик нема значајну улогу у развоју ТОМ (Fodor, 1992, према de Villiers & de Villiers, 2014). Супротно становиште указује на то да развој ТОМ условљава развој говора и језика. Шимлеша и сарадници (Šimleša i sar., 2020) истичу да разумијевање говора има значајан утицај на развој ТОМ без обзира на језичке захтјеве у задацима ТОМ (било да су они вербални или невербални). Овај закључак су поткријепили и налази неких лонгитудиналних студија (Ebert, 2015; Farrar & Maag, 2002). Наводи се да веза између задатака ТОМ и разумијевања говора може бити посљедица чињенице да су већина задатака ТОМ лингвистички задаци са високим језичким захтјевима (Bloom & German, 2000). У нашем истраживању, на *ESCoT* тесту, испитаници су пратили видео-анимације које нису садржавале говорне информације, а од њих се захтјевало да одговоре на питања везана за радњу учесника анимације.

Да вербалне способности имају значајан ефекат на ТОМ потврдили су резултати многих истраживања, проведених како у популацији особа ТР (Milligan et al., 2007; Ruffman et al., 2003), тако и у клиничким узорцима као што су особе са ПСА (Tager-Flusberg & Joseph, 2005), са развојним језичким поремећајима (Miller, 2018) и особе оштећеног слуха (Woolfe et al., 2002). Исто тако, у великој метааналитичкој студији која је обухватила 9000 дјеце ТР наводи се да су различити аспекти језика различито повезани са разумијевањем ТОМ. Тако рецептивни говор објашњава 12% варијансе, семантика 23%, синтакса 29%, а вербално памћење 44% (Milligan et al., 2007).

Добијени резултати на *BICS* батерији, након контролисања ефекта контролних варијабли, показују да коваријат *старост* има значајан ефекат на постигнућа на супскалама ТОМ другог реда – *COST (QM)*, погрешан корак – *COST (QSFP)*, и Тест социјалног знања – *SKT*, док коваријат *разумијевање говора* има значајан ефекат на супскалама ТОМ другог реда – *COST (QM)*, ТОМ првог реда – *COST (QI)* и Тесту социјалног знања – *SKT*. Иако је утицај старости и разумијевања говора значајан он није пресудан за ове разлике, јер је припадност групи ЛИО и ДД та која доприноси разликама у постигнућима у наведеним доменима СК.

Наши резултати су показали да једино на супскали *COST (QSFP)* – погрешан корак нису утврђене разлике између испитаника са ЛИО и ДД, као и да старење има значајан утицај на постигнућа у оквиру овог домена. Испитаници са ЛИО и ДД једнаком тачношћу могу да утврде да ли се главни лик понашао на непримјерен начин у датој социјалној ситуацији, тј. да направе разлику између понашања које се очекује у ситуацији и онога које није социјално прихватљиво. Иако присуство психијатријске болести нема утицаја на постигнуће у оквиру овог домена, старењем опада способност њиховог прецизног интерпретирања социјалне ситуације што се може повезати са лошијим здравственим стањем, општим падом когнитивних способности, социјалном изолацијом и рестриктивним условима живота, нарочито код оних испитаника који живе у резиденцијалном смјештају.

BICS батерија ставља пред испитанике сложеније језичке захтјеве, јер они треба да слушају или прочитају кратку причу о некој социјалној ситуацији и потом дају одговоре о учесницима те приче, па би налаз о утицају разумијевања говора на задатке ТОМ могао да одражава и језичке потешкоће, а не потешкоће у самој ТОМ. Тако, Абедутто и сарадници (Abbeduto et al., 2004) потврђују да особе са ИО, које имају ограничене вјештине наративног језика, имају лошија постигнућа на задацима лажног вјеровања.

С обзиром на то да у нашем истраживању, подузорак испитаника са ЛИО постиже боље резултате од особа са ДД, осим на супскали *COST (QSFP)* – погрешан корак, можемо закључити да је наша **друга хипотеза, којом смо претпостављали да ће одрасле особе са**

ЛИО бити успјешније у појединим доменима СК (ТОМ, ПЕ, СП) од особа са ДД, потврђена.

5.3. Дискусија резултата у вези са трећом хипотезом

Нашим истраживањем претпоставили смо да ће способности СК одраслих особа са ИО бити негативно повезане са њиховом склоношћу ка испољавању МП. У овом одјељку ће бити приказана дискусија резултата који се односе на релације између СК и МП на *ESCoT* тесту и *BICS* батерији код испитаника са ЛИО и ДД.

У нашем истраживању, приликом утврђивања везе између *ESCoT* теста и *BICS* батерије са независним варијаблама добили смо да неки облици МП доприносе објашњењу каноничких фактора. Тако је у трећем каноничком фактору утврђена негативна веза између *ESCoT* – интерперсонално разумијевање социјалних норми са супскалом Самоповрјеђујуће понашање – учесталост. Резултати каноничке корелационе анализе *BICS* батерије показују да се у другом каноничком фактору издваја негативна веза супскала *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање и *COST (QSFP)* – погрешан корак са супскалом Агресија/деструкција – учесталост. Израженије самоповрјеђујуће и агресивно понашање неповољно утичу на квалитет и разумијавање социјалних ситуација, тумачење намјера и поступака других особа и ограничавају особу у њиховом правилном интерпретирању.

Додатно, наши резултати показују да постоји негативна корелација између свих супскала Инвентара проблематичног понашања (самоповрјеђујуће, стареотипно и агресивно понашање) и постигнућа на *ESCoT* тесту и *BICS* батерији код испитаника са ЛИО и ДД, тј. што испитаници показују већу учесталост и тежину МП то су нижа постигнућа СК.

Наши резултати се могу довести у везу са објашњењима која се нуде у оквиру модела СК. Модели СК су предложили три процеса који леже у основи адекватног социјалног функционисања: СП, емпатија и ТОМ. Дефицит у било којем од ових процеса ће резултирати МП и лошим социјалним исходима (Adolphs, 2009; Ochsner, 2008, све према Milders, 2018).

Истраживања код дјеце са ИО која су испитивала повезаност између способности ТОМ и социјалне прилагођености су дошла до закључка да је развијенија способност ПЕ предвиђала толерантно понашање насупрот агресивном, интегрисано насупрот изолованом и просоцијално насупрот егоистичном понашању, као и да је била предиктор нижег нивоа испољавања интернализованих проблема (Nader-Grosbois et al., 2013).

Тако у једној ретроспективној студији код одраслих особа са ИО, која је имала за циљ идентификовање фактора који леже у основи МП, утврђено је да је низак ниво емоционалног развоја предиктор укупног нивоа изражености МП, нарочито хиперкативности, стереотипног и самоповрјеђујућег понашања. Такође, у поређењу са нивоом ИО, емоционални развој се показао утицајнијим фактором за појаву агресивног понашања (Sappok et al., 2014).

Модел СИП описује пет корака кроз који пролази свака особа током социјалне ситуације. Ови кораци укључују: 1) кодирање социјалних знакова, 2) интерпретацију и менталну репрезентацију социјалних знакова, 3) појашњење циља, 4) генерисање одговора, 5) одабир одговора (Crick & Dodge, 1994, према van Nieuwenhuijzen et al., 2004). У више истраживачких студија, овај модел су примјенили Ван Њувенхујзен и сарадници (van Nieuwenhuijzen et al., 2004; van Nieuwenhuijzen et al., 2006; van Nieuwenhuijzen et al., 2009) ради утврђивања ризика за појаву МП код дјеце и адолесцената са ИО. Резултати њихових студија су показали да дјеца и адолесценти са ИО показују тешкоће у кодирању (корак 1) и интерпретацији (корак 2) социјалних знакова, посебно негативних, што доводи до погрешне процјене могућих асертивних одговора, а тиме и до агресивних реакција (van Nieuwenhuijzen et al., 2004). Тако резултати код дјеце са ЛИО и граничном интелигенцијом сугеришу да је повишено екстернализовано понашање било повезано са енкодирањем негативних знакова, приписивањем хостилних намјера и негативном евалуацијом асертивних одговора у одређеним социјалним ситуацијама. Аутори закључују да је неадекватна интерпретација

менталних стања других особа у основи формирања социјално неприхватљивих облика понашања (van Nieuwenhuijzen et al., 2009).

Такође, адолесценти са ИО имају тенденцију да некритички суде о намјерама других особа, па су стога у опасности да буду изманипулисани (Buijs et al., 2017, према Egger, 2021). Пошто адолесценти са ИО имају склоност да прецијене или потцијене непријатељске карактеристике особе у двосмисленим социјалним ситуацијама, код њих је често присутан поларизовани образац социјалног расуђивања. Овај образац може се објаснити на следећи начин: адолесценти са ИО могу да се ослањају на менталне репрезентације које су често негативно пристрасне због њихових специфичних социјалних искустава (нпр. повећана искуства социјалних сукоба). Друго објашњење може се односити на често претпостављану склоност особа са ИО да размишљају црно-бијело, и да испољавају нетолеранцију према двосмислености и неизвјесности током обраде информација (Dekkers et al., 2017, према Egger, 2021).

Резултати једне раније студије које су поредиле перформансе у способностима ПЕ, афективне ТОМ и емпатије код институционализованих одраслих особа са лаком и умјереном ИО код којих су утврђено присуство МП и њихових вршњака који нису испољавали МП, утврђено је да су испитаници са ЛИО без присуства МП постигли значајно бољи резултат од групе са ЛИО која је испољавала МП, док ова разлика није утврђена код група са умјереном ИО (Moffatt et al., 1995).

Полазећи од хипотезе да је агресивно понашање код особа са ИО посљедица дефицита СК, аутори Јахода и сарадници (Jahoda et al., 2006a, b) су, у двије студије, упоређивали ПЕ и ТОМ код особа са ИО и испољеним агресивним понашањем ($N = 43$) и њихових вршњака који нису били склони испољавању агресивности ($N = 46$). Резултати прве студије нису утврдили разлике у способностима ове двије групе у ПЕ путем израза лица. Резултати друге студије су показали да су испитаници са испољеним агресивним понашањем били супериорнији на задацима ТОМ, у предвиђању бијесних и смирених реакција у конфликтним ситуацијама. Аутори закључују да се не може поуздано тврдити да когнитивни дефицити и посљедични недостатак социо-емоционалног разумијевања леже у основи агресивног понашања код особа са ИО.

Џејкобс и сарадници (Jacobs et al., 2020) проналазе да дјеца са неспецифичном ИО и нижим нивоом развијености СК показују више социјалне неприлагођености у социјалним ситуацијама које захтјевају разумијевање менталних стања и друштвених правила. Дјеца која имају нижи вербални развојни узраст су показала нижи ниво развијености ТОМ, више интернализујућих проблема у понашању, била су изолованија у интеракцији са вршњацима док су у интеракцији са одраслима мање аутономна и кооперативна. Аутори су такође истакли важност развојног узраста дјете током процјене и интервенције, а не њихове хронолошке доби.

Студија Волца и Бенсона (Walz & Benson, 1996) испитивала је способност испитаника са агресивним понашањем ($N = 18$) и оних без испољених црта агресивног понашања ($N = 21$) са ЛИО и умјереном ИО да означе и дискриминишу емоцију на основу израза лица. Иако резултати њиховог истраживања не подржавају хипотезу да ће испитаници са агресивним понашањем имати већих потешкоћа са означавањем и дискриминацијом емоција у односу на испитанике без испољене агресије, они сугеришу да испитаници из прве групе могу имати негативну емоционалну пристраност према двосмисленим изразима лица. Такође резултати показују да испитаници са ИО нису у стању да означе шест основних израза лица с једнаком тачношћу и пружају доказе да више обраћају пажњу на регију уста приликом посматрања израза лица.

У студији попречног пресека Дејвиса и сарадника (Davies et al., 2014) главни истраживачки задатак био је да се испита повезаност МП и ПЕ код одраслих особа са ИО. У студији је учествовало 95 особа са ИО и 95 његоватеља који познају испитанике најмање

шест мјесеци, а који су испуњавали упитнике о МП. Резултати су утврдили значајну негативну корелацију између учесталости и тежине МП и способности ПЕ. Такође, резултати групног поређења су утврдили да испитаници са високом учесталошћу МП имају слабије перформансе на задацима ПЕ од оних са нискофреквентним МП. Аутори сматрају да пружање контекстуалних информација омогућава боље ПЕ код особа са ИО.

Нека истраживања наглашавају важност каузалних атрибуција у способностима ТОМ и испољавању МП. Тако, Леферт и сарадници (Leffert et al., 2010) наводе да особе са ИО имају отежану когнитивну децентрацију (сагледавање ситуације из различитих перспектива) и потешкоће у сагледавању намјера друге особе као бенигних током негативних догађаја. Куртек (Kurtek, 2018, 2020) наводи да кориштење вањских атрибуција (тј. приписивања узрочности догађаја вршњацима) повећава вјероватноћу антисоцијалних одговора базираних на вербалној или физичкој агресији, те да лоцирање узрока социјалне ситуације доводи до чешћег коришћења просоцијалних стратегија суочавања (асертивних одговора).

Цвијетић и Ђорђевић (Cvijetiћ i Ђorđević, 2020), у прегледу истраживања о повезаности ТОМ и МП код особа са ИО, изводе неколико закључака: већи број истраживања указује на то да је ТОМ повезана са испољавањем МП, како код дјеце и младих, тако и код одраслих особа; напреднији нивои ТОМ су присутни код особа са ИО који имају мање проблема у понашању и обрнуто; резултати већине истраживања се заснивају на узорцима особа са ЛИО. Ауторке истичу да су уз ова истраживања о непосредној повезаности доступна и истраживања која говоре у прилог и посредне улоге одређених фактора у разумијевању повезаности ТОМ и МП од којих се највише издвајају: понашање родитеља особа са ИО у контексту емоционалног изражавања њиховог дјетета, социјална прихваћеност, развијеност егзекутивних функција и ниво резилијентности особа са ИО.

У истраживању код адолесцената са ПСА је утврђено да су лошије способности ТОМ повезане са повећаним нивоом самоповрјеђивања, док је лошија перцептивна обрада повезана са повишеним екстернализованим понашањем и након контролисања вербалних способности (Carter Leno et al., 2018). Такође, испитујући везу између ПЕ путем израза лица и булингa, код адолесцената са високофункционалним аутизмом, наводи се да починиоци булингa имају већу способност ПЕ лица од жртава булингa. Жртве булингa су мање осјетљиве на туђе емоционалне промјене, оне се у социјалној интеракцији доживљавају као непристојне што повећава њихов ризик од злостављања (Liu et al., 2019).

Истраживања код особа ТР су показала неконзистентне налазе повезаности МП и ТОМ. Неке студије проналазе да су дефицити ТОМ повезани са екстернализованим проблемима у понашању (Hughes et al., 1998; Hughes & Ensor, 2006), друге наводе позитивну везу између ТОМ и агресије (Caravita et al., 2010; Gomez-Garibello & Talwar, 2015), док неке не проналазе повезаност између ова два конструкта (Happé & Frith, 1996, све према Austin et al., 2020). Такође, истраживања наводе да дефицити у ПЕ могу довести до развоја и одржавања агресивног понашања. На примјер склоност тумачењу двосмислених емоционалних израза као негативних може довести до љутње и агресивног понашања (негативна емоционална пристрасност) (Penton-Voak et al., 2013). Такође, истраживања код дјеце ТР говоре о повезаности реактивне и проактивне агресије и ТОМ. Тако се наводи да се дјеца која испољавају реактивну агресију више фокусирају на личну перцепцију исхода социјалне ситуације него на перспективе других особа на ту ситуацију. Она су склона непријатељским атрибуцијама (приписивање непријатељских намјера вршњацима). Док је реактивна агресија негативно повезана са ТОМ, проактивна агресија показује позитивну везу. Проактивно агресивна дјеца могу разумјети бенигне намјере друге особе током социјалне интеракције, чак и у ситуацијама које укључују негативан исход за њих саме. Она бирају агресивне стратегије у социјалним ситуацијама, јер предвиђају да ће такво понашање

бити ефикасно за постизање личне користи (Dodge & Coie 1987; Dodge et al., 1997, све према Renouf et al., 2010).

На основу претходно наведених резултата, нашим истраживањем смо потврдили трећу хипотезу којом смо претпоставили да **ће способности СК одраслих особа са ИО бити негативно повезане са њиховом склоношћу ка испољавању МП.**

5.4. Дискусија резултата у вези са четвртм хипотезом

С обзиром на то да смо четвртм хипотезом претпоставили да ће СК одраслих особа са ИО бити позитивно повезана са квалитетом пријатељства, а негативно са осјећањем усамљености, у овом поглављу ћемо се осврнути на везе између СК, квалитета пријатељства и усамљености.

5.4.1. Повезаност социјалне когниције и квалитета пријатељства

Резултати повезаности квалитета пријатељства и супскала *ESCoT* теста код испитаника са ЛИО су показали позитивну корелацију између наведених домена. Средњи ниво корелација је забиљежен између супскале Пријатељство – блискост док је висок ниво корелација забиљежен између супскала Пријатељство – сигурност и Пријатељство – помоћ и свих супскала *ESCoT* теста што значи да виши ниво блискости, сигурности и помоћи су у вези са вишим скоровима на *ESCoT* тесту (когнитивној и афективној ТОМ, интерперсоналном и интраперсоналном разумијевању социјалних норми). Резултати добијени на *BICS* батерији показују да су средњи нивои корелација забиљежени између супскала: Пријатељство – дружење и *COST (QSFP)* – погрешан корак; Пријатељство – помоћ и *COST (QI)* – ТОМ првог реда и *COST (QSFP)* – погрешан корак; Пријатељство – сигурност и *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање и *COST (QI)* – ТОМ првог реда и Пријатељство – блискост и *SKT* – тест социјалног знања. Висок ниво корелација је забиљежен између супскала: Пријатељство – помоћ и *COST (QM)* – ТОМ другог реда, *COST (QR)* – несоцијално расуђивање и *SKT* – тест социјалног знања; Пријатељство – сигурност и *SKT* – тест социјалног знања и Пријатељство – блискост и *COST (QR)* – несоцијално расуђивање.

О значају квалитета пријатељских веза за СК, у нашем истраживању, говоре и резултати регресионе анализе који издвајају три супскале квалитета пријатељства (Дружење, Помоћ и Блискост) у објашњавању укупних способности СК на *ESCoT* тесту. Такође супскала Помоћ је важан предиктор у објашњавању постигнућа на *SKT* – тесту социјалног знања. Можемо да закључимо да позитивни аспекти квалитета пријатељства доприносе у великој мјери развоју СК. Током социјалних интеракција и дружења особе проводе вријеме заједно, учествују у заједничким активностима, помажу једне другима. Блискост у пријатељским везама ставља фокус на осећај наклоности или посебности који особа доживљава са пријатељем, као и на снагу њене привржености или везе. Један скуп ајтема супскале Блискост се назива „Афективна веза“ и односи се на осјећања која особа испољава према пријатељу, док се други назива „Рефлектована процјена“ и односи се на осећања која особа добија из пријатељске везе и њен утисак о томе колико је важна своје пријатељу. Супскала Помоћ се такође састоји из двије субкомпоненте: „Помоћ“ која указује на то да је узајамно помагање одлика пријатељског односа и друга која се назива „Заштита од виктимизације“ која подразумева заштиту од злостављања других особа. Помоћ у пријатељству се односи и на спремност пријатеља да притекне у помоћ другој особи ако друга особа има проблем (Bukowski et al., 1994).

На основу приказаних просјечних вриједности на скали Квалитета пријатељства наши резултати показују да испитаници са ЛИО и ДД највише постигнуће биљеже на

супскали Блискост, а најниже на супскали Конфликт. Овакви резултати су охрабрујући јер планирање подршке у заједници и развијање СК управо треба ослонити на позитивне аспекте квалитета пријатељства. Исто тако, резултати истраживања квалитета пријатељства код одраслих особа са ДС наводе да оне имају боље развијене све позитивне аспекте квалитета пријатељства тј. највеће вриједности биљеже на супскалама Помоћ и Блискост, а најниже на супскали Конфликт (Mastilo i Đorđević, 2021). Потврду наших резултата налазимо и у студији квалитета пријатељства код одраслих особа са ВС у којој испитаници највеће вриједности биљеже на супскали Блискост, а најниже на супскали Конфликт (Fisher et al., 2020). Супротно нашим резултатима, студија која је мјерила самоперцепцију квалитета пријатељства код адолесцената са ИО утврдила је да они имају лошији квалитет пријатељства, који се карактерише умјереним нивоом топлине/блискости и позитивне узајамности. Они су такође навели да су социјалне вјештине и МП значајни предиктори квалитета пријатељства у периоду адолесценције, али и да екстернализовани облици понашања резултују нижим нивоом топлине, блискости и позитивне узајамности (Tipton et al., 2013).

Истраживања често наводе да особе са ИО имају нижа очекивања од пријатељских веза у односу на особе ТР. Њихова пријатељства имају више сличности са пријатељствима међу дјецом млађег школског узраста која карактеришу дружење, заједничке интеракције, слична интересовања, а мање блискости, интимности и реципроцитета (Heiman, 2000; Matheson et al., 2007; Siperstein et al., 1997; Webster & Carter, 2013, према Sigstad, 2016). Овај налаз се објашњава претпоставком да особе са ИО нису у стању разумјети емоционалне аспекте пријатељства (Jobling et al., 2000). У квалитативној студији квалитета пријатељства из угла самих адолесцената са ИО, блискост и реципроцитет су наведени као важне димензије квалитета пријатељства (Sigstad, 2016). Особе са ИО на другачији начин разумију појам „блиски пријатељ“ од њихових вршњака ТР. Ове разлике могу настати због ограниченог рјечника, а самим тим и ограничене могућности да изразе своје ставове, али и због различитих очекивања и перцепције пријатељства (Webster & Carter, 2013).

Истраживања код особа ТР утврдила су да способности ТОМ, прецизније „лажног вјеровања“ (вјеровање о представама о свијету које може бити супротно са реалношћу) представљају важан аспект за формирање пријатељства (Repacholi et al., 2003, према Bauminer et al., 2010). Према Денету Dennettu, 1978, према Bauminer et al., 2010), разумијевање лажног вјеровања представља лакмус тест ТОМ, јер у таквим случајевима је могуће недвосмислено разликовати испитаниково (истинско) увјерење и његову свијест о туђем (лажном) увјерењу, што представља основу реципроцитета у пријатељству. Даље, утврђено је да су задаци лажног вјеровања еколошки валидни тако да су индивидуалне разлике у извођењу ових задатака у корелацији са индивидуалним разликама у социјалном понашању у стварном свијету. Истраживања су такође документовала да дјеца са добрим вјештинама ТОМ имају успјешније друштвене односе, док дефицит ТОМ може утицати на успостављање реципрочних пријатељстава (Astington, 2003; Slomkowski & Dunn 1996; Repacholi et al., 2003, према Bauminer et al., 2010). У истраживању Бомингера и сарадника (Bauminer et al., 2010) у коме су учествовала дјеца са високофункционалним аутизмом и дјеца ТР, дошло се до закључка да ТОМ и атачмент представљају компензаторне и појачавајуће механизме квалитета пријатељства. Боље развијена ТОМ и већи осјећај привржености омогућавају боље развијену координисану игру, осјећај блискости и сигурности у пријатељским односима. Милер и срадници (Miller et al., 2018), у истраживању на узорку дјеце ТР, добијају супротне резултате. Они наводе да дјеца са лошије развијеним квалитетом пријатељства (нарочито дјевојчице) показују боље перформансе на задацима ТОМ (погрешан корак). Ове резултате аутори објашњавају чињеницом да дјеца са бољим перформансама ТОМ могу показати мање асертивног понашања и више проактивне и индиректне агресије. Даље, студија објашњава да дјевојчице са добро развијеном ТОМ

показују мање спремности да изађу у сусрет пријатељу јер боље процјењују последице просоцијалног понашања и сматрају да емоционално улагање у пријатељства има своје „трошкове“. Такође, дјевојчице са бољом ТОМ могу испољавати и више конфликтних понашања јер сматрају да агресија може бити корисна у контроли и постизању жељеног исхода унутар вршњачког односа (Renouf et al., 2010). Негативна искуства пријатељства могу пружити дјечи прилику за вјежбање и развој ТОМ (Miller et al., 2018).

5.4.2. Повезаност социјалне когниције и усамљености

Наши резултати повезаности СК и усамљености показали су да су између супскале Социјално незадовољство и супскала *ESCoT* теста и *BICS* батерије утврђене средње и негативне корелације, тј. да виши скорови социјалног незадовољства су у вези са нижим скоровима СК.

Истраживања код адолесцената и одраслих особа ТР указују на негативну повезаност између ТОМ и усамљености, као и на то да је ова веза израженија код дјевојчица. Могуће објашњење за ове резултате је да су дјевојчице које се осјећају усамљено више фокусиране на себе него на туђе мисли и осјећања (Bosacki et al., 2020; Ronchi et al., 2019). Повезаност ТОМ и усамљености може бити посредована вршњачким варијаблама. Са једне стране број и квалитет пријатељских веза, као и популарност међу вршњацима су протективни фактори од усамљености. Са друге стране одбацивање од стране вршњака ће довести до вишег нивоа усамљености и социјалног незадовољства. Дефицити ТОМ су позитивно повезани са одбацивањем вршњака и осјећањем усамљености, а негативно са бројем пријатеља и квалитетом пријатељских релација (Bosacki et al., 2020; Caputi et al., 2017). Истраживање које је мјерило осјећање усамљености пре и након обуке ТОМ (која се заснивала на разговору о различитим менталним стањима и разумијању ироније, сарказма, бијелих лажи и скривених емоција) наводи да се у групи која је прошла обуку значајно смањио ниво усамљености (Caputi et al., 2020).

Наши резултати показују да, након контролисања ефекта коваријата, није утврђена значајна разлика између подузорака ЛИО и ДД на супскалама Усамљеност и Социјално незадовољство. Наше истраживање је реализовано у установама резиденцијалног типа, дневним и ресурсним центрима током 2020/21. године у вријеме пандемије COVID-19 вирусом. Током овог периода су, из здравствених и сигурносних разлога, многе од услуга биле недоступне или затворене што је утицало на рутину особа са ИО, њихову самосталност и смањило број социјалних контаката што је за пољедицу могло довести до већег нивоа усамљености и социјалног незадовољства. У истраживањима која су поредила усамљеност између особа са ИО смјештених у резиденцијалним установама и отвореној заједници није пронађена разлика у нивоима усамљености, док су виши нивои социјалног незадовољства пронађени код особа у резиденцијалном смјештају (Perry et al., 2006; Stancliffe, 2005; Stancliffe & Keane, 2000, све према Stancliffe et al., 2007). Варијабла тип становања није узимана у обзир у овом истраживању, што би могло представљати његову мањкавост, те у наредним истраживањима треба провјерити њену улогу.

Мек Вили и сарадници (McVilly et al., 2006) наводе да негативна емоционална искуства усамљености могу произаћи из самоопаженог недостатка емоционалне повезаности и интимности са другим особама. У овој студији они наглашавају да није пронађена повезаност између осјећања усамљености и величине социјалне мреже (броја, учесталости и трајања активности са пријатељима) наглашавајући субјективну природу усамљености. Неке особе са ИО су осјећале висок ниво усамљености иако су живјеле у резиденцијалном смјештају уз сталну подршку особља (Stancliffe et al., 2007). У поређењу са 15–30% одраслих особа ТР нека истраживања наводе да је половина одраслих особа са ИО хронично усамљена, док се код дјетеце наводи преваленца од 60 до 65% (Guralnick, 2006, према Gilmore & Cuskelly, 2014).

Особе са ИО су подложније дискриминацији, стигматизацији, маргинализацији и социјалној искључености, па пријављују већи ниво усамљености од особа ТР. Такође, губитак независности, аутономије, самопоштовања и самопоуздања може озбиљно утицати на појаву усамљености. Особе са вишим нивоом образовања које живе у своме домаћинству, који имају посао са пуним или скраћеним радним временом или живе са дјецом у домаћинству, су пријавиле ниже нивое усамљености (Pagan, 2020). Већи „индекс релационог времена“ (учесталост контакта са члановима породице, пријатељима и комшијама; кориштење *on-line* друштвених платформи; учешће у волонтирању, спорту, културним активностима и вјерским догађајима) смањује скор усамљености (Shankar et al., 2017; The & Teu, 2019).

Истраживања новијег датума наглашавају да је веза између СК и усамљености више изражена код клиничких популација него код особа ТР (Ludwig et al., 2020; Okruszek et al., 2021). Тако Лудвиг и сарадници (Ludwig et al., 2020) у истраживању код особа са СХ, проналазе да је повезаност СК и усамљености ограничена на специфичну подскупину испитаника са СХ, али не и на све особе са том дијагнозом. Аутори закључују да се и особе са СХ адекватно развијене СК могу осјећати усамљено када доживе неусклађеност између жељеног и тренутног квалитета, квантитета и типа везе са другом особом. Такође, наводи се да код особа са очуваном СК, усамљеност може бити повезана са негативним каузалним атрибуцијама, тј. склоношћу да се друштвене ситуације интерпретирају на негативан начин.

На основу претходно наведених резултата, нашим истраживањем **смо потврдили четврту хипотезу којом смо претпоставили да ће СК одраслих особа са ИО бити позитивно повезана са квалитетом пријатељства, а негативно са осјећањем усамљености.**

5.5. Дискусија резултата у вези са петом хипотезом

Нашом петом хипотезом претпоставили смо да ће особе са ДД испољити већу учесталост и тежину МП и имати лошији квалитет пријатељства од особа са ЛИО.

Резултати нашег истраживања су показали да испитаници са ДД имају више резултате на супскалама Самоповрјеђивање (учесталост/тежина) и Стереотипно понашање (учесталост/тежина). Међутим, након контролисања ефекта коваријата, подузорак испитаника са ЛИО и подузорак испитаника са ДД не остварују значајне разлике на супскалама Инвентара проблематичног понашања. Такође, добијени резултати показују да жене имају значајно више скорове на супскалама Самоповрјеђујуће понашање (учесталост/тежина), те да су на овим супскалама утврђене статистички значајне разлике.

Можемо претпоставити да разлике између испитаника са ЛИО и ДД у МП нису потврђене због преклапајућег дјеловања симптома психијатријске болести који могу довести до дијагностичког замагљивања. Такође, испитаници са ЛИО су исто као и испитаници са ДД имали симптоме депресије, ПСА и маније, само у мањем обиму. Резултати једног истраживања наводе да постојеће МП може да се погорша суперпонираном психијатријском болешћу, док неки симптоми психијатријске болести могу редуковати МП. Тако, нпр. код особа са дуготрајним агресивним понашањем депресија може узроковати редукцију тог понашања (Cooper et al., 2003).

Особе са ДД у нашем истраживању су због присуства психијатријске болести под контролом психофармака, најчешће антипсихотика (рисперидон, халдол, лепонекс) који се такође користе у контролисању МП, тако да то може представљати један од разлога што код ових особа није утврђено веће присуство различитих форми МП, као што се и очекивало. Резултати новијих истраживања истичу да се код особа са ИО често користе антипсихотици у циљу контролисања МП, чак и без постојања коморбидитета са психијатријском дијагнозом (Lunsky et al., 2018; Perry et al., 2018, Sheehnan et al., 2015, све према Campos-Jara

et al., 2023). Непостојање разлика између подузорака са ЛИО и ДД можемо посматрати и кроз специфичност скале Инвентар проблематичног понашања која је дизајнирана тако да обухвата три најчешћа облика МП (самоповрјеђујуће, агресивно и стереотипно понашање), те су неки други облици понашања, који се могу појавити уз присуство психијатријског коморбидитета, можда остали непрепознати.

У ранијим студијама које су испитивале преваленцу психијатријских поремећаја код особа са ИО маладаптивно понашање се сматрало обликом психијатријског поремећаја. Међутим, у новијим системима класификације као што је DSM-5 и ICD-11 (APA, 2013), МП се не посматра као форма психијатријских стања (Deb et al., 2022). У европској студији у коју је била укључена 151 одрасла особа са ИО из старачких домова и рехабилитационих центара, утврђена је психијатријска дијагноза код њих 63.5%. У овој групи испитаника нашло се 34% особа са МП, 13.9% са ПСА и 10.6% са АДХД синдромом (Gormez & Ismet, 2017).

МП могу бити бихевиорални еквиваленти (атипичне презентације) проблема менталног здравља; секундарне карактеристике психијатријског стања или проблеми менталног здравља могу појачавати већ постојеће МП (Emerson, 2001, према Painter et al., 2018). Могућа објашњења ове двије појаве у популацији особа са ИО могу бити сљедећа: разлике у дијагностичким категоријама код особа са ИО (Bertelli et al., 2015; Melville et al., 2016); недоследне дефиниције МП (Hemmings et al., 2013); преклапање између ова два проблема (Holden & Gitlesen, 2009) и практичне потешкоће у кориштењу дијагностичких система у клиничкој пракси и истраживању (Thakker et al., 2012, све према Painter et al., 2018). Такође, потребно је имати у виду различиту сензитивност примјењених скала, избор и број понуђених ајтема којима се региструју различити облици МП (Dykens, 2000, према Buha i Gligorović, 2013).

Повезаност психијатријских стања код особа са ИО и МП може се објаснити сљедећим чиниоцима: присуство психијатријске болести може довести до већег испољавања већ постојећих МП (нпр. депресивној особи са ИО може недостајати мотивација за социјално ангажовање и у складу са тим она може показивати одређена понашања која доводе до социјалне изолације, што посљедично резултира већим испољавањем МП); код особа са ИО које имају тешкоћа у изражавању својих емоција, МП могу бити секундарне карактеристике проблема менталног здравља (нпр. соматски симптоми депресије могу довести до поремећаја сна, узнемирености и присуства различитих форми МП) (Emerson, 2001, према Bowring et al., 2019). У свјетлу свега наведеног може се закључити да је повезаност МП и психијатријских стања сложена, вишеструка и двосмјерна (Pruijssers et al., 2014; Sappok et al., 2014).

Са друге стране, резултати неких истраживања наводе да је већа учесталост и тежина МП пронађена код особа са ИО и психијатријским коморбидитетом у поређењу са особама које имају само ИО (Newman et al., 2015; Tsiouris et al., 2011). Волкорт и сарадници (Wolkorte et al., 2019) наводе да већина особа са ИО испољава вишеструка МП (самоповрјеђивање, агресију према другима и према објектима, злоупотребу супстанци, опозиционо понашање), као и да се та понашања учесталије појављују код особа са коморбидним психијатријским стањима.

Сапок и сарадници (Sapok et al., 2014) истичу да присуство ПСА код особа са ИО предвиђа МП, посебно летаргију и стереотипно понашање. Резултати неких истраживања наглашавају да су самоповрјеђујуће и агресивно понашање много чешћи код особа са ИО које имају дијагнозу аутизма него оних који имају саму ИО (Didden et al., 2012; Mazurek et al., 2013; McClintock et al., 2003; Nicholls et al., 2020; Rice et al., 2016; Richman et al., 2013; Soke et al., 2018, према Esteves et al., 2021). Са друге стране Фармер и сарадници (Farmer et al., 2015) истичу да особе са ИО и аутизмом испољавају мање агресивног понашања од оних који имају само ИО, док нека истраживања нису пронашла повезаност агресије и аутизма код особа са ИО (Didden et al., 2012; Kanne & Mazurek, 2011). Налази неких студија наводе да су

психотични симптоми главни фактори који доприносе агресивном понашању (Large & Nielssen, 2011; Winsper et al., 2013, све према Girasek et al., 2022).

Мос и сарадници (Moss et al., 2000) указују на то да особе са већом учесталošћу и тежином МП имају двоструко већу преваленцу психијатријских симптома. У њиховом истраживању депресија је била четири пута чешћа код особа које имају израженије МП. Овакве резултате проналазимо и код Ексмона и сарадника (Axmon et al., 2017) који наводе да се већа учесталост и тежина МП јавља код особа са ЛИО и коморбидним психијатријским стањима, док Пења-Саласар и сарадници (Peña-Salazar et al., 2020), у епидемиолошкој студији, закључују да је истовремена појава менталног поремећаја и МП чешћа код особа са блажим облицима ИО него код особа са тежим.

Резултати неких истраживања проналазе повезаност између самоповрјеђујућег понашања и одређених психијатријских стања (гранични поремећај личности, биполарни поремећај, депресивни поремећај) (Haw et al., 2001; Joyce et al., 2010; Zanarini et al., 2008) и углавном наглашавају да је ниво интелектуалног и адаптивног функционисања обрнуто повезан са присуством самоповрјеђујућег понашања (Kurzius-Spencer et al., 2018; McClintock et al., 2003; Rice et al., 2016; Richards et al., 2012, 2016; Richman et al., 2013). Пеинтер и сарадници (Painter et al., 2018) истичу да је присуство психијатријског коморбидитета повезано са присуством самоповрјеђивања и агресивног понашања, проналазећи највећу повезаност код особа са тежим облицима ИО. Супротни налази истичу да нису пронађене статистички значајне разлике између присуства МП код особа са ИО и депресијом и оних без симптома депресивног поремећаја (Tsiouris et al., 2003).

У студији са 47 дјеце са фрагилним X хромозомом различитог степена интелектуалног функционисања пронађена је позитивна повезаност између МП и психијатријског коморбидитета (Newman et al., 2015). Деценију раније Роган и сарадници (Rojahn et al., 2004) такође проналазе значајну повезаност између проблема у понашању (стереотипна понашања) и постојања психијатријске дијагнозе.

Иако су наши резултати показали да у подзорку испитаника са ЛИО, на супскали Агресија/деструкција постоји средња и позитивна корелација са старосћу, контролом овог ефекта старост се није показала као значајан предиктор разлика између испитаника са ЛИО и ДД. Са друге стране Ајнфелд и сарадници (Einfeld et al., 2006) дошли су до резултата да старосна доб нема значајне ефекте на пораст МП код особа са ИО, чак се и показало да временом долази до опадања у испољавању овог понашања. У објашњењу оваквих резултата наводе се фактори који се односе на смањење дозе или прекид употребе психотропних лијекова, дугорочни ефекти употребе медикамената, друштвени, едукативни, здравствени фактори те утицај окружења (Deb et al., 2009, према Тамаш и Glumbić, 2015). Неки аутори су утврдили да животни период може бити значајан фактор за успијешност кориговања МП и да се код млађих особа позитивни ефекти третмана постижу брже у односу на старије (Brown et al., 2013, према Тамаш и Glumbić, 2015).

Наши резултати показали су да жене имају значајно веће скорове на супскалама Самоповрјеђујуће понашање/учесталост/тежина, те да су на овим супскалама утврђене статистички значајне разлике. Ове резултате поткрепљују резултати истраживања који такође наводе да жене показују већу учесталост и тежину самоповрјеђујућег понашања (Jones et al., 2008; van den Bogaard et al., 2018), док мушкарци показују већу учесталост и тежину агресивног/деструктивног понашања (McClintock et al., 2003). У објашњењу ових резултата неки од аутора издвајају дисменореју која је двоструко више заступљена међу женама са ИО (у односу на жене ТР), и која може да доведе до озбиљних проблема у понашању као што је самоповрјеђивање (Carr et al., 2003, према Мау & Kennedy, 2010). Такође, самоповрјеђујуће понашање се чешће јавља код жена са ИО и коморбидном аутистичком симптоматологијом (Cohen et al., 2010; Crocker et al., 2006, према Girasek et al., 2022). Треба напоменути да постоје и она истраживања у којима се не проналазе разлике између мушкараца и жена у

испољавању различитих облика МП (Balboni et al., 2020; Bowring et al., 2017; Kanne & Mazurek, 2011; McTiernan et al., 2011; Murphy et al., 2009; Nicholls et al., 2020).

Нашим истраживањем обухваћена је хетерогена група испитаника са ДД, те да бисмо могли утврдити да ли разлике у испољавању МП између њих и особа са ЛИО заиста постоје, будућа истраживања би требало дизајнирати обухватајући већи узорак испитаника са истим или сличним коморбидитетом користећи новије дијагностичке класификације и осјетљивије мјерне инструменте.

С обзиром на то да је другим дијелом пете хипотезе предвиђено да ће особе са ДД имати лошији квалитет пријатељства од особа са ЛИО, у наставку текста ћемо продискутовати наше резултате.

Добијени резултати нашег истраживања показали су да коваријат *старост* остварује значајан ефекат на постигнућа на супскали Дружење и Помоћ. Након контролисања ефекта коваријата подзорак испитаника са ЛИО остварује боља постигнућа од испитаника са ДД на супскалама Помоћ, Сигурност и Блискост. У оба подзорка на супскалама Дружење и Помоћ утврђена је средња и негативна корелација у односу на старосну доб, тј. са порастом старосне доби опадају постигнућа на поменутих скалама.

Емерсон и МекВили (Emerson & McVilly, 2004) сматрају да су карактеристике окружења више повезане са квалитетом и величином пријатељских веза него индивидуалне карактеристике особа са ИО. Особе са ДД из нашег истраживања углавном су смјештене у некој од резиденцијалних установа у БиХ. У нашем истраживању већина испитаника са ДД (79%) као свог најбољег пријатеља наводе плаћено особље (дефектологе, васпитаче, социјалне раднике и медицинско особље), док испитаници са ЛИО у већини (70%) за најбољег пријатеља сматрају особе које такође имају ИО и са којима проведе највише времена током боравка у дневним центрима или у заједници.

Пријатељства са особљем карактерише недостатак реципроцитета и раздвајање професионалног од приватног у односима особља са особама са ИО. Такође, наводи се да особе са ИО које имају већу потребу за подршком имају мање могућности за склапање пријатељских веза (Friedman & Rizzolo, 2018). Резултати једне кохортне студије одраслих особа са ИО наводе да се укупна величина социјалних контаката смањивала са годинама, а учесталост социјалних контаката била негативно повезана са старењем и боравком у институцији (Kamstra et al., 2015).

Поред фактора окружења, једно од потенцијалних објашњења разлика у квалитету пријатељских односа између особа са ЛИО и ДД можда се може тражити и у карактеристикама придружених психијатријских стања код особа са ДД. Испитаници са ДД у нашем истраживању имају највише изражене симптоме депресије и ПСА. Депресија доводи до појачане туге, социјалног повлачења и обиљежена је присуством негативних мисли, ниским самопоштовањем, губитком интересовања, анксиозношћу и негативним друштвеним поређењем што за посљедицу може имати губитак или слабљење пријатељских веза. Истиче се да депресија не умањује нечију жељу да се повеже са другим људима, већ његову способност (McGillivray & McCabe, 2010). Такође, присуство аутистичких симптома које подразумева дефицит у социјалним интеракцијама, комуникацији и присуство необичних интересовања могу значајно допринијети лошијем квалитету пријатељства код особа са ДД. Наводи се да особе са аутистичким симптомима могу да преферирају социјалне интеракције које укључују мање контакта лицем у лице и мање вербалне комуникације (Chan et al., 2023).

У студији код особа са СХ се истиче да упркос чињеници да 43% испитаника нема пријатеља, они који их имају наводе висок ниво емоционалне и практичне подршке, а за свог најбољег пријатеља особу коју су упознали током хоспитализације или у центрима за подршку (Harley et al., 2012). У једном истраживању у коме је процјењиван број и квалитет пријатељских веза код адолесцената и одраслих особа са фрагилним Х хромозом и ПСА, особе са фрагилним Х хромозомом имале су више пријатеља и бољи квалитет пријатељстава.

У овом истраживању је добијено да особе са ПСА имају више изражено МП што последично ограничава реципрочне социјалне интеракције и негативно утиче на квалитет пријатељства (DaWalt et al., 2019).

Наше истраживање је показало да између испитаника са ЛИО и ДД не постоје значајне разлике у испољавању МП, али да испитаници са ЛИО имају бољи квалитет пријатељства, **чиме смо дјелимично потврдили нашу пету хипотезу којом смо претпоставили да ће особе са ДД испољити већу учесталост и тежину МП и имати лошији квалитет пријатељства од особа са ЛИО.**

5.6. Дискусија резултата који су у вези са шестом хипотезом

Шестом хипотезом нашег истраживања претпоставили смо да ће МП бити негативно повезано са квалитетом пријатељства код испитаника са ЛИО и ДД.

Резултати каноничке корелационе анализе издвојили су два значајна фактора која указују на повезаност МП и квалитета пријатељства. Први канонички фактор показује да више МП у области самоповрјеђивања и агресије води нижим скоровима пријатељства. Други канонички фактор показује да израженије стереотипно понашање доприноси бољим пријатељским релацијама, док присуство самоповрјеђивања доприноси лошијим пријатељским односима. На основу ових резултата можемо закључити да МП свакако предвиђа у одређеној мери квалитет пријатељства и то најчешће кроз негативну везу.

Поред негативног утицаја на квалитет пријатељства, доказано је да МП има низ негативних посљедица на квалитет живота индивидуе, емоционално благостање чланова породице, особља и суграђана и доводи до ограниченог приступа сервисима подршке (Wolkorte et al., 2019).

Због чињенице да се агресивно понашање испољава у различитим облицима (вербална и физичка, реактивна и проактивна, прикривена и отворена агресија) и да је углавном усмјерено на друге особе или особље, неоспоран је његов негативан ефекат на квалитет пријатељских релација. Као посљедица овог понашања особа није у стању развити и одржати позитивне аспекте квалитета пријатељства. Са друге стране самоповрјеђујуће понашање је интернализованог типа и овим понашањем особа озлијеђује своје тијело, што последично доводи до социјалне изолације, лошијих интерперсоналних релација, али и страха и удаљавања блиских особа.

Стереотипна понашања нису усмјерена према другим особама и не доводе до поврјеђивања саме особе као ни других особа, што би могло објаснити њихов позитиван утицај на квалитет пријатељских релација. Налази истраживања пружили су доказ да су ова понашања мултифункционална, мотивисана жељом да се добије пажња, жељени објекат или потребом за бијегом из превише захтјевног окружења (Ben-Sasson et al., 2007, према Mastilo i Calasan, 2020).

У литератури наилазимо на различита тумачења везе између МП и пријатељских релација. Тако се, у истраживању Типтона и сарадника (Tipton et al., 2013) наводи да када особе са ИО не разумију понашања која узрокују искључење из вршњачке групе то може резултирати недостатком блиских пријатељстава. У овом истраживању адолесценти са ИО који су имали више интернализованих понашања су показивали више блискости и топлине у пријатељским везама. Транзиција ученика у средње школе и сами изазови адолесценције могу утицати на негативне интеракције са вршњацима, а самим тим довести и до интернализованих проблема у понашању (анксиозност и депресија) (Tipton, 2011). У истраживању код особа ТР у којем је мјерена повезаност самоперцепције квалитета пријатељства и просоцијалног/антисоцијалног понашања, квалитет пријатељства био је значајно повезан са понашањем према пријатељу. Позитивна перцепција квалитета пријатељства била је повезана са просоцијалним и асертивним понашањем, док је негативна перцепција квалитета пријатељства била у вези са пријатељевим критиковањем, сукобима и

антисоцијалним понашањем (Markiewicz et al., 2001). Резултати једне ретроспективне студије са одраслим особама показали су постојање корелација агресивног понашања са потешкоћама у одржавању тренутних пријатељских веза, али и са лошијим квалитетом пријатељстава доживљених током дјетињства (King et al., 2017, према Di Norcia et al., 2022). Супротни резултати наглашавају да је однос између отворене агресије и квалитета пријатељства хетероген и сложен. Наводи се да агресивни адолесценти могу бити популарни међу вршњацима, имати добро развијене социјалне вјештине и блиска пријатељства (Fanti et al., 2009).

С обзиром на представљене резултате нашег истраживања можемо закључити да је **наша шеста хипотеза којом смо претпоставили да ће МП бити негативно повезано са квалитетом пријатељства код испитаника са ЛИО и ДД, дјелимично потврђена.**

VI ЗАКЉУЧАК

Према резултатима нашег истраживања код испитаника са ЛИО опадају постигнућа са порастом старосне доби у доменима афективна ТОМ, погрешан корак и социјално знање, а код испитаника са ДД на супскалама ТОМ другог реда, несоцијално расуђивање, погрешан корак и социјално знање. Наши резултати су показали да нису утврђене разлике према полу, осим код испитаника са ДД на супскали *COST (QR)* – несоцијално расуђивање. У односу на наведено можемо закључити да је **наша прва хипотеза којом смо претпоставили да код одраслих особа са ИО неће постојати значајне разлике у односу на социо-демографска обиљежја (старост и пол), одбачена.**

Добијени резултати показују да одрасле особе са ЛИО остварују боља постигнућа од особа са ДД у свим испитиваним доменима СК (когнитивној и афективној ТОМ, интерперсоналном и интраперсоналном разумијевању социјалних норми, ТОМ првог и другог реда, погрешном кораку и социјалном знању). Овим је **потврђена друга хипотеза на основу које смо очекивали да ће одрасле особе са ЛИО бити успјешније у појединим доменима СК (ТОМ, ПЕ, СП) од особа са ДД.**

Наши резултати су утврдили негативну повезаност између свих испитиваних домена СК и МП код испитаника са ЛИО и ДД, тј. више присуство самоповрјеђујућег, стереотипног и агресивног/деструктивног понашања је у вези са нижим постигнућима на тестовима СК **чиме је трећа хипотеза којом се претпоставља се да ће СК способности одраслих особа са ИО бити негативно повезане са њиховом склоношћу ка испољавању МП, потврђена.**

Добијени резултати показали су позитивну везу између СК и позитивних димензија квалитета пријатељства (Дружење, Помоћ, Сигурност и Блискост), као и негативну везу са осјећањем усамљености и социјалног незадовољства, чиме је наша четврта хипотеза која гласи да **ће СК одраслих особа са ИО бити позитивно повезане са квалитетом пријатељства, а негативно са осјећањем усамљености, потврђена.**

У нашем истраживању подузорок испитаника са ЛИО и подузорок испитаника са ДД не остварују значајне разлике на супскалама Инвентара пролематичног понашања, а испитаници са ЛИО остварују боља постигнућа од испитаника са ДД на супскалама квалитета пријатељства (Помоћ, Сигурност и Блискост) тако да је наша пета хипотеза којом се **претпоставља се да ће особе са ДД испољити већу учесталост и тежину МП и имати лошији квалитет пријатељства од особа са ЛИО, дјелимично потврђена.**

Виши маладаптивни проблеми у области самоповрјеђивања и агресије су у вези са нижим скоровима пријатељства, а израженије стереотипно понашање је повезано са бољим пријатељским релацијама те можемо закључити да је **наша шеста хипотеза којом се претпоставља да ће МП бити негативно повезано са квалитетом пријатељства у испитиваним групама, дјелимично потврђена.**

Нашим истраживањем смо дошли до закључка да код испитаника са ЛИО и ДД старењем опадају способности СК у одређеним доменима, док у одређеним доменима расту. Нисмо утврдили разлике између мушких и женских испитаника. Испитаници са ЛИО су успјешнији у већини задатака СК. СК је негативно повезана са МП и усамљеношћу, а позитивно са квалитетом пријатељства.

Ово је прва студија која је покушала да пружи свеобухватнији увид у различите домене СК и укаже на њене специфичности код одраслих особа са ЛИО и ДД. Нашим резултатима смо показали да позитивни аспекти квалитета пријатељства имају велики значај у објашњавању способности СК код особа са ЛИО и ДД на чему се може заснивати и креирање одговарајућих програма за унапређење СК, што би довело до њиховог адекватнијег социјалног функционисања током свакодневних активности, а што је крајњи циљ специјалне едукације и рехабилитације одраслих особа са ИО. *SCIT* програм (*social cognition integration training*) кориштен код особа са психијатријским болестима у различитим регионима свијета, показао се као најефикаснији програм обуке СК. Овај програм би могао бити разматран и за примјену у популацији особа са ИО.

Ипак, не треба занемарити чињеницу да су наши резултати добијени на малом узорку испитаника са ЛИО и ДД, средњег одраслог доба, као и да је подузорок испитаника са ДД хетероген у погледу придружених психијатријских стања што захтјева провјеру резултата на бројнијем узорку, обухватањем више узрасних категорија и истих придружених психијатријских поремећаја. Такође, како бисмо добили еколошки валидније податке било би добро наредна истраживања креирати у правцу посматрања способности СК у конкретним социјалним ситуацијама. Такође, наши резултати су добијени на узорку испитаника који су користили неке услуге у заједници (социјалне заштите и невладиног сектора), те стога не можемо са сигурношћу тврдити да се они могу генерализовати на популацију одраслих особа са ЛИО и ДД које нису обухваћене различитим видовима подршке у заједници.

VII ЛИТЕРАТУРА

1. Abbeduto, L., Short-Meyerson, K., Benson, G., & Dolish, J. (2004). Relationship between theory of mind and language ability in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(2), 150-159. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00524.x>
2. Achim, A. M., Ouellet, R., Lavoie, M. A., Vallières, C., Jackson, P. L., & Roy, M. A. (2013). Impact of social anxiety on social cognition and functioning in patients with recent-onset schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 145(1-3), 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.012>
3. Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M. A., & Jackson, P. L. (2012). Mentalising in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.011>
4. Adenzato, M., Brambilla, M., Manenti, R., De Lucia, L., Trojano, L., Garofalo, S., Enrici, I. & Cotelli, M. (2017). Gender differences in cognitive theory of mind revealed by transcranial direct current stimulation on medial prefrontal cortex. *Scientific Reports*, 7(41219), 1-32. <https://doi.org/10.1038/srep41219>
5. Ailey, S. H. (2008). The sensitivity and specificity of depression screening tools among adults with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 45-64. <https://doi.org/10.1080/19315860802656659>
6. Ailey, S. H., Miller, A. M., Heller, T., & Smith, E. V. (2006). Evaluating an interpersonal model of depression among adults with Down syndrome. *Research and Theory for Nursing Practice*, 20(3), 229-246. <https://doi.org/10.1891/rtnp.20.3.229>
7. Ali, A., Blickwedel, J., & Hassiotis, A. (2014). Interventions for challenging behaviour in intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(3), 184-192. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011577>
8. Amado, A., Sidera, F., & Serat, E. (2022). Affective and cognitive theory of mind in children with Down syndrom: A brief report. *Internation Journal of Disability, Development and Education*, 12(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2022.2095355>
9. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
10. Amore, M., Bertelli, M., Villani, D., Tamborini, S., & Rossi, M. (2011). Olanzapine vs. risperidone in treating aggressive behaviours in adults with intellectual disability: A single blind study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 210-218. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01352.x>
11. Andrić-Petrović, S. (2018). *Analiza kognicije i razvojnih prilagođavanja kod osoba pod različitim rizikom za psihozu*. [Doktorska disertacija, Medicinski fakultet Beograd]. PHAIDRA.
12. Ashcroft, A., Jervis, N., & Roberts, C. (2010). A Theory of mind (TOM) and people with learning disabilities: The effect of training package. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12(1), 58-68. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1999.tb00050.x>
13. Astington, J. W., & Edward, M. J. (2010). The development theory of mind in early childhood. *Encyclopedia of Early Childhood Development*, 3, 1-7.
14. Austin, G., Bondü, R., & Elsner, B. (2020). Executive function, theory of mind, and conduct-problem symptoms in middle childhood. *Frontiers in Psychology*, 11(1), 539-547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00539>
15. Axmon, A., Björne, P., Nylander, L., & Ahlström, G. (2018). Psychiatric diagnoses in relation to severity of intellectual disability and challenging behaviors: A register study among older people. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1344-1350. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348483>
16. Ayako, K., Kumiko, H., Sayaka, A., Shenghong, P., Koichi, K., Tamiko, M., Sachie, O., Maki, M., Niwa, S., Akiko, I., Emi, I., Akiko, K., Syudo, Y., Kazuhiko, I., David, L. R., & Kazuyuki, N. (2014). New instrument for measuring multiple domains of social cognition: Construct validity of the social cognition screening questionnaire (Japanese version). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(9), 701-711. <https://doi.org/10.1111/pcn.12181>

17. Ayub, M., Saeed, K., Munshi, T. A., & Naeem, F. (2015). Clozapine for psychotic disorders in adults with intellectual disabilities. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(9), CD010625. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010625.pub2>
18. Baez, S., Herrera, E., Villarin, L., Theil, D., Gonzalez-Gadea, M. L., Gomez, P., Mosquera, M., Huepe, D., Strejilevich, S., Vigliecca, N. S., Mattheaus, F., Decety, J., Manes, F., & Ibanez, A. M. (2013). Contextual social cognition impairments in schizophrenia and bipolar disorder. *PLoS One*, 8(3), e57664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057664>
19. Baez, S., Rattazzi, A., Gonzalez-Gadea, M. L., Torralva, T., Vigliecca, N. S., Decety, J., Manes, F., & Ibanez, A. (2012). Integrating intention and context: Assessing social cognition in adults with Asperger syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(302), 1-21. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00302>
20. Baglio, G., Basi, V., Sanguliano Intra, F., Castelli, I., Massaro, D., Baglio, F., Valle, A., Zanette, M., & Marchetti, A. (2016). Social competence in children with borderline intellectual functioning: Delayed development of theory of mind across all complexity levels. *Frontiers in Psychology*, 7(2), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01604>
21. Bailey, P. E., & Henry, D. J. (2008). Growing less empathic with age: Disinhibition of the self-perspective. *The Journals of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), 219-226. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.4.p219>.
22. Bailey, P. E., Henry, D. J., & Von Hippel, W. (2008). Empathy and social functioning in late adulthood. *Aging and Mental Health*, 12(4), 499-503. <https://doi.org/10.1080/13607860802224243>
23. Baksh, A., Abrahams, S., Auyeung, B., & MacPherson, S. (2018). The Edinburgh Social Cognition Test (ESCoT): Examining the effects of age on a new measure of theory of mind and social norm understanding. *PloS One*, 13(4), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195818>
24. Baksh, R. A., Abrahams, S., Bertlich, M., Cameron, R., Jany, S., Dorrian, T., & Auyeung, B. (2020). Social cognition in adults with autism spectrum disorders: Validation of the Edinburgh Social Cognition Test (ESCoT). *The Clinical Neuropsychologist*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1737236>
25. Baksh, R. A., Bugeja, T., & MacPherson, S. E. (2020). Executive functions do not underlie performance on the Edinburgh Social Cognition Test (ESCoT) in healthy younger and older adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(5), 527-538. <https://doi.org/10.1017/S1355617719001450>
26. Balboni, G., Battagliese, G., & Pedrabissi, L. (2000). The psychopathology inventory for mentally retarded adults: Factor structure and comparisons between subjects with or without dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 21(4), 311-321. [https://doi.org/10.1016/S08914222\(00\)00044-5](https://doi.org/10.1016/S08914222(00)00044-5)
27. Balboni, G., Rebecchini, G., Elisei, S., & Tassé, M. J. (2020). Factors affecting the relationship between adaptive behavior and challenging behaviors in individuals with intellectual disability and co-occurring disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 104(6), 103-117. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103718>
28. Barendse, E. M., Hendriks, M. P., Thoonen, G., Aldenkamp, A. P., & Kessels, R. P. (2018). Social behaviour and social cognition in high-functioning adolescents with autism spectrum disorder (ASD): Two sides of the same coin? *Cognitive Processing*, 19(4), 545-555. <https://doi.org/10.1007/s10339-018-0866-5>
29. Baron-Cohen, S. (1989). Perceptual role taking and protodeclarative pointing in autism. *British Journal of Developmental Psychology*, 7(2), 113-127. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1989.tb00793.x>
30. Baron-Cohen, S., & Hammer, J. (1997). Parents of children with Asperger syndrome: What is the cognitive phenotype?. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9(4), 548-554. <https://doi.org/10.1162/jocn.1997.9.4.548>

31. Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Applied Disciplines*, 38(7), 813-822. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>
32. Baron-Cohen, S., Kinickmeyer, R. S., & Belmonte, M. K. (2005). Sex differences in the brain: Implications for explaining autism. *Science*, 310(5749), 819-823. <https://doi.org/10.1126/science.1115455>
33. Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 29(5), 407-418. <https://doi.org/10.1023/A:1023035012436>
34. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-251 <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
35. Baudewijns, L., Ronsse, E., Verstraete, V., Sabbe, B., Morrens, M., & Bertelli, M. O. (2018). Problem behaviours and major depressive disorder in adults with intellectual disability and autism. *Psychiatry Research*, 270(2), 769-774 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.039>
36. Baum, K., & Nowicki, S. (1998). Perception of emotion: Measuring decoding accuracy of adult prosodic cues varying in intensity. *Journal of Nonverbal Behavior*, 22(2), 89-107. <https://doi.org/10.1023/A:1022954014365>
37. Bauminger, N., & Kimhi-Kind, I. (2008). Social information processing, security of attachment, and emotional regulation in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41(4), 315-332. <https://doi.org/10.1177/0022219408316095>
38. Bauminger, N., Edelsztein, S. H., & Morash, J. (2005). Social information processing and emotional understanding in children with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 38(1), 45-61. <https://doi.org/10.1177/00222194050380010401>
39. Bauminger, N., Solomon, M., & Rogers, S. J. (2010). Predicting friendship quality in autism spectrum disorders and typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(6), 751-761. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0928-8>
40. Beer, J. S., & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, 1079(1), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.002>
41. Bellanti, C. J., & Bierman, K. L. (2000). Disentangling the impact of low cognitive ability and inattention on social behavior and peer relationships. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 66-75. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_7
42. Belva, B. C., & Matson, J. L. (2015). Examining the psychometrics of the Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults-II for individuals with mild and moderate intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 36(2015), 291-302. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.017>
43. Benito-Ruiz, G., Luzón Collado, C., Arrillaga-González, J., & Lahera, G. (2022). Development of an ecologically valid assessment for social cognition based on real interaction: Preliminary results. *Behavioral Sciences*, 12, 54. <https://doi.org/10.3390/bs12020054>
44. Bertelli, M., Rossi, M., Scuticchio, D., & Bianco, A. (2015). Diagnosing psychiatric disorders in people with intellectual disabilities: issues and achievements. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(5), 230-242. <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2015-0023>
45. Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K. (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(1), 986-995. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01124.x>
46. Bigby, C., & Knox, M. (2009). "I want to see the Queen": Experiences of service use by ageing people with an intellectual disability. *Australian Social Work*, 62(2), 216-231. <https://doi.org/10.1080/03124070902748910>

47. Blackmore, S. J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65(1), 187-207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>
48. Blijd-Hoogewys, E. M. A., Van Geert P. L. C., Serra M., & Minderaa R. B. (2010). Development of theory-of-mind and the theory-of-mind storybooks. Research in typically developing children and children with autism spectrum disorders. *European Psychiatric Review*, 3(2), 34-38. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01970>
49. Bloom, P., & German, T. P. (2000). Two reasons to abandon the false-belief task as a test of theory of mind. *Cognition*, 77(1), 25-31. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(00\)00096-2](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(00)00096-2)
50. Bodfish, J. W., Symons, F. J., Parker, D. E., & Lewis, M. H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 30(3), 237-243. <https://doi.org/10.1023/a:1005596502855>
51. Bora, E., & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 191, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.023>
52. Bora, E., Vahip, S., Gonul, A. S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M., & Eryavuz, A. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(2), 110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00570.x>
53. Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1-3), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.12.020>
54. Borthwick-Duffy S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 17-27. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.62.1.17>
55. Bosacki, S., Moreira, F. P., Sitnik, V., Andrews, K., & Talwar, V. (2020). Theory of mind, self-knowledge, and perceptions of loneliness in emerging adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 181(1), 14-31. <https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1687418>
56. Bottiroli, S., Cavallini, E., Ceccato, I., Vecchi, T., & Lecce, S. (2016). Theory of mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.09.009>
57. Bouras, N., Martin, G., Leese, M., Vanstraelen, M., Holt, G., Thomas, C., Hindler, C., & Boardman, J. (2004). Schizophrenia-spectrum psychoses in people with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 48(6), 548-555. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00623.x>
58. Bowker, A. (2004). Predicting friendship stability during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 24(2), 85-112. <https://doi.org/10.1177/0272431603262666>
59. Bowring, D. L., Painter, J., & Hastings, R. P. (2019). Prevalence of challenging behaviour in adults with intellectual disabilities, correlates, and association with mental health. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 1-9 <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00175-9>
60. Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & Griffith, G. M. (2016). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16-32. <https://doi.org/10.1111/bjc.12118>
61. Brojčin, B. (2008). Teorija uma. U N. Glumbić (Ur.), *Teorija uma dece sa posebnim potrebama* (str. 9-28). Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
62. Brojčin, B., Glumbić, N., i Đorđević, M. (2014). Usvojenost teorije uma kod djece i adolescenata sa lakom intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 13(1), 11-34. <https://doi.org/10.5937/specedreh13-5428>
63. Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133(2-3), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.10.007>

64. Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind – evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.08.001>
65. Bryan, T., Sullivan-Burstein, K., & Mathur, S. (1998). The influence of affect on social-information processing. Assessing the personal and social status of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31(5), 418-426. <https://doi.org/10.2307/1593631>
66. Buha, N., i Gligorović, M. (2013). Problemi u ponašanju kod osoba sa intelektualnom ometenošću: osnovni pojmovi, učestalost i faktori rizika. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 12(2), 203-219. <https://doi.org/10.5937/specedreh12-3395>
67. Bukowski, V., M, Hoza, B., & Boiwin, M. (1994). Measuring friendship quality during pre and early adolescence. The development and psihometric properties of the Friendship Qualities Scale. *Journal of Social and Personal Relationship*, 11(2), 471-84. <https://doi.org/10.1177/0265407594113011>
68. Bull, R., Phillips, L., H. & Conway C. A. (2008). The role of control functions in mentalizing: dual-task studies of theory of mind and executive function. *Cognition*, 107(2), 663-672. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2007.07.015>
69. Bulm, R., Resnick, M., Nelson, R., & Germaine, A. (1991). Family and peer issues among adolescents with spina bifida and cerebral palsy. *Paediatrics*, 88(2), 280-285.
70. Campbell, S. B. (2006). Maladjustment in preschool children: A developmental psychopathology perspective. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 358-377). Blackwell Publishing.
71. Campos-Jara, R., Martinez-Salazar, C., Campos-Jara, C., María Fernández, J., Martínez-García, D., & Contreras-Osorio, F. (2023). Pharmacological treatment for challenging behavior in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health*, 15(4), 221-296. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2023.01.003>
72. Caputi, M., Cugnata, F., & Brombin, C. (2020). Theory of mind and loneliness: Effects of a conversation-based training at school. *International Journal of Psychology*, 56(2), 257-265 <https://doi.org/10.1002/ijop.12707>
73. Caputi, M., Pantaleo, G., & Scaini, S. (2017). Do feelings of loneliness mediate the relationship between sociocognitive understanding and depressive symptoms during late childhood and early adolescence? *The Journal of Genetic Psychology*, 178(4), 207-216. <https://doi.org/10.1080/00221325.2017.1317629>
74. Carr, A. R., Paholpak, P., Daianu, M., Fong, S. S., Mather, M., Jimenez, E. E., Thomson, P., & Mendez, M. F. (2015). An investigation of care-based vs. rule-based morality in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease, and healthy controls. *Neuropsychologia*, 78(1), 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.09.033>
75. Carter Leno, V., Vitoratou, S., Kent, R., Charman, T., Chandler, S., Jones, C. R.G., Happé, F., Baird, G., Pickles, A., & Simonoff, E. (2018). Exploring the neurocognitive correlates of challenging behaviours in young people with autism spectrum disorder. *Autism*, 23(5), 1152-1164. <https://doi.org/10.1177/1362361318769176>
76. Chadsey-Rusch, J., De Stefano, L., O'Reilly, M., Gonzalez, P., & Collet-Klingengerg, L. (1992). Assessing the loneliness of workers with mental retardation. *Mental Retardation*, 30(2), 85-92.
77. Chan, D. V., Doran, J. D. & Galobardi, O. D. (2023). Beyond friendship: The spectrum of social participation of autistic adults. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 53(2), 424-437. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05441-1>
78. Chan, K. T. (2004). *Chinese-English bilinguals' theory-of-mind development*. [Doctoral dissertation, University of Toronto].
79. Charlton, R. A., Barrick, T. R., Markus, H. S., & Morris, R. G. (2009). Theory of mind associations with other cognitive functions and brain imaging in normal aging. *Psychology and Aging*, 24(2), 338-348. <https://doi.org/10.1037/a0015225>

80. Charman, T., Ruffman, T., & Clements, W. (2002). Is there a gender difference in false belief development? *Social Development*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00183>
81. Charman, T., Campbell, A., & Edwards, L. S. (1998). Theory of mind performance in children, adolescents, and adults with a mental handicap. *Cognitive Development*, 13(3), 307-322. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(98\)90013-2](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(98)90013-2)
82. Christov-Moore, L., Simpson, A. E., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 46(4), 604-627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>
83. Chronaki, G., Hadwin, J. A., Garner, M., Maurage, P., & Sonuga-Barke, E. J. (2015). The development of emotion recognition from facial expressions and non-linguistic vocalizations during childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 218-236. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12075>
84. Ciampi, E., Uribe-San-Martin, R., Vasquez, M., Ruiz-Tagle, A., Labbe, T., Cruz, J. P., Lillo, P., Slachevsky, A., Reyes, D., Reyes, A., & Carcamo-Rodriguez, C. (2018). Relationship between social cognition and traditional cognitive impairment in progressive multiple sclerosis and possible implicated neuroanatomical regions. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 20(2), 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.01.013>
85. Cohen, I. L., Tsiouris, J. A., Flory, M. J., Kim, S.-Y., Freedland, R., Heaney, G., & Ted Brown, W. (2010). 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. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 599-609. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0908-z>
86. Cook, F., & Oliver, C. (2011). A review of defining and measuring sociability in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(1), 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.09.021>
87. Cooper, S. A. & Bailey, N. (2001). Psychiatric disorders amongst adults with learning disabilities – prevalence and relationship to ability level. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 18(2), 45-53. <https://doi.org/10.1017/S0790966700006315>
88. Cooper, S. A., McLean, G., Guthrie, B., McConacchie, A., Mercer, S., Sullivan, F., & Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: Population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 16, 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3>
89. Cooper, S. A., Melville, C. A., & Einfeld, S. L. (2003). Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 47(1), 3-15. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.47.s1.2.x>
90. Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>
91. Cooper, S., Smiley, E., Allan, L., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D., & Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01060.x>
92. Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-g](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-g)
93. Cornish, K., Kogan, C., Turk, J., Manly, T., James, N., Mills, A., & Dalton, A. (2005). The emerging fragile X premutation phenotype: Evidence from the domain of social cognition. *Brain and Cognition*, 57, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2004.08.020>

94. Cornish, K., Burack, J. A., Rahman, A., Munir, F., Russo, N., & Grant, C. (2005). Theory of mind deficits in children with fragile X syndrome. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 49(Pt 5), 372-378. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00678.x>
95. Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Yen Looi, C., & Barnett, J. H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical condition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84(2), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.014>
96. Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74>
97. Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M.-E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652-661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x>
98. Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research*, 64(2), 159-190. <https://doi.org/10.1023/a:1024704320683>
99. Cutting, A. L., & Dunn, J. (1999). Teory of mind, emotion understanding, language, and family background: Individual differences and interrelations. *Child Development*, 70(4), 853-865. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00061>
100. Cvijetić, M. (2017). Teorija uma i egzekutivne fuknkcije kod djece sa lakom intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 16(4), 397-424. <https://doi.org/10.5937/specedreh16-13593>
101. Cvijetić, M. M., & Đorđević, M. V. (2020). Teorija uma i problemi u ponašanju kod osoba s intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 19(4), 263-278. <https://doi.org/10.5937/specedreh19-30274>
102. Davies, B., Frude, N., Jenkins, R., Harding, C., & Hill, C. (2014). A preliminary study into the relationship between emotional perception ability and challenging behaviour in adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18(4), 382-392. <https://doi.org/10.1177/1744629514554846>
103. DaWalt, L. S., Usher, L. V., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2019). Friendships and social participation as markers of quality of life of adolescents and adults with fragile X syndrome and autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 23(2), 383-393. <https://doi.org/10.1177/1362361317709202>
104. de Vaan, G., Vervloed, M. P. J., Knoors, H., & Verhoeven, L. (2019). Profiles of stereotyped behaviour in people with combined sensory impairments and intellectual disabilities. *British Journal of Visual Impairment*, 38(2), 168-183. <https://doi.org/10.1177/0264619619890901>
105. de Villiers, J. G., & de Villiers, P. A. (2014). The role of language in theory of mind development. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 313-328. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000037>
106. Deater-Deckard, K. (2003). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 565-579. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00753>
107. Deb, S., Perera, B., Krysta, K., Ozer, M., Bertelli, M., Novell, R., Wieland, J., & Sappok, T. (2022). The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities. *The European Journal of Psychiatry*, 36(1), 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.10.002>
108. Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x>

109. Dekker, M. C., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Applied Disciplines*, 43(8), 1087-1098. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00235>
110. Delgado, C., Gonzalez-Gordon, R. G., Aragón, E., & Navarro, J. I. (2017). Different methods for long-term systematic assessment of challenging behaviors in people with severe intellectual disability. *Frontiers in Psychology*, 8(2), 8-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00017>
111. Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, A., & Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74(1), 238-256. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00533>
112. Di Norcia, A., Bombi, A. S., Pinto, G., Mascaro, C., & Cannoni, E. (2022). Representation of friendship and aggressive behavior in primary school children. *Frontiers in Psychology*, 13, 835672. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835672>
113. Dimitrovsky, L., Spector, H., & Levy-Shiff, R. (2000). Stimulus gender and emotional difficulty level: Their effect on recognition of facial expressions of affect in children with and without LD. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 410-416. <https://doi.org/10.1177/002221940003300501>
114. Dodd, A., Hare, D. J., & Hendy, S. (2008). The conceptualisation of dreams by adults with intellectual disabilities: Relationship with theory of mind abilities and verbal ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(4), 337-347. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01026.x>
115. Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39(2), 349-371. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.349>
116. Doody, G. A., Gotz, M., Johnstone, E. C., Frith, C. D., & Owens, D. G. (1998). Theory of mind and psychoses. *Psychological Medicine*, 28(2), 397-405. <https://doi.org/10.1017/s003329179700648x>
117. Douma, J. C., Dekker, M. C., de Ruiter, K. P., Tick, N. T., & Koot, H. M. (2007). Antisocial and delinquent behaviors in youth with mild or borderline disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 112(3), 2017-2020. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2007\)112\[207:AADBIY\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2007)112[207:AADBIY]2.0.CO;2)
118. Dunn, L. M., & Dunn, D. M. (2007). *Peabody Picture Vocabulary Test, (PPVT-4)*. Pearson Assessments.
119. Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). Age effects on different components of theory of mind. *Consciousness and Cognition*, 20(3), 630-642. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.10.025>
120. Dykens, E. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychopathology*, 41(4), 407-417. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00626>
121. Dykens, E. M., Roof, E., Hunt-Hawkins, H., & McDonald, C. (2022). The feasibility and effectiveness of a novel, on-line social skills intervention for individuals with Prader-Willi Syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 13(2), e863999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.863999>
122. Dykens, E. M., Roof, E., Hunt-Hawkins, H., Daniell, C., & Jurgensmeyer, S. (2019). Profiles and trajectories of impaired social cognition in people with Prader-Willi syndrome. *PloS one*, 14(10), e0223162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223162>
123. Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623-636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>
124. Đorđević, J., Pavlović, D., Živanović, M., Vojvodić, M. (2017). Socijalno kognitivni deficiti u psihijatrijskim poremećajima. *Engrami*, 39(2), 13-24. <https://doi.org/618.92-008.441.1-02-056.7>
125. Đorđević, M. (2015). *Profil pragmatikih sposobnosti odraslih osoba sa intelektualnom ometenošću*. [doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu].

126. Ebert, S. (2015). Longitudinal relations between theory of mind and metacognition and the impact of language. *Journal of Cognition and Development*, 16(4), 559-586. <https://doi.org/10.1080/15248372.2014.926272>
127. Egger S. (2021). Susceptibility to ingroup influence in adolescents with intellectual disability: A minimal group experiment on social judgment making. *Frontiers in Psychology*, 12, 671910. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.671910>
128. Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., Gray, K. M., Bontempo, D. E., Hoffman, L. R., Parmenter, T., & Tonge, B. J. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA*, 296(16), 1981-1989. <https://doi.org/10.1001/jama.296.16.1981>
129. Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (1996). The Developmental Behavior Checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25(2), 81-104. <https://doi.org/10.1007/BF02178498>
130. El Mrayyan, N., Eberhard, J., & Ahlström, G. (2019). The occurrence of comorbidities with affective and anxiety disorders among older people with intellectual disability compared with the general population: A register study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 166-178. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2151-2>
131. Embregts, P. J. C. M., Didden, R., Schreuder, N., Huitink, C., & van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Aggressive behavior in individuals with moderate to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility: An evaluation of functional variables. *Research in Developmental Disabilities*, 30(4), 682-688. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.04.007>
132. Embregts, P., & van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Social information processing in boys with autistic spectrum disorder and mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 922-931. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01204.x>
133. Emerson, E. (1995). *Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge University Press.
134. Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x>
135. Emerson, E., & Einfeld, S. (2011). *Challenging Behaviour*. Third edition. Cambridge: Cambridge University Press
136. Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 191(6), 493-499. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038729>
137. Emerson, E., & McVilly, K. (2004). Friendship activities of adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 17(3), 191-207. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00198.x>
138. Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and Health Journal*, 14(1), e100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>
139. Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., & Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77-93. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00061-5)
140. Esbensen, A. J., & Benson, B. A. (2006). Diathesis-stress and depressed mood among adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 111(2), 100-112. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[100:DADMAA\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[100:DADMAA]2.0.CO;2)
141. Esbensen, A. J., & Benson, B. A. (2005). Cognitive variables and depressed mood in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 49(7), 481-489. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00710.x>

142. Esteves, J., Perry, A., Spiegel, R., & Weiss, J. A. (2021). Occurrence and predictors of challenging behavior in youth with intellectual disability with or without autism. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 189-201. <https://doi.org/10.1080/19315864.2021.1874577>
143. Fanti, K. A., Brookmeyer, K. A., Henrich, C. C., & Kuperminc, G. P. (2009). Aggressive behavior and quality of friendships: Linear and curvilinear associations. *The Journal of Early Adolescence*, 29(6), 826-838. <https://doi.org/10.1177/0272431609332819>
144. Farhadian, M., Abdullah, R., Mansor, M., Redzuan, M. A., Gazanizadand, N., & Kumar, V. (2010). Theory of mind in bilingual and monolingual preschool children. *Journal of Psychology*, 1(1), 39-46. <https://doi.org/10.1080/09764224.2010.11885444>
145. Farmer, C., Butter, E., Mazurek, M. O., Cowan, C., Lainhart, J., Cook, E. H., DeWitt, M. B., & Aman, M. (2015). Aggression in children with autism spectrum disorders and a clinic-referred comparison group. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 19(3), 281-291. <https://doi.org/10.1177/1362361313518995>
146. Fernández-Lafitte, M., Cob, J., Coronas, R., Parra, I., Oliva, C. J., Alvarez, A., Esteba-Castillo, S., Gimenez-Palop, O., Palao, D. J., & Caixàs, A. (2022). Social responsiveness and psychosocial functioning in adults with Prader-Willi syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 11, Article 1433. <https://doi.org/10.3390/jcm11051433>
147. Fiasse, C., & Nader-Grosbois, N. (2012). Perceived social acceptance, theory of mind and social adjustment in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 1871-1880. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.017>
148. Fisher, M. H., Josol, C. K., & Shivers, C. M. (2020). An examination of social skills, friendship quality, and loneliness for adults with Williams syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 3649-3660. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04416-4>
149. Flavell, J. H. (2004). Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 274-290. <https://doi.org/10.1353/mpq.2004.0018>
150. Friedman, C., & Rizzolo, M. C. (2018). Friendship, quality of life, and people with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(1), 39-54. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9576-7>
151. Frith, C. D., & Frith, U. (2007). Social cognition in humans. *Current Biology*, 17(16), 724-732. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.05.068>
152. García, A. M., & Ibáñez, A. (2014). Two-person neuroscience and naturalistic social communication: The role of language and linguistic variables in brain-coupling research. *Frontiers in Psychiatry*, 5(1), 124. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00124>
153. Gentile, J. P. (2018). Aggression in intellectual disability. *International Journal of Autism and Related Disabilities*, 2018(2), 1-6. <https://doi.org/10.29011/IJARD110.000010>
154. Giaouri, S., Alevriadou, A., & Tsakiridou, E. (2010). Theory of mind abilities in children with Down syndrome and non-specific intellectual disabilities: An empirical study with some educational implications. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3883-3887. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.609>
155. Gillberg, C., Persson, E., Grufman, M., & Themner, U. (1986). Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: Epidemiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 149(1), 68-74. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.1.68>
156. Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to loneliness in people with intellectual disability: An explanatory model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 11(3), 192-199. <https://doi.org/10.1111/jppi.12089>
157. Girasek, H., Nagy, V. A., Fekete, S., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2022). Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World Journal of Psychiatry*, 12(1), 1-23. <https://doi.org/10.5498/wjpv.12.i1.1>

158. Gobrial, E. (2019). Comorbid mental health disorders in children and young people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 13(5), 173-181. <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2018-0026>
159. Goldstein, T. R., Wu, K., & Winner, E. (2009). Actors are skilled in theory of mind but not empathy. *Imagination, Cognition and Personality*, 29(2), 115-133. <https://doi.org/10.2190/IC.29.2.c>
160. Gore, N. J., Barnes-Holmes, Y., & Murphy, G. (2010). The relationship between intellectual functioning and relational perspective-taking. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 1-17.
161. Gormez, A., & Ismet, K. (2017). Psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities: a preliminary study of prevalence and associated factors. *European Psychiatry*, 41(1), 158-169. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.2029>
162. Grant, C. M., Apperly, I., & Oliver, C. (2007). Is theory of mind understanding impaired in males with fragile X syndrome?. *Journal of abnormal child psychology*, 35(1), 17-28. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9077-0>
163. Gray, B., Robinson, C., Seddon, D., & Roberts, A. (2010). Patterns of exclusion of carers for people with mental health problems – the perspectives of professionals. *Journal of Social Work Practice*, 24(4), 475-492. <https://doi.org/10.1080/02650530903528821>
164. Green, M. F., & Horan, W. P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Direction in Psychological Science*, 19(4), 243-248. <https://doi.org/10.1177/0963721410377600>
165. Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature reviews. Neuroscience*, 16(10), 620-631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
166. Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, L., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220 <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>
167. Halberstadt, J., Ruffman, T., Murray, J., Taumoepeau, M., & Ryan, M. (2014). Emotion perception explains age-related differences in the perception of social gaffes. *Psychology and Aging*, 26(1), 133-136. <https://doi.org/10.1037/a0021366>
168. Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 24(2), 129-154. <https://doi.org/10.1007/bf02172093>
169. Happé, F., & Frith, U. (2014). Annual research review: Towards a developmental neuroscience of atypical social cognition. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(6), 553-557. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12162>
170. Happé, F. G., Winner, E., & Brownell, H. (1998). The getting of wisdom: Theory of mind in old age. *Developmental Psychology*, 34(2), 358-362. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.34.2.358>
171. Harley, E. W., Boardman, J., & Craig, T. (2012). Friendship in people with schizophrenia: A survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1291-1299. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0437-x>
172. Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., & Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clinica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
173. Hartley, S. L., & MacLean, W. E., Jr (2005). Perceptions of stress and coping strategies among adults with mild mental retardation: insight into psychological distress. *American journal of mental retardation*: AJMR, 110(4), 285-297. [https://doi.org/10.1352/08958017\(2005\)110\[285:POSACS\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/08958017(2005)110[285:POSACS]2.0.CO;2)

174. Hartley, S. L., & MacLean, Jr. W. E. (2009). Depression in adults with mild intellectual disability: Role of stress, attributions, and coping. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 147-160. <https://doi.org/10.1352/1944-7588-114.3.147>
175. Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I. J., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Meltzer, H., Head, J., & Bebbington, P. (2007). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01001.x>
176. Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.48>.
177. Heiman, T. (2001). Depressive mood in students with mild intellectual disability: Students' reports and teachers' evaluations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 526-534. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00363.x>
178. Helverschou, S. B., Bakken, L. T., Martinsen, H. (2009). The Psychopathology in Autism Checklist (PAC): A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 3(1), 179-195. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.05.004>
179. Helverschou, S. B., Ludvigsen, L. B., Hove, O., & Kildahl, A. N. (2021). Psychometric properties of the Psychopathology in Autism Checklist (PAC). *International Journal of Developmental Disabilities*, 6(5), 318-326. <https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1910779>
180. Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M., & Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 269-276. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00827.x>
181. Henry, J. D., Phillips, L. H., Ruffman, T., & Bailey, P. E. (2013). A meta-analytic review of age differences in theory of mind. *Psychology and Aging*, 28(3), 826. <https://doi.org/10.1037/a0030677>
182. Hepach, R., & Westermann, G. (2013). Infants' sensitivity to the congruence of others' emotions and actions. *Journal of Experimental Child Psychology*, 115(1), 16-29. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2012.12.013>
183. Herba, C. M., Landau, S., Russell, T., Ecker, C., & Phillips, M. L. (2006). The development of emotion-processing in children: Effects of age, emotion, and intensity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1098-1106. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01652.x>
184. Herba, C., & Phillips, M. (2004). Annotation: Development of facial expression recognition from childhood to adolescence: behavioural and neurological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1185-1198. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00316.x>
185. Hermans, H., Beekman, A.T., & Evenhuis, H. M. (2013). Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *Journal of Affective Disorders*, 144(1-2), 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.011>
186. Hertenstein, M. J., & Campos, J. J. (2004). The retention effects of an adult's emotional displays on infant behavior. *Child Development*, 75(2), 595-613. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00695.x>
187. Ho, F. C., Lam, C. S., & Lo, S. K. (2020). Differences between students with comorbid intellectual disability and autism spectrum disorder and those with intellectual disability alone in the recognition of and reaction to emotions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 593-605. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04630-0>
188. Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(6), 556-562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00624.x>
189. Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.06.001>

190. Hollomotz, A. (2018). Successful interviews with people with intellectual disability. *Qualitative Research*, 18(2), 153-170. <https://doi.org/10.1177/1468794117713810>
191. Hortacsu, N., & Ekinçi, B. (1992). Childrens reliance on situational and vocal expression of emotions consistent and conflicting cues. *Journal of Nonverbal Behavior*, 16(1), 231-247. <https://doi.org/10.1007/BF01462004>
192. Howell, A., Hauser-Cram, P., & Kersh, J. E. (2007). Setting the stage: Early child and family characteristics as predictors of later loneliness in children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(1), 18-30. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2007\)112\[18:STSECA\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2007)112[18:STSECA]2.0.CO;2)
193. Hsieh, K., Scott, H. M., & Murthy, S. (2020). Associated risk factors for depression and anxiety in adults with intellectual and developmental disabilities: Five-year follow up. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 125(1), 49-63. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-125>
194. Hughes-McCormack, L. A., Rydzewska, E., Henderson, A., MacIntyre, C., Rintoul, J., & Cooper, S. A. (2017). Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. *BJPsych Open*, 3(5), 243-248. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005462>
195. Inoue, M. (2019). Assessments and interventions to address challenging behavior in individuals with intellectual disability and autism spectrum disorder in Japan: A consolidated review. *Yonago Acta Medica*, 62(2), 169-181. <https://doi.org/10.33160/yam.2019.06.001>
196. Inoue, Y., Yamada, K., & Kanba, S. (2006). Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 95(1-3), 125-127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.018>
197. Isernia, S., Sokolov, A. N., Fallgatter, A. J., & Pavlova, M. A. (2020). Untangling the ties between social cognition and body motion: Gender impact. *Frontiers in Psychology*, 11(128), 1-40. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00128>
198. Jacobs, E., & Nader-Grosbois, N. (2020a). Theory of mind or social information processing training: Which is the better way to foster social adjustment?. *Psychology*, 11(9), 1420-1454. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.119091>
199. Jacobs, E., & Nader-Grosbois, N. (2020b). Affective and cognitive theory of mind in children with intellectual disabilities: How to train them to foster social adjustment and emotion regulation. *Journal of Education and Training Studies*, 8(4), 80- 97. <https://doi.org/10.11114/jets.v8i4.4757>
200. Jacobs, E., & Nader-Grosbois, N. (2020c). Training social information processing in elementary school children with intellectual disabilities: A key to support their emotion regulation and social behaviors. *Journal of Education and Training Studies*, 8(6), 7-22. <https://doi.org/10.11114/jets.v8i6.4840>
201. Jacobs, E., Simon, P., & Nader-Grosbois, N. (2020). Social cognition in children with non-specific intellectual disabilities: An exploratory study. *Frontiers in Psychology*, 11(2), 1884. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01884>
202. Jahoda, A., Pert, C., & Trower, P. (2006a). Socio-emotional understanding and frequent aggression in people with mild to moderate intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111(2), 77-89. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[77:suafai\]2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[77:suafai]2.0.co;2)
203. Jahoda, A., Pert, C., & Trower, P. (2006b). Frequent aggression and attribution of hostile intent in people with mild to moderate intellectual disabilities: An empirical investigation. *American Journal on Mental Retardation*, 111(2), 90-99. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[77:suafai\]2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[77:suafai]2.0.co;2)
204. Janssen, R., & Maes, B. (2012). Psychometric evaluation of a Dutch version of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with different levels of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(8), 689-702. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01544.x>

205. Jarvinen, A., Korenberg, J. R., & Bellugi, U. (2013). The social phenotype of Williams syndrome. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 414-422. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2012.12.006>
206. Jervis, N., & Baker, M. (2004). Clinical and research implications of an investigation into theory of mind (ToM) task performance in children and adults with non-specific intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 17(2), 49-57. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00172.x>
207. Jimenez, A. M., Riedel, P., Lee, J., Reavis, E. A., & Green, M. (2019). Linking resting-state networks and social cognition in schizophrenia and bipolar disorder. *Human Brain Mapping*, 40(16), 4703- 4715. <https://doi.org/10.1002/hbm.24731>
208. Jobling, A., & Cuskelly, M. (2006). Young people with Down syndrome: A preliminary investigation of health knowledge and associated behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(4), 210-218. <https://doi.org/10.1080/13668250600999186>
209. Jobling, A., Moni, K. B., & Nolan, A. (2000). Understanding friendship: Young adults with Down syndrome exploring relationships. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(3), 235-245. <https://doi.org/10.1080/13269780050144299>
210. Jones, S., Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L., Williamson, A., & Morrison, J. (2008). Prevalence of, and factors associated with, problem behaviors in adults with intellectual disabilities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 678-686. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318183f85c>
211. Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 250-257. <https://doi.org/10.3109/00048670903487159>
212. Kamstra, A., van der Putten, A. A., & Vlaskamp, C. (2015). The structure of informal social networks of persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 28(3), 249-256. <https://doi.org/10.1111/jar.12134>
213. Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1118-4>
214. Karmiloff-Smith, A., Klima, E., Bellugi, U., Grant, J., & Baron-Cohen, S. (1995). Is there a social module? Language, face processing, and theory of mind in individuals with Williams syndrome. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 7(2), 196-208. <https://doi.org/10.1162/jocn.1995.7.2.196>
215. Kemp, J., Després, O., Sellal, F., & Dufour, A. (2012). Theory of mind in normal ageing and neurodegenerative pathologies. *Ageing Research Review*, 11(2), 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.12.001>
216. Kendall, K., & Owen, M. J. (2015). Intellectual disability and psychiatric comorbidity: Challenges and clinical issues. *Psychiatric Times*, 32(5), 60-63. <https://doi.or/link.gale.com/apps/doc/A423234699/AONE?>
217. Kenny, R., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2013). Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence. *Journal of Adolescence*, 36(2), 351-360. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.005>
218. Kersh, J., Corona, L., & Siperstein, G. (2013). Social well-being and friendship of people with intellectual disability. In Wehmeyer, M. L. (Ed.), *The Oxford handbook of positive psychology and disability* (pp. 60–81). Oxford University. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398786.013.013.0006>
219. Kirkland, R. A., Peterson, E., Baker, C. A., Miller, S., & Pulos, S. (2013). Meta-analysis reveals adult female superiority in "Reading the Mind in the Eyes" Test. *North American Journal of Psychology*, 15(1), 121-146.

220. Koelkebeck, K., Uwatoko, T., Tanaka, J., & Kret, M. E. (2017). How culture shapes social cognition deficits in mental disorders: a review. *Social Neuroscience*, 12(1), 102-112. <https://doi.org/10.1080/17470919.2016.1155482>
221. Kong, Q., Currie, N., Du, K., & Ruffman, T. (2022). General cognitive decline does not account for older adults' worse emotion recognition and theory of mind. *Scientific Reports*, 12, 6808. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10716-9>
222. Kramarić, M., Sekušak-Galešev, S., i Bratković, D. (2013). Problemi mentalnog zdravlja i objektivni pokazatelji kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(2), 50-63. <https://hrcak.srce.hr/109414>
223. Krauss, M., Seltzer M. & Goodman, S. (1992). Social support networks of adults with mental retardation who live at home. *American Journal on Mental Retardation*, 96(4), 432-441. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1739456>
224. Kurtek, P. (2018). Prosocial vs antisocial coping and general life satisfaction of young adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(6), 581-592. <https://doi.org/10.1111/jir.12497>
225. Kurtek, P. (2020). Causal attribution and coping with classmates isolation and humiliation in young adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 11(2), 101-115. <https://doi.org/10.1108/jidob-10-2019-0019>
226. Kurzius-Spencer, M., Pettygrove, S., Christensen, D., Pedersen, A. L., Cunniff, C., Meaney, F. J., Soke, G. N., Harrington, R. A., Durkin, M., & Rice, S. (2018). Behavioral problems in children with autism spectrum disorder with and without co-occurring intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 56(2), 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.09.002>
227. Kushnir, T. (2022). Imagination and social cognition in childhood. *WIREs Cognitive Science*, 12(3), 1-12. <https://doi.org/10.1002/wcs.1603>
228. Lahera, G., Boada, L., Pousa, E., Mirapeix, I., Morón-Nozaleda, G., Marinas, L., Gisbert, L., Pamiàs, M., & Parellada, M. (2014). Movie for the assessment of social cognition (MASC): Spanish validation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1886-1896. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2061-6>
229. Laillier, R., Viard, A., Caillaud, M., Duclos, H., Bejanin, A., & de La Sayette, V. (2019). Neurocognitive determinants of theory of mind across the adult lifespan. *Brain Cognition*, 136, <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2019.103588>
230. Lakhani, S., Bhola, P., & Mehta, U. M. (2021). The conceptualization and assessment of social cognition in personality and common mental disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 65(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102829>
231. Lakić, A. (2007). Deca sa specijalnim potrebama – dualna dijagnoza. U D. Radovanović (Ur.), *Nove tendencije u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji* (str. 237-241). Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
232. Leffert, J. S., Siperstein, G. N., & Millikan, E. (2000). Understanding social adaptation in children with mental retardation: A social-cognitive perspective. *Exceptional Children*, 66(4), 530-545. <https://doi.org/10.1177/001440290006600406>
233. Leffert, J. S., Siperstein, G. N., & Widaman, K. F. (2010). Social perception in children with intellectual disabilities: the interpretation of benign and hostile intentions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 168-180. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01240>
234. Leffert, J., & Siperstein, G. (2002). Social cognition: A key to understanding adaptive behavior in individuals with mild mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation*, 25(2), 135-181. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(02\)80008-8](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(02)80008-8)
235. Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71(1), 107-118. <https://doi.org/10.1111/14678624.00124>

236. Linna, S., L. Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., & Almqvist, F. (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), 77-82. <https://doi.org/10.1007/PL00010704>
237. Lippold, T., & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: A comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5), 463-473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x>
238. Liszkowski, U., Carpenter, M., Striano, T., & Tomasello, M. (2006). 12- and 18-month-olds point to provide information for others. *Journal of Cognition and Development*, 7(2), 173-187. https://doi.org/10.1207/s15327647jcd0702_2
239. Li, X., Wang, K., Wang, F., Tao, Q., Xie, Y., & Cheng, Q. (2013). Aging of theory of mind: the influence of educational level and cognitive processing. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 48(4), 715-727. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.673724>
240. Liu, T. L., Wang, P. W., Yang, Y. C., Shyi, G. C., & Yen, C. F. (2019). Association between facial emotion recognition and bullying involvement among adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5125. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245125>
241. Lloyd, B. P., & Kennedy, C. H. (2014). Assessment and treatment of challenging behaviour for individuals with intellectual disability: A research review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(3), 187-199. <https://doi.org/10.1111/jar.12089>
242. Lloyd, V., Gatherer, A., & Kalsy S. (2006). Conducting qualitative interview research with people with expressive language difficulties. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1386-1404. <https://doi.org/10.1177/1049732306293846>
243. Lo, S. T., Siemensma, E., Collin, P., & Hokken-Koelega, A. (2013). Impaired theory of mind and symptoms of autism spectrum disorder in children with Prader-Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2764-2773. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.024>
244. Love, M. C. N., Ruff, G., & Geldmacher, D. (2015). Social cognition in older adults: A review of neuropsychology, neurobiology, and functional connectivity. *Medical & Clinical Reviews*, 1(1) 1-8. <https://doi.org/10.21767/2471-299X.1000006>
245. Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K., & Jones, W. (2007). Challenging behaviours: Prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 625-636. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00948.x>
246. Ludwig, K. A., Nye, L. N., Simmons, G. L., Jarskog, L. F., Pinkham, A. E., Harvey, P. D., & Penn, D. L. (2020). Correlates of loneliness among persons with psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(5), 549-559. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01789-5>
247. Lundqvist, L. O. (2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: A total population study in Örebro County, Sweden. *Research in Developmental Disabilities*, 34(4), 1346-1356. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.010>
248. Ljubešić, M., i Ceganec, M. (2012). Rana komunikacija: U čemu je tajna? *Logopedija*, 3(1), 35-45.
249. Maguire, E., Murylan, N., Sheerin, F., McCallion, P., & McCarron, M. (2022). Autism spectrum disorder in older adults with intellectual disability: A scoping review. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 39(3), 287-300. <https://doi.org/10.1017/ipm.2021.65>
250. Marković, D., i Tomić, K. (2018). Maladaptivno ponašanje kod djece sa poremećajem autističkog spektra i djece sa intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 17(1), 33-61. <https://doi.org/10.5937/specedreh17-15469>

251. Martin, A., Ziv, T., & Sommerville, J. A. (2016). Editorial: Variability and individual differences in early social perception and social cognition. *Frontiers in Psychology*, 7(1), 112-123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00068>
252. Mastilo, B. (2021). Učestalost i težina maladaptivnog ponašanja kod odraslih osoba sa Daunovim sindromom. U Tematski zbornik "Međunarodni naučni skup specijalna edukacija i rehabilitacija danas" (str.147-156). FASPER. Beograd
253. Mastilo, B., i Čalasan, S. (2020). Maladaptivno ponašanje kod osoba sa intelektualnom ometenošću. *Biomedicinska istraživanja*, 11(1), 54-63. <https://doi.org/10.7251/BII2001054M>
254. Mastilo, B., i Đorđević, M. (2021). Kvalitet prijateljstva kod odraslih osoba sa Daunovim sindromom. U tematski zbornik „Unaprijeđenje kvalitete života djece i mladih“ (str. 431-437). Tuzla
255. Matheson, E., & Jahoda, A. (2005). Emotional understanding in aggressive and nonaggressive individuals with mild or moderate mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 110(1), 57-67. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2005\)110<57:euiaan>2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2005)110<57:euiaan>2.0.co;2)
256. Matson, J. L., & Sevin, J. A. (1994). Theories of dual diagnosis in mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 6-16. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.6>
257. Matson, J. L. (1985). Biosocial theory of psychopathology: A three by three factor model. *Applied Research in Mental Retardation*, 6(2), 199-227.
258. Matson, J. L., & Bamburg, J. W. (1998). Reliability of the assessment of dual diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19(1), 89-95. [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(97\)00031-0](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(97)00031-0)
259. Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 1107-1114. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.06.003>
260. Matson, J. L., Kozlowski, A. M., Hattier, M. A., Horovitz, M., & Sipes, M. (2012). DSM-IV vs DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(3), 185-190. <https://doi.org/10.3109/17518423.2012.672341>
261. May, M. E., & Kennedy, C. H. (2010). Health and problem behavior among people with intellectual disabilities. *Behavior Analysis in Practice*, 3(2), 4-12. <https://doi.org/10.1007/BF03391759>
262. Maylor, E. A., Moulson, J. M., Muncer, A. M., & Taylor, L. A (2002). Does performance on theory of mind tasks decline in old age? *British Journal of Psychology*, 93(4), 465-485. <https://doi.org/10.1348/000712602761381358>
263. Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 33(2), 126-138. <https://doi.org/10.1111/jar.12654>
264. McAlister, A., & Peterson, C. (2007). A longitudinal study of child siblings and theory of mind development. *Cognitive Development*, 22(2), 258-270. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2006.10.009>
265. McAlpine, C., Singh, N., Kendall, K. A., & Ellis, C. R. (1992). Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation: a matched comparison study. *Behavior Modification*, 16(4), 543-558. <https://doi.org/10.1177/01454455920164006>
266. McCausland, D., McCallion, P., Brennan, D., & McCarron, M. (2018b). Interpersonal relationships of older adults with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(1), 140-153. <https://doi.org/10.1111/jar.12352>
267. McCausland, D., McCallion, P., Carroll, R., & McCarron, M. (2021). The nature and quality of friendship for older adults with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 34(3), 763-776. <https://doi.org/10.1111/jar.12851>

268. McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: A meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 47(Pt 6), 405-416. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00517.x>
269. McClure, K., Halpern, J., Wolper, P., & Donahue, J. (2009). Emotion regulation and intellectual disability. *Journal on Developmental Disabilities*, 15(2), 39-44.
270. McGillivray, J. A., & McCabe, M. P. (2010). Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: The views of key stakeholders. *British Journal of Intellectual Disability*, 38(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00573.x>
271. McLennan, J. D. (2018). Dual diagnosis: A problematic construct when applied to persons with intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(9), 597-601. <https://doi.org/10.1177/0706743718772515>
272. McTiernan, A., Leader, G., Healy, O., & Mannion, A. (2011). Analysis of risk factors and early predictors of challenging behavior for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1215-1222. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.01.009>
273. McVilly, K. R. (2002). Positive behaviour support for people with intellectual disability: Evidence-based practice promoting quality of life. Australian society for the study of intellectual disability, Sydney.
274. McVilly, K. R., Stancliffe, R. J., Parmenter, T. R., & Burton-Smith, R. M. (2006). "I get by with a little help from my friends": Adults with intellectual disability discuss loneliness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(2), 191-203. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00261.x>
275. Memisevic, H., Mujkanovic, E., & Ibralic-Biscevic, I. (2016). Facial emotion recognition in adolescents with disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 123(1), 127-137. <https://doi.org/10.1177/0031512516660781>
276. Merrells, J., Buchanan, A., & Waters, R. (2019). We feel left out": Experiences of social inclusion from the perspective of young adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(1), 13-22. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1310822>
277. Milders, M. (2018). Relationship between social cognition and social behaviour following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 38(1), 62-68. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1531301>
278. Miller, S. A. (2019, decembre). *Social cognition in early childhood*. Encyclopedia on Early Childhood Development. <https://www.child-encyclopedia.com/pdf/expert/social-cognition/according-experts/social-cognitive-development-early-childhood>
279. Miller, S. E., Reavis, R. E., & Avila, B. N. (2018). Associations between theory of mind, executive function, and friendship quality in middle childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 64(3), 397-426. <https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.64.3.0397>
280. Milligan, K., Astington, J. W., & Dack, L. A. (2007). Language and theory of mind: Meta-analysis of the relation between language ability and false-belief understanding. *Child Development*, 78(1), 622-646. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01018.x>
281. Minshawi, F. N. (2007). *Relationship between problem behaviors, function and adaptive skills in individuals with intellectual disability*. [Disertation, Lusiana State University].
282. Mitrović, M. (2016). *Dijagnostička procena afektivne i kognitivne komponente teorije uma, emocionalne empatije i afektivne vezanosti kod kod paranoidne shizofrenije*. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Nišu]. NaRDuS.
283. Moawad, R. A. (2022). The development of theory of mind in Saudi children, *Journal of Cognition and Culture*, 22(1-2), 164-178. <https://doi.org/10.1163/15685373-12340128>
284. Moffatt, C., Hanley-Maxwell, C., & Donnellan, A. (1995). Discrimination of emotion, affective perspective taking and empathy in individuals with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 30(1), 76-85. <https://www.jstor.org/stable/23879141>

285. Montagne, B., Kessels, R. P., De Haan, E. H., & Perrett, D. I. (2007). The emotion recognition task: A paradigm to measure the perception of facial emotional expressions at different intensities. *Perceptual and Motor Skills*, 104(2), 589-598. <https://doi.org/10.2466/pms.104.2.589-598>
286. Moore-Dean, A., Renwick, R., & Schormans, A. F. (2016). Friendship characteristics of children with intellectual/developmental disabilities: Qualitative evidence from video data. *Journal on Developmental Disabilities*, 22(1), 39-51. <https://psycnet.apa.org/record/2016-44959-004>
287. Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: Population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 364-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.044461>
288. Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behavior. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 452-456. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.452>
289. Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., & Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(2), 173-183. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00116.x>
290. Moss, S. C., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D. P., Simpson, N., Rowe, S., & Lucchino, R. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part I: Development and reliability of the patient interview (the PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 163(2), 471-480. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.4.471>
291. Moss, S. (2016). The PAS-ADD assessments and their continuing conceptual development. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(1), 5-16. <https://doi.org/10.1108/20441281211198817>
292. Munir, K. M. (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(2), 95-102. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000236>
293. Murphy, O., Healy, O., & Leader, G. (2009). Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorder in Ireland. *Research of Autism Spectrum Disorder*, 3(2), 474-482. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.09.008>
294. Murray, G., McKenzie, K., Murray, A., Whelan, K., Cossar, J., Murray, K., & Scotland, J. (2018). The impact of contextual information on the emotion recognition of children with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1-7), 152-158. <https://doi.org/10.1111/jar.12517>
295. Myrbakk, E. (2008). *A Study of Behaviour Problems and Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disability*. [Doctoral thessis, University of Oslo]
296. Nader-Grosbois, N., Houssa, M., & Mazzone, S. (2013). How could theory of mind contribute to the differentiation of social adjustment profiles of children with externalizing behavior disorders and children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2642-2660. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.010>
297. Navarra-Ventura, G., Fernandez-Gonzalo, S., Turon, M., Pousa, E., Palao, D., Cardoner, N., & Jodar, M. (2017). Gender differences in social cognition: A cross-sectional pilot study of recently diagnosed patients with schizophrenia and healthy subjects. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(8), 538-546. <https://doi.org/10.1177/0706743717746661>
298. Nelson, C. A., Parker, S. W., Guthrie, D., & BEIP Core Group. (2006). The discrimination of facial expressions by typically developing infants and toddlers and those experiencing early institutional care. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.10.004>

299. Nelson, N. L., & Russell, J. A. (2011). Preschoolers' use of dynamic facial, bodily, and vocal cues to emotion. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110(1), 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2011.03.014>
300. Newman, I., Leader, G., Chen, L. J., & Mannion, A. (2015). An analysis of challenging behavior, comorbid psychopathology, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Fragile X Syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 38(1), 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.11.003>
301. Nicholls, G., Hastings, R. P., & Grindle, C. (2019). Prevalence and correlates of challenging behavior in children and young people in a special school setting. *European Journal of Special Needs Education*, 35(1), 40-54. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1607659>
302. Nolaker, J., Murray, K., Happé, F., & Charlton, R. (2018). Cognitive and affective associations with an ecologically valid test of theory of mind across the lifespan. *Neuropsychology*, 32(6), 754-763. <https://doi.org/10.1037/neu0000464>
303. Okruszek, Ł., Piejka, A., Krawczyk, M., Schudy, A., Wiśniewska, M., Żurek, K., & Pinkham, A. (2021). Owner of a lonely mind? Social cognitive capacity is associated with objective, but not perceived social isolation in healthy individuals. *Journal of Research in Personality*, 93, 104103. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104103>
304. Olivier-Pijpers, V. C., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2020). Cross-sectional investigation of relationships between the organisational environment and challenging behaviours in support services for residents with intellectual disabilities. *Heliyon*, 6(8), e04751. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04751>
305. Owen, A., Browning, M., & Jones, R. S. (2001). Emotion recognition in adults with mild-moderate learning disabilities. An exploratory study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 5(3), 267-281. <https://doi.org/10.1177/146900470100500309>
306. Owen, S., & Maratos, F. A. (2016). Recognition of subtle and universal facial expressions in a community-based sample of adults classified with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(4), 344-354. <https://doi.org/10.1111/jir.12253>
307. Pagan, R. (2020). Gender and age differences in loneliness: evidence for people without and with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9176. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249176>
308. Pagni, B. A., Walsh, M. J. M., Rogers, C., & Braden, B. B. (2020). Social cognition in autism spectrum disorder across the adult lifespan: Influence of age and sex on reading the mind in the eyes task in a cross-sectional sample. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 14, 571408. <https://doi.org/10.3389/fnint.2020.571408>
309. Painter, J., Hastings, R., Ingham, B., Trevithick, L., & Roy, A. (2018). Associations between mental health problems and challenging behavior in adults with intellectual disabilities: A test of the behavioral equivalents hypothesis. *Journal of Mental Health Research*, 11(2), 157-172. <https://doi.org/10.1080/19315864.2018.1431747>
310. Pardini, M., & Nichelli, P. F. (2009). Age-related decline in mentalizing skills across adult life span. *Experimental Aging Research*, 35(1), 98-106. <https://doi.org/10.1080/03610730802545259>
311. Parsons, T. D. (2015). Virtual reality for enhanced ecological validity and experimental control in the clinical, affective and social neurosciences. *Frontier in Human Neuroscience*, 9(2), 660-671. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00660>
312. Pavlova, M. A., Galli, J., Pagani, F., Micheletti, S., Guerreshi, M., Sokolov, A. N., Fallgatter, A. J., & Fazzi, E. M. (2018). Social cognition in Down syndrome: Face tuning in face-like non-face images. *Frontiers in Psychology*, 9(2583), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02583>
313. Pegoraro, L. F., Steiner, C. E., Celeri, E. H., Banzato, C. E., & Dalgalarrrondo, P. (2014). Cognitive and behavioral heterogeneity in genetic syndromes. *Jornal de Pediatria*, 90(2), 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.06.010>

314. Pell, M. D. (2002). Evaluation of nonverbal emotion in face and voice: some preliminary findings on a new battery of tests. *Brain and Cognition*, 48(2-3), 499-504. <https://doi.org/10.1007/s10919-005-7720-z>
315. Peña-Salazar, C., Arrufat, F., Manel-Santos, J., Fontanet, A., González-Castro, G., Mas, S., Roura-Poch, P., & Valdés-Stauber, J. (2020). Underdiagnosis of psychiatric disorders in people with intellectual disabilities: Differences between psychiatric disorders and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(3), 326-338. <https://doi.org/10.1177/1744629518798259>
316. Penton-Voak, I. S., Thomas, J., Gage, S. H., McMurran, M., McDonald, S., & Munafo, M. R. (2013). Increasing recognition of happiness in ambiguous facial expressions reduces anger and aggressive behavior. *Psychological Science*, 24(5), 688-697. <https://doi.org/10.1177/0956797612459657>
317. Pepper, K. L., Demetriou, E. A., Park, S. H., Song, Y. C., Hickie, I. B., Cacciotti-Saija, C., Langdon, R., Piguet, O., Kumfor, F., Thomas, E. E., & Guastella, A. J. (2018). Autism, early psychosis, and social anxiety disorder: Understanding the role of social cognition and its relationship to disability in young adults with disorders characterized by social impairments. *Translational Psychiatry*, 8(1), 233-241. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0282-8>
318. Petroutsou, A., Hassiotis, A., & Afia, A. (2018). Loneliness in people with intellectual and developmental disorders across the lifespan: A systematic review of prevalence and interventions. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 643-658. <https://doi.org/10.1111/jar.12432>
319. Phillips, L. H., Bull, R., Allen, R., Inch, P., Burr, K., & Ogg, W. (2011). Lifespan aging and belief reasoning: Influences of executive function and social cue decoding. *Cognition*, 120(2), 236-247. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2011.05.003>
320. Pinkham, A., E, Penn, D., L, Green, M., F, Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 813-823. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>
321. Platt, J. M., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., & Kaufman, A. S. (2018). Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 49(6), 952-961. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001605>
322. Plesa-Skwerer, D. (2017). Chapter 3 – Social cognition in individuals with intellectual and developmental disability. Recent advances in trend research. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, 53, 91-161. <https://doi.org/10.1016/bs.irrdd.2017.08.004>
323. Plesa-Skwerer, D., Verbalis, A., Scholield, C., Faja, S., & Tager-Flusberg, H. (2006). Social-perceptual abilities in adolescents and adults with Williams syndrome. *Cognitive Neuropsychology*, 23(2), 338-349. <https://doi.org/10.1080/02643290542000076>
324. Prosser, H., Moss, S., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., & Rowe, S. (1998). Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(4), 264-272. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00146.x>
325. Pruijssers, A. C., Van Meijel, B., Maaskant, M., Nijssen, W., & Van Achterberg, T. (2014). The relationship between challenging behaviour and anxiety in adults with intellectual disabilities: A literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(2), 162-171. <https://doi.org/10.1111/jir.2014.58.issue-2>
326. Radecki, M. A., Cox, S. R., & MacPherson, S. E. (2019). Theory of mind and psychosocial characteristics in older men. *Psychology and Aging*, 34(1), 145-151. <https://doi.org/10.1037/pag0000324>
327. Raimo, S., Cropano, M., Roldán-Tapia, M. D., Ammendola, L., Malangone, D., & Santangelo, G. (2022). Cognitive and affective theory of mind across adulthood. *Brain Sciences*, 12(7), 899. <https://doi.org/10.3390/brainsci12070899>

328. Raven, J. (2000). The Raven's progressive matrices: Change and stability over culture and time. *Cognitive Psychology*, 41(1), 1-48. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0735>
329. Raver, C. C., Blair, C., & Garrett-Peters, P. (2014). Poverty, household chaos, and interparental aggression predict children's ability to recognize and modulate negative emotions. *Development and Psychopathology*, 27(3), 695-708. <https://doi.org/10.1017/s0954579414000935>
330. Reilly, C. (2012). Behavioral phenotypes and special educational needs: Is aetiology important in the classroom? *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(10), 929-946 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01542.x>.
331. Renouf, A., Brendgen, M., Séguin, J., Vitaro, F., Boivin, M., Dionne, G., & Périus, D. (2010). Interactive links between theory of mind, peer victimization, and reactive and proactive aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1109-1123. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9432-z>
332. Rice, L. J., Gray, K. M., Howlin, P., Taffe, J., Tonge, B. J., & Einfeld, S. L. (2016). The developmental trajectory of self-injurious behaviours in individuals with Prader Willi syndrome, autism spectrum disorder and intellectual disability. *Diseases (Basel, Switzerland)*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.3390/diseases4010009>
333. Richards, C., Moss, J., Nelson, L., & Oliver, C. (2016). Persistence of self-injurious behaviour in autism spectrum disorder over 3 years: A prospective cohort study of risk markers. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 8(1), 21-31. <https://doi.org/10.1186/s11689-016-9153-x>
334. Richards, C., Oliver, C., Nelson, L., & Moss, J. (2012). Self-injurious behaviour in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 56(5), 476-489. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01537.x>
335. Richman, D. M., Barnard-Brak, L., Bosch, A., Thompson, S., Grubb, L., & Abby, L. (2013). Predictors of self-injurious behaviour exhibited by individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 57(5), 429-439. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01628.x>
336. Roberts, J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T., Silove, N., Clark, T., & Warren, A. (2011). A randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1553-1566. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.03.001>
337. Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Linehan, C. (2001). Social networks of people with mental retardation in residential settings. *Mental Retardation*, 39(1), 201-214. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2001\)039<0201:SNOPWM>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2001)039<0201:SNOPWM>2.0.CO;2)
338. Rojahn, J. (1986). Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: Prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91(3), 268-276.
339. Rojahn, J., Borthwick-Duffy, S. A., & Jacobson, J. W. (1993). The association between psychiatric diagnoses and severe behavior problems in mental retardation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5(3), 163-170. <https://doi.org/10.3109/10401239309148980>
340. Rojahn, J., Kroeger, T. L., & McElwain, D. C. (1994). Performance on the penn facial discrimination task by adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 99(3), 316-319.
341. Rojahn, J., Lederer, M., & Tassé, M. J. (1995). Facial emotion recognition by persons with mental retardation: A review of the experimental literature. *Research in Developmental Disabilities*, 16(5), 393-414. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(95\)00019-j](https://doi.org/10.1016/0891-4222(95)00019-j)
342. Rojahn, J., Matson, J. L., Lott, D., Esbensen, A. J., & Smalls, Y. (2001). The Behavior Problems Inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(6), 577-588. <https://doi.org/10.1023/A:1013299028321>

343. Rojahn, J., Matson, J. L., Naglieri, J. A., & Mayville, E. (2004). Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 109(1), 21-33. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2004\)109<21:rbpcab>2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2004)109<21:rbpcab>2.0.co;2)
344. Rojahn, J., Rabold, D. E. & Schneider, F. (1995). Emotion specificity in mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 99(5), 477-486.
345. Rojahn, J., Rowe, E. W., Sharber, A. C., Hastings, R., Matson, J. L., Didden, R., & Dumont, E. L. M. (2011). The behavior problems inventory-short form for individuals with intellectual disabilities: Part I: Development and provisional clinical reference data. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(5), 527-545. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01507.x>
346. Ronchi, L., Lecce, S., & Banerjee, R. (2019). Theory of mind and peer relationships: The role of social anxiety. *Social Development*, 29(2) 1-30. <https://doi.org/10.1111/sode.12417>
347. Ruba, A. L., Pollak, S. D. (2020). The development of emotion reasoning in infancy and early childhood. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2(1), 503-531. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-102556>
348. Ruffman, T., Slade, L., Rowlandson, K., Rumsey, C., & Garnham, A. (2003). How language relates to belief, desire, and emotion understanding. *Cognitive Development*, 18(1), 139-158. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(03\)00002-9](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(03)00002-9)
349. Ruitenberg, M., Santens, P., & Notebaert, W. (2020). Cognitive and affective theory of mind in healthy aging. *Experimental Aging Research*, 46(5), 382-395. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2020.1802980>
350. Rush, K. S., Bowman, L. G., Eidman, S. L., Toole, L. M., & Mortenson, B. P. (2004). Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 28(5), 621-637. <https://doi.org/10.1177/0145445503259830>
351. San José Cáceres, A., Keren, N., Booth, R., & Happé, F. (2014). Assessing theory of mind nonverbally in those with intellectual disability and ASD: The penny hiding game. *Autism research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 7(5), 608-616. <https://doi.org/10.1002/aur.1405>
352. Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bolte, S., Dosen, A., & Diefenbacher, A. (2014). The missing link: Delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 786-800. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1933-5>
353. Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-999. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
354. Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An overview of intellectual disability: definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 126(6), 439-442. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>
355. Scotland, J. L., Cossar, J., & McKenzie, K. (2015). The ability of adults with an intellectual disability to recognise facial expressions of emotion in comparison with typically developing individuals: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 41(2), 22-39. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.05.007>
356. Scotland, J., Mc Kenzie, K., Cossar, J., Murray, A. L., & Michie, A. (2016). Recognition of facial expresion of emotion by adults with intellectual disability: Is there evidence for emotion specitivity hipotesis? *Research in Developmental Disabilities*, 48(2), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.10.018>
357. Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peretz, J., & Levkovitz, Y. (2010). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic

- tendencies. *Cortex; A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 46(5), 668-677. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2009.04.008>
358. Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., Goldsher, D., & Aharon-Peretz, J. (2005). Impaired „affective theory of mind“ is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(1), 55-67. <https://doi.org/10.1097/01.wnn.0000152228.90129.99>
 359. Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ*, 13(2), 4326-4336. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4326>
 360. Sigstad, H. M. H. (2016). Qualities in friendship– within an outside perspective– definitions expressed by adolescents with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(1), 20-39. <https://doi.org/10.1177/1744629516631682>
 361. Silberstein, J., & Harvey, P. D. (2019). Cognition, social cognition, and self-assessment in schizophrenia: prediction of different elements of everyday functional outcomes. *CNS Spectrums*, 24(1), 88-93. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001414>
 362. Simon, E., Rosen, M., & Ponpipom, A. (1996). Age and IQ as predictors of emotion identification in adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 17(5), 383-389. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(96\)00024-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(96)00024-8)
 363. Sjgafoos, J., Elkins, J., Kerr, M., & Attwood, T. (2008). A survey of aggressive behaviour among a population of persons with intellectual disability in Queensland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38(4), 369-381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1994.tb00417.x>
 364. Slessor, G., Phillips, L. H., & Bull, R. (2007). Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks. *Psychology and Aging*, 22(3), 639-643. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.639>
 365. Smith, S., Branford, D., Collacott, R. A., Cooper, S. A., & McGrother, C. (1996). Prevalence and cluster typology of maladaptive behaviors in a geographically defined population of adults with learning disabilities. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 169(2), 219-227. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.2.219>
 366. Smogorzewska, J., Szumski, G., & Grygiel, P. (2018). Same or different? Theory of mind among children with and without disabilities. *PloS One*, 13(10), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202553>
 367. Solish, A., Perry, A., & Minnes, P. (2010). Participation of children with and without disabilities in social, recreational and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(3), 226-236. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00525.x>
 368. Spiliotopoulou, G. (2009). Reliability reconsidered: Cronbach's alpha and paediatric assessment in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(3), 150-155. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00785.x>
 369. Stancliffe, R. J., & Keane, S. (2000). Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(4), 281-305. <https://doi.org/10.1080/13668250020019584>
 370. Stancliffe, R. J., Lakin, K. C., Doljanac, R., Byun, S-Y., Taub, S., Chiri, G., & Ferguson, P. (2007). Loneliness and living arrangements. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(6), 380-390. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2007\)45\[380:lala\]2.0.co](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[380:lala]2.0.co)
 371. Stancliffe, R. J., Lakin, K. C., Taub, S., Chiri, G., & Byun, S. Y. (2009). Satisfaction and sense of well being among Medicaid ICF/MR and HCBS recipients in six states. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 63-83. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.63>
 372. Stancliffe, R. J., Larson, S., Auerbach, K., Engler, J., Taub, S., & Lakin, K. C. (2010). Individuals with intellectual disabilities and augmentative and alternative communication: Analysis of survey

- data and uptake of aided AAC, and loneliness experiences. *Augmentative and Alternative Communication*, 26(2), 87-96. <https://doi.org/10.3109/07434618.2010.481564>
373. Sturmey, P. (2002). Mental retardation and concurrent psychiatric disorder: Assessment and treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(2), 489-496.
 374. Sturmey, P., Newton, J., Cowley, A., Bouras, N., & Holt, G. (2005). The PAS-ADD checklist: independent replication of its psychometric properties in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 186(4), 319-323. <https://doi.org/10.1192/bpj.186.4.319>
 375. Sullivan, S., & Ruffman, T. (2004). Social understanding: How does it fare with advancing years? *British Journal of Psychology*, 95(1), 1-18. <https://doi.org/10.1348/000712604322779424>
 376. Szymanski, L., & Grossman, H. (1984). Dual implications of "dual diagnosis." *Mental Retardation*, 22(4), 155-156.
 377. Šimleša, S., Hacin, K., Cepanec, M., & Ivšac Pavliša, J. (2020). Importance of language for children's theory of mind: Comparison of verbal and nonverbal theory of mind tasks. *Psihologija*, 54(00), 1-23. <https://doi.org/10.2298/PSI190924023S>
 378. Škrobo, M., Šimleša, S., i Pavliša, J. (2016). Obilježja socijalne kognicije kod osoba s poremećajem iz spektra autizma, posebnim jezičnim teškoćama i intelektualnim teškoćama. *Logopedija*, 6(1), 6-13. <https://doi.org/10.31299/log.6.1.2>
 379. Tager-Flusberg, H., & Joseph, R. M. (2005). How language facilitates the acquisition of false-belief understanding in children with autism. In J. W. Astington & J. A. Baird (Eds.), *Why language matters for theory of mind* (pp. 298-318). New York: Oxford University Press.
 380. Tamaš, D., & Glumbić, N. (2015). Faktori problema u ponašanju i tip stanovanja osoba sa intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 14(1), 55-74. <https://doi.org/10.5937/specedreh1-7683>
 381. Tarin, K. (2014). *Gender differences in theory of mind* [Doctoral dissertation, University of Cape Town].
 382. Thakker, Y., Bamidele, K., Ali, A., & Hassiotis, A. (2012). Mental health and challenging behaviour: an overview of research and practice. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(5), 249-258. <https://doi.org/10.1108/20441281211261131>
 383. The, T., & Tey, N. (2019). Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older Chinese. *SSM Population Health*, 9(479), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100479>
 384. Thibaudeau, É., Cellard, C., Legendre, M., Villeneuve, K., & Achim, A. M. (2018). Reliability of two social cognition tests: The combined stories test and the social knowledge test. *Psychiatry Research*, 262(1), 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.02>
 385. Thirion-Marissiaux, A.-F., & Nader-Grosbois, N. (2008). Theory of mind and socio-affective abilities in disabled children and adolescents. *European Journal of Disability Research*, 2(2), 133-155. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.02.003>
 386. Thirion-Marissiaux, A.-F., & Nader-Grosbois, N. (2007a). Theory of Mind "emotion", developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29(5), 414-430. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2007.07.001>
 387. Thirion-Marissiaux, A.-F., & Nader-Grosbois, N. (2007b). Theory of Mind „belief“ developmental characteristics and social understanding in children and adolescent with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29(6), 547-566. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2007.09.004>
 388. Tipton, L. A., Christensen, L., & Blacher, J. (2013). Friendship quality in adolescents with and without an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 522-532. <https://doi.org/10.1111/jar.12051>
 389. Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), 675-691. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000129>

390. Tomić, K., Mihajlović, G., Mihajlović-Jovanović, N., Dejanović-Đukić, S., Mihajlović, P., i Petrović, G. (2011). Dijagnoza i tretman depresije kod osoba sa intelektualnom ometenošću. *Acta Medica Medianae*, 50(3), 81-89.
391. Totić-Poznanović, S., Pavlović, D. M., Đorđević, J. R., Pavlović, A. M., & Marinković, D. (2011). Socijalna kognicija osoba sa shizofrenijom. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 139(11-12), 828-833. <https://doi.org/10.2298/SARH1112828T>
392. Totsika, V., Felce, D., Kerr, M., & Hastings, R. P. (2010). Behavior problems, psychiatric symptoms, and quality of life for older adults with intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1171-1178. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0975-1>
393. Tousignant, B., Jackson, P. L., Massicotte, E., Beauchamp, M. H., Achim, A. M., Vera-Estey, E., & Bedell, G. S. K. (2016). Impact of traumatic brain injury on social cognition in adolescents and contribution of other higher order cognitive functions. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(3), 429-447. <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1158114>
394. Tsiouris, J. A., Cohen, I. L., Patti, P. J., & Korosh, W. M. (2003). Treatment of previously undiagnosed psychiatric disorders in persons with developmental disabilities decreased or eliminated self-injurious behavior. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1081-1090. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0914>
395. Tsiouris, J. A., Kim, S.Y., Brown, W. T., & Cohen, I. L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: A large-scale survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(7), 636-649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01418.x>
396. Tur-Kaspa, H. (2002). The socioemotional adjustment of adolescents with LD in the Kibbutz during high school transition periods. *Journal of Learning Disabilities*, 35(1), 87-96. <https://doi.org/10.1177/002221940203500107>
397. Tur-Kaspa, H. (2004). Social-information-processing skills in kindergarten children with developmental learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 19(1), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5826.2004.00084.x>
398. Tur-Kaspa, H., & Bryan, T. (1994). Social information-processing skills of students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 9(1), 12-23. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5826.2004.00084.x>
399. Turygin, N., Matson, J. L., & Adams, H. (2014). Prevalence of co-occurring disorders in a sample of adults with mild and moderate intellectual disabilities who reside in a residential treatment setting. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1802-1808. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.027>
400. Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J. M., & Hollin, C. (2006). Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: Prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 295-304. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00774.x>
401. van den Bogaard, K. J. H. M., Lugtenberg, M., Nijs, S., & Embregts, P. J. C. M. (2019). Attributions of people with intellectual disabilities of their own or other clients' challenging behavior: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(3-4), 126-151. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1636911>
402. van Den Bogaard, K. J., Nijman, H. L., Palmstierna, T., & Embregts, P. J. C. M. (2018a). Self-injurious behavior in people with intellectual disabilities and co-occurring psychopathology using the self-harm scale: A pilot study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(5), 707-722. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9614-0>
403. van Den Bogaard, K. J. H. M., Nijman, H. L. I., Palmstierna, T., & Embregts, P. J. C. M. (2018b). Characteristics of aggressive behavior in people with mild to borderline intellectual

- disability and co-occurring psychopathology. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(2), 124-142. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408726>
404. van Nieuwenhuijzen, M., & Vriens, A. (2012). (Social) cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 426-434. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.09.025>
 405. van Nieuwenhuijzen, M., de Castro, B. O., van der Valk, I., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2006). Do social information-processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 801-812. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00773.x>
 406. van Nieuwenhuijzen, M., de Castro, B. O., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2004). The relations between intellectual disabilities, social information processing and behaviour problems. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(3), 215-229. <https://doi.org/10.1080/17405620444000111>
 407. van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., & van Aken, M. A. (2009). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 233-242. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01112.x>
 408. van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2009). Social problem solving and mild intellectual disabilities: Relations with externalizing behavior and therapeutic context. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 42-51. <https://doi.org/10.1352/2009.114:42-51>
 409. van Nieuwenhuijzen, M., Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intelligence. *Research in Developmental Disabilities*, 32(1), 358-370. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.10.012>
 410. Ventura, J., Wood, R. C., Jimenez, A. M., & Helleman, G. S. (2013). Neurocognition and symptoms identify links between facial recognition and emotion processing in schizophrenia: Meta-analytic findings. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.015>
 411. Vetter, N. C., Altgassen, M., Phillips, L., Mahy, C. E. V., & Kliegel, M. (2013). Development of affective theory of mind across adolescence: disentangling the role of executive functions. *Developmental Neuropsychology*, 38(2), 114-125. <https://doi.org/10.1080/87565641.2012.733786>
 412. Vlad, M., Raucher-Ch  n  , D., Henry, A., & Kaladjan, A. (2018). Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? *European Psychiatry*, 52(3), 116-125. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.002>
 413. Wagemaker, E., Dekkers, T., Bexkens, A., Saleminck, E., Zadelaar, J., & Huizenga, H. M. (2021). Susceptibility to peer influence in adolescents with mild-to-borderline intellectual disability: Investigating links with inhibition, theory of mind and negative interpretation bias. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 46(1), 1-15. <https://doi.org/10.3109/13668250.2022.2066511>
 414. Walz, N., & Benson, B. (1996). Labelling and discrimination of facial expressions by aggressive and non-aggressive men with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 101(3), 282-291.
 415. Wang, Z., & Su, Y. (2013). Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: A dissociation of cognitive and affective components. *Psychology and Aging*, 28(1), 284-291. <https://doi.org/10.1037/a0030876>
 416. Webster, A. A., & Carter, M. (2013). Mutual liking, enjoyment, and shared interactions in the closest relationships between children with developmental disabilities and peers in inclusive school

- settings. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(1), 373-393
<https://doi.org/10.1007/s10882-012-9319-8>
417. Westby, C. & Robinson, L. (2014). A developmental perspective for promoting theory of mind. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 362-383.
<https://doi.org/10.1097/TLD.000000000000035/>
 418. Wishart, J. G., Cebula, K. R., Willis, D. S., & Pitcairn, T. K. (2007). Understanding of facial expressions of emotions by children with intellectual disabilities of differing aetiology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(7), 561-563. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00947.x>
 419. Wolkorte, R., van Houwelingen, I., & Kroezen, M. (2019). Challenging behaviours: Views and preferences of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1421-1427. <https://doi.org/10.1111/jar.12631>
 420. Woolfe, T., Want, S. C., & Siegal, M. (2002). Signposts to development: Theory of mind in deaf children. *Child Development*, 73(3), 768-778. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00437>
 421. World Health Organization (2022). *The International Classification of Diseases 11th Revision*. World Health Organization.
 422. Wormald, A. D., McCallion, P., & McCarron, M. (2019). The antecedents of loneliness in older people with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 85(2), 116-130. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.009>
 423. Yıldırım, E., Büyükişcan, E. S., & Gürvit, H. (2019). Affective theory of mind in human aging: Is there any relation with executive functioning?. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 27(2), 207-219. <https://doi.org/10.1080/13825585.2019.1602706>
 424. Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation and normally developing individuals. *Psychological Bulletin*, 124(3), 283-307. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.283>
 425. Yirmiya, N., Solomonica-Levi, D., Shulman, C., Pilowsky, T. (1996). Theory of mind abilities in individuals with autism, down syndrome, and mental retardation of unknown etiology: The role of age and intelligence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(8), 1003-1014. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01497.x>
 426. Yu, Y-T., Li, H-J., Tsai, C-H., Lin, C-H., Lai, S-S., & Chen., K-L. (2021). Cool executive function and verbal comprehension mediate the relation of hot executive function and theory of mind in children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 14(5), 921-931.
<https://doi.org/10.1002/aur.2412>
 427. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(1), 177-184.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x>
 428. Zhang, X., Fung, H. H., Stanley, J. T., Isaacowitz, D. M., & Ho, M. Y. (2013). Perspective taking in older age revisited: A motivational perspective. *Developmental Psychology*, 49(10), 1848-1858.
<https://doi.org/10.1037/a0031211>
 429. Zhang, X., Lecce, S., Ceccato, I., Cavallini, E., Zhang, L., & Chen, T. (2018). Plasticity in older adults' theory of mind performance: The impact of motivation. *Aging & Mental Health*, 22(12), 1592-1599. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1376313>
 430. Zlatanović, Lj. (2006). Socijalna kognicija: Osnovne pretpostavke, pojmovi i pitanja. *Godišnjak za psihologiju*, 4(4-5), 7-18.

VIII ПРИЛОЗИ

Прилог 1.

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Бојана (Рајко) Мاستило (рођена Перишић), рођена је у Фочи, 22.4.1984. године гдје је завршила основну и средњу школу. Запослена је на Универзитету у Источном Сарајеву, Медицинском факултету у Фочи – студијски програм Специјална едукација и рехабилитација. Мајка је двоје дјеце.

Основне академске студије завршила је 2011. године на Медицинском факултету у Фочи – студијски програм Специјална едукација и рехабилитација, Универзитета у Источном Сарајеву са просјечном оцјеном 9.17 и стекла звање професор специјалне едукације и рехабилитације (смјер Развојни поремећаји).

Мастер академске студије, смјер Развојни поремећаји уписала је 2013/2014. године на матичном факултету и одбранила 2015. године са просјечном оцјеном 9.80. Одбранила је завршни рад на тему „Развојне способности дјеце млађег школског узраста“ под менторством доц. др Весна Радовановић.

Академске 2016/2017. године уписала је докторске академске студије на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду. Све испите предвиђене наставним планом и програмом докторских студија положила је просјечном оцјеном 9. Одлуком вијећа за мастер, специјалистичке и докторске студије Универзитета у Београду, од 23.2.2021. године, добила је сагласност на приједлог теме за израду докторске дисертације под називом „Специфичности социјалне когниције код одраслих особа са интелектуалном ометеношћу и придруженим психијатријским стањима“.

Од 2012. године запослена је на Медицинском Факултету у Фочи, студијском програму Специјална едукација и рехабилитација, у звању асистента, а од 2016. године у звању вишег асистента на смјеру Развојни поремећаји. Учествоје у извођењу вјежби на основним академским студијама из следећих наставних предмета: *Теоријске основе развојних поремећаја, Рана интервенција, Клиничка соматопедија, Окупациона терапија, Креативна терапија.*

Похађала је више едукација, објавила већи број научних радова и саопштавала радове на научно-стручним скуповима и научним конференцијама. Служи се енглеским језиком.

Прилог 2.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора: **Бојана Мاستило**

Број индекса: **2016/5013**

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом **Специфичности социјалне когниције код одраслих особа са интелектуалном ометеношћу и придруженим психијатријским стањима**

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, _____

Прилог 3.

Изјава о истовестности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: **Бојана Мاستило**

Број индекса: **2016/5013**

Студијски програм: **Специјална едукација и рехабилитација**

Наслов рада: **Специфичности социјалне когниције код одраслих особа са интелектуалном ометеношћу и придруженим психијатријским стањима**

Ментор: **Проф. др Мирјана Ђођевић**

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истовестна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, _____

Прилог 4.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом: **Специфичности социјалне когниције код одраслих особа са интелектуалном ометеношћу и придруженим психијатријским стањима** која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

Потпис аутора

У Београду, _____
