

Klinika za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu, Beograd¹
 Univerziteta u Beogradu, Defektološki fakultet²
 Univerzitetska dečja klinika, Beograd³

Pregledni članak

Review article

UDK 616.899.2-053.5/6:616.895

UDK 616.899.2-053.5/6:616.89-008.48

SPECIFIČNOSTI PSIHOZA MENTALNO RETARDIRANE DECE I ADOLESCENATA

SPECIFICITIES OF PSYCHOSES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION

Dušan KOLAR¹, Svetomir BOJANIN² i Mila KOLAR³

Sažetak - Mentalna retardacija je heterogeni neurorazvojni poremećaj karakterisan zaustavljenim ili nepotpunim psihičkim razvojem. Mentalna retardacija ima sličnu etiologiju i patogenezu kao i ostali neurorazvojni poremećaji. Ova činjenica vezana za slične etiopatogenetske mehanizme objašnjava i čestu udruženost mentalne retardacije sa psihotičnim poremećajima. Niz bio-psihosocijalnih faktora doprinosi većoj vulnerabilnosti osoba sa mentalnom retardacijom za razvoj mentalnih poremećaja, tako da je prevalencija ovih poremećaja veća kod mentalno retardiranih osoba, nego u opštoj populaciji. U radu su obrađene specifičnosti kliničke fenomenologije shizofrenih psihoza, autizma i afektivnih poremećaja kod osoba sa mentalnom retardacijom. Poseban naglasak je stavljen na teškoće u dijagnostici ovih poremećaja kod mentalno retardirane dece i adolescenata, kao i na diferencijalno-dijagnostičke probleme. Specifičnost kliničkih slika zahteva usmerenije bavljenje ovom problematikom u okviru užih specijalizacija psihijatrije razvojnog doba.

Cljučne reči: Mentalna retardacija; Psihotični poremećaji; Shizofrenija i poremećaji s psihotičnim osobinama; Autistični poremećaj; Psihotični afektivni poremećaji

Uvod

Mentalna retardacija je, prema DSM-IV, heterogeni entitet karakterisan značajno ispodprosečnim intelektualnim funkcionisanjem i oštećenim adaptivnim funkcionisanjem, bez uniformne istorije bolesti i toka, a koji počinje pre 18. godine života [1,2]. Mentalna retardacija se klasifikuje kao laka mentalna retardacija sa opsegom IQ od 50-69, umerena mentalna retardacija sa opsegom IQ 35-49 i teška mentalna retardacija gde se IQ kreće obično 20-34 [3]. Prognoza ili ishod ovog poremećaja za određenu osobu tipično reflektuje interakciju tri grupe faktora: biomedicinskih, psiholoških i faktora sredine [4,5].

Psihološko-socijalne i biološke osobenosti u nastajanju psihijatrijskog poremećaja kod lica sa mentalnom retardacijom

Razvoj mentalno retardiranih osoba karakterisan je insuficijentnom integracijom različitih funkcija CNS-a i gubitkom dominacije korteksa kao najviše integrativne nervne strukture. Kao posledica ove disfunkcije javlja se nezrelost neuro-mišićnih struktura, slaba diferencijacija gnostičkih funkcija, kao i siromašan emocionalni i socijalni razvoj, što sve dovodi do disharmoničnog razvoja ličnosti [6]. Svi ovi faktori čine pozadinu visokog rizika za bihevioralne teškoće i psihijatrijske poremećaje u ovoj populaciji. Većoj vulnerabilnosti mentalno retardiranih za razvoj psihijatrijskih poremećaja doprinose sledeći faktori [7]:

1. Usporen razvoj govora sa ograničenim sposobnostima u saopštavanju potreba i osećanja;

2. Ograničeno emocionalno sazrevanje i razvoj ličnosti zbog zaostajanja u razvoju self-koncepta (npr. diferencijacije selfa od ne-selfa);

3. Postojanje značajnijih hendikepa usled oštećenja CNS-a. Ovi hendikepi često dovode do sekundarnih bihevioralnih poremećaja (npr. pojava auto-stimulacije kao spoljašnje zamene za oštećene unutrašnje "resurse");

4. Nisko samopoštovanje koje se podržava specijalnim školovanjem. Ovo dovodi do doživljaja različitosti kod ove dece i eventualno do poremećaja u doživljaju sebe;

5. Relativna nesposobnost u razumevanju zahteva realiteta što ih ograničava u socijalnoj adaptaciji;

6. Oštećenje pamćenja i procesa učenja;

7. Atipični mehanizmi odbrane uz povećanje učestalosti opsesivnog ponašanja, koje pomaže osobi u kontroli nad novim životnim situacijama;

8. Vulnerabilnost u odraslom životnom dobu.

U našem iskustvu centralni problem mentalno retardirane dece predstavlja usporen razvoj govora sa usporenim razvojem saznavnih funkcija. Ovu decu u zahtevnijim socijalnim sredinama čini vulnerabilnim činjenica da oni ne prepoznaju i sasvim obične socijalne situacije prema kojima se druga deca adekvatno postavljaju i pri tome imaju doživljaj odbacivosti i agresivnosti sredine.

Dečak, star 5 godina, doveden je jer u poslednjih nekoliko meseci sedi sam u ćošku, defecira gde stigne, govori za sebe, zagleda u svoje šake i ne uspostavlja kontakt s okolinom. Sve je počelo prvih nedelja polaska u predškolsku ustanovu. Upućen je pod dijagnozom rane dečje psihoze. Posle 2 nedelje boravka na odeljenju za decu i omladinu uz terapiju tioridazinom i prilagođenim reedukativnim tretmanom otvara se u ponašanju prema deci, razmenjuje

pogleda sa decom i odraslima, te pokazuje oblike hiperkinetičnog ponašanja i disleksiju. Procenom inteligencije ustanovljeno je da je IQ u ravni lake mentalne retardacije. Klinička slika je objašnjena kao reaktivno psihotično ponašanje na povećane zahteve i roditelja i predškolske ustanove. Majka dečaka, iako je znala da dečak ima usporen razvoj govora, nije sumnjala na snižene intelektualne sposobnosti i postavljala mu je zahteve kao i drugoj deci. Dijagnozu lake mentalne retardacije je prihvatila sa dubokim negodovanjem i fazom depresivnog raspoloženja.

Živeći u otvorenoj socijalnoj sredini, naročito ako je neposredno okruženje neadekvatno, ova deca nisu u stanju da otkriju identifikacione uzore u svom ranom razvoju. Stav da se "nisko samopoštovanje" podržava specijalnim školovanjem [7] više je problem socijalne sredine odraslih nego same dece.

Biološke specifičnosti mentalno retardiranih osoba i razvoj mentalnog poremećaja

Nađeno je da osobe sa mentalnom retardacijom koje kasnije razvijaju shizofreniju imaju značajno veću stopu komplikacija na porođaju i u toku trudnoće u odnosu na kontrolnu grupu. Od porođajnih komplikacija kod osoba sa MR i shizofrenijom najčešće se sreću abnormalno dug ili kratak porođaj, epiziotomija majke, majčina preklampsijska toksemija, indukcija porođaja, prematuritet, pušenje majke u toku trudnoće, te situacije kada je beba kasno zaplakala [8]. Neuroimidžing studije su pokazale mali volumen amigdaloida i hipokampus, koji su bili povezani sa anamnezom traume CNS-a, a posebno sa meningitisom. Ovi rezultati daju podršku stavu da kognitivna oštećenja i komorbidna psihoza mogu da imaju zajedničke uzroke, kao što su meningitis ili opstetričke komplikacije, ali je moguća i interakcija ovih sa nekim drugim faktorima, na primer pozitivnim hereditetom za psihozu i mentalnu retardaciju [9]. Redukcija hipokamapalno-amigdaloidnog volumena viđa se i kod osoba sa autizmom. Reduktivne promene zahvataju pre svega dendritsko stablo i verovatno reflektuju nedovoljan razvoj neuronskih veza limbičkih struktura sa ostalim delovima mozga [10]. Infektivni i imunološki faktori mogu da učestvuju u patogenezi neurorazvojnih poremećaja, pre svega mentalne retardacije, autizma i shizofrenije. Animalni model neurorazvojnih poremećaja bazira se na virusnoj infekciji, koja pokreće složenu kaskadu imunoloških reakcija za koje se pretpostavlja da učestvuju u patogenezi ovih poremećaja [11].

U našem kliničkom materijalu psihijatrijski poremećaj sa mogućim organskim etiološkim činiocem kod mentalno retardirane dece i adolescenata najčešće se ispoljava u vidu agresivnosti i produženog negativnog afekta posle konflikta, a ovi načini ispoljavanja često imaju psihotične karakteristike. Uz ovakvu kliničku sliku često je prisutna i komorbidna epilepsija, a neurofiziološka i neuroimidžing ispi-

tivanja ukazuju na prisustvo organskih oštećenja CNS-a.

Prevalencija psihotičnih poremećaja kod mentalne retardacije

Psihijatrijski poremećaji su 3-4 puta češći kod mentalno retardiranih adolescenata, nego u opštoj populaciji. Oko 40% adolescenata i mladih odraslih osoba sa mentalnom retardacijom imaju psihijatrijski poremećaj koji traje više od 4 godine [12]. Prevalencija komorbidnih mentalnih poremećaja kod osoba sa mentalnom retardacijom procenjuje se na 30% do 70% [2]. Prema novijim studijama [13, 14] učestalost shizofrenije u populaciji mentalno retardiranih osoba iznosila je 17,7%, učestalost drugih psihotičnih poremećaja 9,23%, a afektivnih poremećaja 4,61%.

Dijagnostika mentalne retardacije i komorbidnog psihotičnog poremećaja

Dijagnostički kriterijumi ICD-10 i DSM-IV klasifikacije predviđeni su za osobe normalne inteligencije i nisu dovoljno senzitivni za mentalno retardirane osobe [17]. Iako većina DSM-IV kriterijuma obuhvata pacijentovu verbalnu produkciju u ovoj klasifikaciji, u odnosu na neke ranije klasifikacije, postoje odgovarajuća rešenja i za one situacije gde pacijent nema dovoljno razvijenu sposobnost za verbalno opisivanje simptoma. Tako, na primer, kod velike depresije o prisustvu depresivnog raspoloženja možemo da zaključujemo na osnovu opservacije verbalnog iskaza roditelja ili drugih članova porodice [15,16]. Smatramo da osnovni nedostatak i neuropsihijatrijske i psihološke dijagnostike osoba sa mentalnom retardacijom jeste zanemarivanje procene nivoa organizovanosti psihomotorike, koja najbolje odražava sposobnosti i moguće pravce razvoja ovih ličnosti. U nas taj prostor popunjava opšta defektološka dijagnostika. Ona koristi procenu razvoja psihomotorike prema skali Ozareckog iz koje se dobija MQ (koji je analogan IQ u proceni inteligencije), test Vigotskog za procenu socijalnog razvoja i seriju testova za kliničku procenu organizovanosti psihomotorike, kao i Pijažeeve probe za sticanje uvida u kvalitet inteligencije koju poseduju [18]. Ovim se omogućava postavljanje preciznijih, individualno prilagođenih programa za rehabilitaciju i socijalizaciju osoba sa mentalnim hendikepom, a time i adekvatniji pristup mentalnom poremećaju kod ovih osoba.

Mentalna retardacija i shizofrene psihoze

Prema ranijim stavovima stereotipna ponašanja, koja se viđaju kod osoba sa teškom mentalnom retardacijom, često su bila dijagnostikovana kao shizofrenija [19]. Takođe, određena regresivna ponašanja, obično mešane shizofrene slike i slike afek-

tivnog poremećaja, koje se vidaju kod osoba sa mentalnom retardacijom ranije su smatrana skoro isključivo karakteristikom psihotične dekompenzacije ovih osoba [20]. Danas se smatra da je to uobičajen repertoar ponašanja duboko mentalno retardiranih lica u datim situacijama [20]. Takođe se smatra da je prevalencija shizofrenije kod osoba sa i bez mentalne retardacije slična [19]. Rizik za razvoj neshizofrenih psihoza bio je veći kod osoba koje su imale nizak IQ [21]. Čest precipitirajući faktor za nastanak psihoza i drugih teških mentalnih poremećaja kod mentalno retardiranih osoba su povećani i neadekvatni zahtevi sredine [22]. Shizofrenija može da se dijagnostikuje slično kao i kod osoba normalne inteligencije ukoliko se radi o lakoj i umerenoj mentalnoj retardaciji, ali je to nemoguće kod osoba sa dubokom mentalnom retardacijom. U ovim slučajevima dijagnoza psihotičnog poremećaja može da se postavi na osnovu značajnije dezorganizacije ponašanja i eventualnog prisustva negativnih simptoma, a ukoliko su ove karakteristike bile odsutne premorbidno [15,19]. Rezultati nekih novijih studija o lateralizaciji kod osoba sa mentalnom retardacijom i entitetima iz spektra shizofrenih poremećaja pokazuju da je nediferencirana lateralizacija česta kod ovih osoba, a rezultati su tesno povezani sa neuropsihološkim konceptom nastanka psihotičnih poremećaja i neurorazvojnog hipotezom shizofrenije [23]. Kod dece muškog pola sa mentalnom retardacijom i komorbidnom shizofrenijom bez pozitivne porodične anamneze, a sa pretežno diskognitivnom simptomatologijom, obično se radi o malignoj formi shizofrenije i u daljem toku ove osobe će najverovatnije zahtevati trajnu brigu i tretman u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa [24]. U našem kliničkom materijalu vidali smo psihotične shizofreniformne poremećaje koji su nastajali usled snažnih frustracija koje su dovodile do psihotične razgradnje i koji su prolazili posle kraće terapije. Recidivi u sličnim frustrirajućim okolnostima su bili česti.

Autizam i mentalna retardacija

Okolo 75% autistične dece ispunjava i kriterijume za mentalnu retardaciju, a oba poremećaja mogu da budu udruženi sa sličnim stanjima, kao što su X-fragilni sindrom, kongenitalna rubela, tuberozna skleroza i fenilketonurija [16]. Otkriće uloge X-fragilnog hromozoma u autizmu dalo je podstrek istraživanjima genetike autizma na molekularnom nivou [25], a time je podstaknut i dalji razvoj diferencijalno dijagnostičkih postupaka koji bi omogućili razdvajanje mentalne retardacije od psihotičnih poremećaja. Istraživanja kognitivnog razvoja i razvoja socijalnih interakcija na ranom uzrastu (do 2. godine), bazirana na Pijaževom učenju, kod dece sa autizmom i mentalnom retardacijom pokazala su da izraženost ovih poremećaja zavisi od nivoa razvijenosti interakcija u socijalnom polju [26]. Za razliku od nekomplikovane mentalne retardacije,

deca sa pervazivnim razvojnim poremećajem imaju ozbiljan poremećaj u interakcijama i socijalnoj komunikaciji, i verbalnoj i neverbalnoj. S obzirom da se autizam zasniva na "snažnoj vezanosti za puko opažanje, za statičnost prostora, za konkretnost u misaonim operacijama i zaustavljenost doživljavanja protoka vremena" [27], njegovi oblici posebno ranom uzrastu, isprepleteni su sa kliničkim obrascima mentalne retardacije. Taj splet kliničkih ispoljavanja mentalne retardacije i jednog psihotičnog stanja predstavlja aktuelan problem u savremenoj dečjoj psihijatriji.

Mentalna retardacija i afektivni poremećaji

Prevalenca afektivnih poremećaja je prema ranijim studijama bila potcenjena i danas se smatra da je učestalost afektivnih poremećaja kod mentalno retardiranih lica jednaka ili veća nego u opštoj populaciji [29]. No često se dešava da poremećaji raspoloženja, posebno veliki depresivni poremećaji, ne budu dijagnostikovani kod osoba sa mentalnom retardacijom. S obzirom na intelektualni deficit i niske verbalne sposobnosti ove osobe imaju značajne smetnje u konceptualizaciji svojih teškoća i opisivanju svojih osećanja i iskustava, pa su u tom kontekstu često značajnije bihevioralne karakteristike afektivnog poremećaja [16]. Kao moguće uzročne faktore nastanka depresije kod mentalno retardirane dece Došen navodi sledeće: bazične psihobiološke afektivne reakcije povezane sa okruženjem i štetnim uticajima okruženja, koje su najčešće trigger depresivnih stanja kod osoba sa lošim self-konceptom, sa hroničnom afektivnom deprivacijom, sa gubitkom objekta ljubavi, kao i kod osoba sa neadekvatnom ili anksioznom privrženosti majke i deteta [29]. Za nastanak depresije kod ove dece i adolescenata značajan je i iznenadni gubitak ili promene u postojećim emocionalnim odnosima i hronično osećanje neprihvaćenosti i nerazumevanja [30]. Kod osoba sa lakom i umerenom mentalnom retardacijom simptomi afektivnih poremećaja su slični kao i kod osoba sa normalnom inteligencijom, mada osobe sa mentalnom retardacijom drugačije doživljavaju i opisuju svoje poremećeno raspoloženje [31]. Tako, na primer, osobe sa mentalnom retardacijom depresivno raspoloženje znatno češće opisuju kao osećaj bolesti, nego kao osećanje tuge. Najčešće prezentovana slika velikog depresivnog poremećaja uključuje gubitak apetita, gubitak telesne mase, poremećaj spavanja, rano jutranje buđenje, socijalno povlačenje, agresivno ponašanje, temper tantrum, psihomotornu retardaciju ili agitaciju [32]. Opisana je i suicidalnost kod ovih osoba. U toku velike depresije dešavaju se pokušaji suicida, koji mogu da završe i fatalno [20,33]. Mada suicidalne ideje i pokušaji suicida nisu česti kod pacijenata sa mentalnom retardacijom, kompletni suicid i potencijalno fatalni pokušaji su opisani i kod pacijenata sa dubokom mentalnom retardacijom [34]. "Maskirana" depresija je česta pojava kod

dece sa mentalnom retardacijom, a manifestuje se kroz razne telesne disfunkcije i telesne žalbe zbog kojih se često vrše brojna i nepotrebna organska ispitivanja. "Maskirana" depresija se često pogrešno dijagnostikuje kao hipohondrija [29]. Čest način ispoljavanja depresije u grupi dece i adolescenata sa mentalnom retardacijom obuhvata razna regresivna ponašanja sa traženjem pažnje i infantilizacijom, vraćanjem inkontinencije, deterioracijom ličnih navika i gubitkom prethodno stečenih socijalnih veština. Česte su kod ove dece automutilacije i autostimulacija [32,35]. U grupi lako mentalno retardiranih adolescenata sa distimičnim poremećajem profil ispoljene simptomatologije je obuhvatao intrapsihičke i kognitivne simptome kao što su depresivno raspoloženje, iritabilnost, patološko osećanje krivice i nisko samovrednovanje [36]. U grupi pacijenata sa Prader-Willi sindromom nađena je visoka učestalost afektivnih poremećaja sa prevalencijom od 17,4%; obično se radilo o nekom od afektivnih poremećaja sa psihotičnim simptomima [37]. Bipolarni poremećaj kod mentalno retardiranih osoba češće je udružen sa disfunkcijama CNS-a ili neuroendokrinim disfunkcijama. Veoma je značajna genetska predispozicija za bipolarni poremećaj [38]. Po našem iskustvu bipolarni afektivni poremećaj kod mentalno retardiranih adolescenata nema jasno odeljene faze poremećaja, koje se obično brzo smenjuju. Mešane kliničke slike sa afektivnim i shizofrenim simptomima, koje su i inače česte kod adolescenata, u populaciji mentalno retardiranih predstavljaju najčešće kliničko ispoljavanje.

Zaključak

Mentalna retardacija kao primarni poremećaj u razvoju ličnosti, kao i skladan razvoj ličnosti, izložen je interakciji sa socijalnim poljem i svim onim što se tom interakcijom ostvaruje tokom življenja. Primarno nedograđena ličnost kod osoba sa mentalnom retardacijom znatno je vulnerabilnija pred frustrantnim oblicima realiteta što dovodi do dekompenzacije u njenom funkcionisanju kako na neočekivane povode, tako i u neočekivanim oblicima. Time se oblikuju kliničke slike koje ne odgovaraju klasičnim vidovima dekompenzacije ličnosti masovne populacije u određenim fazama razvoja, koje su poznate klasičnoj psihijatriji i klasičnoj dečjoj psihijatriji.

U ovoj populaciji sasvim retko srećemo sistematizovane neurotske poremećaje i tamo gde bi očekivali razvoj neurotskog reagovanja dobijamo kliničku sliku psihotične dekompenzacije. U oblasti ponašanja često se postavlja diferencijalno-dijagnostički problem između epileptičkih izmena ličnosti i agitiranih stanja u sklopu psihotičnog poremećaja. Sve ovo stvara potrebu za sistematskim bavljenjem ovim problemima, što je dovelo i do formiranja užih specijalnosti u psihijatriji osoba sa mentalnom retardacijom. Smatramo da je ovaj problem aktuelan i u našoj sredini i da je neophodno da se usmerenije njime bavimo kako bi na njega odgovorili u okviru savremenih naučnih saznanja.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
2. Szymanski L, King BH. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12 Suppl):5S-31S.
3. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
4. King BH, Hodapp RM, Dykens EM. Mental retardation. In: Kaplan HI & Sadock BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000.
5. Wilska ML, Kaski MK. Why and how to assess the aetiological diagnosis of children with intellectual disability/mental retardation and other neurodevelopmental disorders: description of the Finnish approach. *Eur J Paediatr Neurol* 2001; 5:7-13.
6. Dosen A, Bojanin S. Developmental and biological factors in the mentally retarded and vulnerability to depression. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 63-81.
7. Menolascino FJ. Mental retardation and the risk, nature and types of mental illness. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds.

- Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 11-35.
8. O'Dwyer JM. Schizophrenia in people with intellectual disability: the role of pregnancy and birth complications. *J Intellect Disabil Res* 1997;41:238-51.
9. Sanderson TL, Doody GA, Best J, Owens DG, Johnstone EC. Correlations between clinical and historical variables, and cerebral structural variables in people with mild intellectual disability and schizophrenia. *J Intellect Disabil Res* 2001;45(Pt 2):89-98.
10. Aylward EH, Minshew NJ, Goldstein G, Honeycutt NA, Augustine AM, Yates KO, et al. MRI volumes of amygdala and hippocampus in non-mentally retarded autistic adolescents and adults. *Neurology* 1999;53(9):2145-50.
11. Hornig M, Lipkin WI. Infectious and immune factors in the pathogenesis of neurodevelopmental disorders: epidemiology, hypotheses, and animal models. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2001;7(3):200-10.
12. Tonge B, Einfeld S. The trajectory of psychiatric disorders in young people with intellectual disabilities. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(1):80-4.
13. Salvador-Carulla L, Rodriguez-Blazquez C, Rodriguez de Molina M, Perez-Marin J, Velazquez R. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000;44(Pt 2):147-54.

14. Hauser MJ. The role of the psychiatrist in mental retardation. *Psychiatr Ann* 1997;27:3-6.
15. Borthwick-Duffy SA, Eyman RK. Who are the dually diagnosed? *Am J Ment Retard* 1990;94:586-95.
16. Feinstein C, Reiss AL. Psychiatric disorders in mentally retarded children and adolescents: the challenges of meaningful diagnosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996;5:827-52.
17. Ispanović-Radojković V. Mentalna oboljenja kod mentalno retardiranih osoba. U: Keemanović D, ured. Psihijatrija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1989. str. 1524-30.
18. Ćordić A, Bojanin S. Opšta defektološka dijagnostika. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992:145-51.
19. Reid AH. Schizophrenic and paranoid syndromes in persons with mental retardation: assessment and diagnosis. In: Fletcher RJ, Dosen A, eds. *Mental aspects of mental retardation*. New York: Lexington Books; 1993. p. 98-110.
20. Melonascino FJ, Weiler MA. The challenge of depression and suicide in severely mentally retarded adults. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 130-6.
21. David AS, Malmberg A, Brandt L, Allebeck P, Lewis G. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med* 1997;27(6):1311-23.
22. Popović-Deuščić S. Problemi mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 1999.
23. Rowe D, Rudkin A, Crowth L. Cerebral dominance and schizophrenia-spectrum disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000;44(Pt 6):638-43.
24. Doody GA, Thomson LD, Miller P, Johnstone EC. Predictors of admission to a high security hospital of people with intellectual disability with and without schizophrenia. *J Intellect Disabil Res* 2000;44(Pt 2):130-7.
25. Lakić A. Biološke osnove autizma. U: Bojanin S, Pijašo Dž, Glumbić N, ured. *Autizam danas*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2001. p. 217-27.
26. Adrien JL, Rossignol-Deletang N, Martineau J, Couturier G, Barthelemy C. Regulation of cognitive activity and early communication development in young autistic, mentally retarded, and young normal children. *Dev Psychobiol* 2001;39(2):124-36.
27. Bojanin S. Autizam sa fenomeneološko-egzistencijalističkog stanovišta. U: Bojanin S, Pijašo Dž, Glumbić N, ured. *Autizam danas*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2001. str. 119-44.
28. Hodapp RM. Down syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996;5:881-94.
29. Dosen A. Depression in mentally retarded children and adults. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 113-28.
30. Zwanikken GJ. The phenomenon of depression: general state of the art. In: Dosen A, Menolascino FJ, editors. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 35-51.
31. Schloss PJ, Epstein MH, Cullinan D. Depression characteristic among mildly handicapped students. *J Multihandicapped Person* 1988;1:293-302.
32. Day KA. Depression in mildly and moderately retarded adults. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990.
33. Walters AS, Barrett RP, Knapp LG, Borden MC. Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Res Dev Disabil* 1995;16:85-96.
34. Hurley AD. Two cases of suicide attempt by patients with Down's syndrome. *Psychiatr Serv* 1998;49:1618-9.
35. McGee JJ, Menolascino FJ. Depression in persons with retardation: toward an existential analysis. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 95-112.
36. Masi G, Mucci M, Favilla L. Dysthymic disorder in adolescents with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1999;43(Pt 2):80-7.
37. Beardsmore A, Dorman T, Cooper SA, Webb T. Affective psychosis and Prader-Willi syndrome. *J Intellect Disabil Res* 1998;42(Pt 6):643-71.
38. Sovner R. Bipolar disorder in persons with developmental disorder: an overview. In: Dosen A, Menolascino FJ, eds. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p. 175-99.

Summary

Mental retardation is a heterogenous neurodevelopmental disorder characterized by arrested or incomplete psychological development. The first part of the study deals with psychological and biological factors: etiology and pathogenesis of mental retardation and comorbid psychiatric disorders. Their etiopathogenesis is similar as in other neurodevelopmental disorders and it was analyzed in the part dealing with biological specificities of persons with mental retardation. Numerous biopsychosocial factors cause increased vulnerability of the mentally retarded to development of mental disorders. Thus, prevalence of these disorders is higher in mentally retarded persons

than in general population. This study also deals with specificities regarding diagnosis of psychotic disorders in mentally retarded persons as well as neurobiologic, epidemiologic, clinical and therapeutic characteristics of schizophrenic psychoses, autism and affective disorders in persons with mental retardation. Special emphasis was given to diagnostics of these disorders in mentally retarded children and adolescents, as well as to problems of differential diagnostics. Apart from other things, we have concluded that specific clinical pictures demand subspecialty approach in the frame of developmental psychiatry.

Key words: Mental Retardation; Psychotic Disorders; Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features; Autistic Disorder; Affective Disorders, Psychotic

Rad je primljen 19. VIII 2002.

Prihvaćen za štampu 22. XI 2002.

BIBLID.0025-8105:(2003):LVI:5-6:251-255.