

MENTALNA RETADACIJA I PSIHOTIČNI POREMEĆAJI

Svetomir Bojanin¹, Dušan Kolar² i Mila Kolar³

¹ Defektološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu

² Klinika za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu u Beogradu

³ Univerzitetska dečja klinika u Beograd

Apstrakt: Mentalna retardacija se danas prema savremenim psihijatrijskim konceptima ubraja u neurorazvojne poremećaje, čija je etiologija i patogeneza slična kao i kod ostalih neurorazvojnih poremećaja. Ova činjenica vezana za slične etiopatogenetske mehanizme objašnjava i čestu komorbidnu udruženost mentalne retardacije sa psihijatrijskim poremećajima. U radu smo stavili akcenat na psihotične poremećaje s obzirom da su oni najčešći od psihijatrijskih poremećaja kod mentalno retardiranih lica. Niz bio-psiho-socijalnih faktora doprinosi većoj vulnerabilnosti osoba sa mentalnom retardacijom za razvoj psihotičnih poremećaja, pa je i prevalenca ovih poremećaja veća kod mentalno retardiranih osoba, nego u opštoj populaciji. U radu smo veću pažnju posvetili specifičnostima kliničkih ispoljavanja shizofrenih psihoza, autizma i afektivnih psihoza kod osoba sa mentalnom retardacijom. Poseban naglasak je stavljen na teškoće u dijagnostici ovih poremećaja kod mentalno retardirane dece i adolescenata, a zbog nedostatka validnih dijagnostičkih kriterijuma za ovu grupu pacijenata u aktuelnim klasifikacionim sistemima.

Ključne reči: mentalna retardacija, psihotični poremećaji, dijagnostički problemi

Uvod

U ICD-10 mentalna retardacija se definiše kao stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja, koje se naročito karakteriše poremećajem onih sposobnosti koje se pojavljuju tokom razvojnog perioda i koje doprinose opštem nivou inteligencije, kao što su kognitivne, govorne, motorne i socijalne sposobnosti. (1)

Mentalna retardacija prema američkom klasifikacionom sistemu DSM-IV predstavlja heterogeni entitet karakterisan značajno ispodprosečnim intelektualnim funkcionisanjem i oštećenim adaptivnim funkcionisanjem, bez uniformne istorije bolesti i toka, a koji počinje pre 18 godine života. (2,3) Klasifikuje se kao *laka mentalna retardacija* kod koje se IQ kreće od 50-69, *umerena mentalna retardacija* sa IQ 35-49 i *teška mentalna retardacija* gde se IQ kreće obično od 20-34. (1) Od interakcije medicinskih faktora, psiholoških faktora i faktora sredine zavisi kako dalji lični razvoj osobe sa mentalnom retardacijom tako i rizik za pojavu psihotičnih poremećaja i njihova prognoza. (4)

Etiološki faktori mentalne retardacije

Mogući uzroci mentalne retardacije mogu se svrstati u nekoliko kategorija (5,4):

1. Genetski poremećaji
 - a) hromozomske aberacije (npr. trisomija 21, 13, 18);
 - b) bolesti usled mutacija pojedinačnih gena (tuberozna skleroza, fenilketonurija, Tay Sachs-ova bolest, Hunter-ova bolest i sl.):
 - c) poremećaji usled mikrolelecija (Prader-Willi sindrom, Angelmanov sindrom, Williamsov sindrom);
 - d) multifaktorijalno uslovljene anomalije (porodična mentalna retardacija, defekti neuralne tube)
2. Malformacije CNS-a (npr. holoprozencefalija, lisencefalija, Goldenhaar sindrom)
3. Prenatalni poremećaji
 - a) infekcije majke (rubela, citomegalovirus, HIV);
 - b) lekovi / toksini (alkohol, hidantoinati);
 - c) ishrana/retardacija intrauterinog rasta (placentna insuficijencija, toksemija);
 - d) ostalo (dijabetes, radijacija, trauma)

4. Perinatalni poremećaji
 - a) infekcije (meningitis, herpes);
 - b) porođajne komplikacije (asfiksija, trauma);
 - c) druge komplikacije kod novorođenčeta (hipoglikemija, hiperbilirubinemija)
5. Postnatalni poremećaji
 - a) infekcije (meningitis, encefalitis);
 - b) druge lezije CNS-a (toksične supstance,tumori, hipoksija);
 - c) psihosocijalni problemi (deprivacija);
 - d) psihoza
6. Nepoznati uzroci

Psihosocijalne i biološke karakteristike mentalno retardiranih lica

Zbog nedovoljne integracije različitih funkcija centralnog nervnog sistema i gubitka dominacije korteksa javlja se nezrelost nervno-mišićnih sktruktura, slaba diferencijacija gnostičkih funkcija i siromašan emocionalni i socijalni razvoj, što su karakteristike disharmoničnog razvoja ličnosti (6). Ovakav razvoj dovodi do visokog rizika za nastanak poremećaja ponašanja i psihotičnih poremećaja u ovoj populaciji. Povećanoj vulnerabilnosti mentalno retardiranih osoba 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;
3. Postojanje značajnijih hendikepa usled oštećenja CNS-a. Ovi hendikepi često dovode do sekundarnih bihejvioralnih poremećaja;
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.

Centralni problem mentalno retardirane dece, prema našem shvatanju, predstavlja usporen razvoj govora sa usporenim razvojem saznavnih funkcija. U zahtevnijim socijalnim situacijama ovu decu čini vulnerabilnom činjenica da oni ne prepoznaju i sasvim obične socijalne situacije prema kojima se druga deca adekvatno postavljaju. Ova deca imaju pri tome doživljaj odbačenosti i agresivnosti sredine.

Dečak, star 5 godina, je doveden jer u poslednjih nekoliko meseci sedi sam u uglu, 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 poglede 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.

Istovremeno živeći u otvorenoj socijalnoj sredini, naročito ako je neposredno okruženje neadekvatno, ova deca nisu u stanju da otkriju identifikacione uzore u svom ranom razvoju.

Dečak, 6,5 godina, doveden od strane osoblja nadležnog Centra za socijalni rad. Otac dečaka sklon nesocijalizovanim vidovima ponašanja (skitničenje, prosjačenje i sl.) te mu je oduzeto starateljstvo nad detetom. Majka dečaka se leči u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa. Ponašanje dečaka odgovara psihotičnoj razgradnji: baca se po podu, udara glavom o pod, grize igračke, razbacuje ih, urinira po sobi, ne uspostavlja nikakav socijalizovani kontakt. Upućen je kao mentalna retardacija sa autističnim elementima, međutim ono razmenjuje pogled i osmehe sa drugima, a agresivno ponašanje je osmišljeno i usmereno što iskuljučuje autističnu komponentu. Već u toku pregleda, kada se privikao na situaciju razgovora i okolini, relativno se smiruje i ponaša u okviru svojih primarnih sposobnosti.

Ne bi se složili sa stavom da se »nisko samopoštovanje« podržava specijalnim školovanjem (7). Deca sa mentalnom retardacijom ukoliko su

dobro vođena u porodici i ukoliko pohađaju specijalne ustanove za svoj uzrast sa pogodno organizovanim društvenim životom, koji odgovara tom uzrastu, razvijaju samopoštovanje u okviru svoje emocionalne zrelosti. Svakako da u dobro vođen vaspitni i edukativni proces spadaju i oblici druženja ove dece sa decom masovne populacije u onim segmentima u kojima su sa njima relativno ravnopravni. Osobe sa mentalnom retardacijom su otporne na one vidove frustracija koje razumeju i na koje mogu adekvatno da odgovore.

Povećana vulnerabilnost kod ove dece se javlja ili kod njihovog naglog izlaženja iz svoje grupe u otvorenu socijalnu »konkurenciju« u školi ili tržištu rada ili kod prejakih frustracija koje prevazilaze njihove adaptivne mogućnosti, kao što se dešava i sa osobama masovne populacije kada su izložena značajnim uskraćenjima.

Biološke specifičnosti mentalno retardiranih osoba i psihotični poremećaji

Osobe sa mentalnom retardacijom koje kasnije razvijaju shizofreniju imaju značajno veću stopu komplikacija na porođaju i u toku trudnoće u odnosu na kontrolnu grupu. (8) Od porođajnih komplikacija kod osoba sa mentalnom retardacijom i shizofrenijom najčešće se sreću abnormalno dug ili kratak porođaj, epiziotomija majke, indukcija porođaja, prematuritet, majčina preklampsijska toksemija i pušenje majke u toku trudnoće. (8)

Neuroimidžing studije su pokazale mali volumen amigdala i hipokampusa, koji su bili povezani najčešće sa traumama CNS-a ili sa meningitisom (9), tako da kognitivna oštećenja i komorbidna psihoza mogu da imaju zajedničke uzroke, 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 u osoba sa autizmom, gde reduktivne promene zahvataju pre svega dendritsko stablo i verovatno reflektuju nedovoljan razvoj neuronskih veza limbičkih struktura sa ostalim delovima mozga. (10)

Animalni model neurorazvojnih poremećaja bazira se na virusnoj infekciji, koja pokreću složenu kaskadu imunoloških reakcija za koje se pretpostavlja da učestvuju u patogenezi ovih poremećaja, pre svega mentalne retardacije, autizma i shizofrenije. (11)

Prema našem iskustvu kod psihijatrijskih poremećaja sa mogućim organskim etiološkim činiocem kod mentalno retardirane dece i adolescenata, a to su pre svega psihotični poremećaji, često je prisutna i komorbidna epilepsija, a neurofiziološka i neuroimidžing ispitivanja ukazuju na prisustvo organskih oštećenja CNS-a.

Prevalenca psihotičnih poremećaja kod mentalne retardacije

Prevalenca komorbidnih mentalnih poremećaja kod osoba sa mentalnom retardacijom procenjuje se na 30% do 70%. (2) Psihijatrijski poremećaji su 3-4 puta češći kod mentalno retardiranih adolescenata, nego u opštoj populaciji. Oko 40% adolescenata i mlađih odraslih osoba sa mentalnom retardacijom ima psihijatrijski poremećaj, koji traje više od 4 godine. (12) Prema jednoj novijoj studiji (13) učestalost shizofrenije u populaciji mentalno retardiranih osoba iznosila je 17,7%, učestalost drugih psihotičnih poremećaja 9.23%, a afektivnih poremećaja 4.61%. Mada samo mali broj osoba sa mentalnom retardacijom i drugim poremećajima razvoja ima velike psihijatrijske poremećaje, uključivanje psihijatra je ipak često potrebno.

Stepen emocionalnih i bihevioralnih problema i problema vezanih sa retardacijom i različitim životnim situacijama mogu da budu razlog psihijatrijske konsultacije. (14) Kako su psihijatri počeli da se intenzivnije bave ovom populacijom, to su se i češće bivali dijagnostikovani psihotični i drugi psihijatrijski poremećaji kod mentalno retardiranih lica. Aktuelan stav je da mentalna retardacija i mentalni poremećaji koegzistiraju i osobe sa mentalnom retardacijom su pod povećanim rizikom za razvoj mentalnih poremećaja. Mentalni poremećaji mogu da budu značajan i čak primaran faktor koji limitira funkcionisanje osoba sa mentalnom retardacijom, njihov kvalitet života i njihovu adaptaciju na život u zajednici. (2)

Dijagnostika mentalne retardacije i komorbidnih psihotičnih poremećaja

Postoje dva razvojna puta u dijagnostici mentalnih poremećaja kod osoba sa ograničenim kognitivnim i verbalnim sposobnostima. Prvi je predstavljalo uvođenje DSM-III klasifikacije u kliničku praksu 1978. godine, koja je sa svojim bihevioralnim i fenomenološkim dijagnostičkim kriterijumima znatno olakšala dijagnostiku mentalnih poremećaja kod intelektualno insuficijentnih osoba. Drugi značajan faktor u dijagnostici predstavljao je progres u istraživanjima kliničke prezentacije psihijatrijskih poremećaja u detinjstvu. Standardna dijagnostička nomenklatura može da se primeni kako u dece i adolescenata, tako i u osoba svih uzrasta sa zastojima u razvoju. (15)

Dijagnostička procena mentalne retardacije i udruženog psihijatrijskog poremećaja trebala bi da obuhvati dostignut razvojni nivo deteta/ adolescenta, udružene hendikepe, komunikaciju (senzornu/ili motornu), životno iskustvo, edukaciju, kao i faktore porodičnog miljea i socijalnog okruženja. Faktori koji smanjuju pouzdanost postavljanje dijagnoze uključuju nedovoljno iskustvo lekara u radu s ovom populacijom, pacijentovu ograničenu sposobnost komunikacije i opisivanja svog stanja, nedostatak

pouzdatih anamnestičkih podataka, ali i nedostatak dovoljno vremena za valjanu dijagnostičku procenu. (16) 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 major depresije o prisustvu depresivnog raspoloženja možemo da zaključujemo na osnovu opservacije verbalnog iskaza roditelja ili drugih članova porodice. 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. U defektološkoj dijagnostici koristimo procenu razvoja psihomotorike prema skali Ozareckog iz koje se dobija MQ (koji je analogan IQ u proceni inteligencije), test Vigotskog za procenu socijalnog razvoja, seriju testova za kliničku procenu organizovanosti psihomotorike 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.

Shizofrene psihoze kod mentalno retardiranih lica

Određena stereotipna i repetitivna ponašanja i druga duboka regresivna ponašanja koja se viđaju kod osoba sa teškom mentalnom retardacijom ranije su često bila dijagnostikovana kao shizofrenija. (19). Danas se smatra da je to uobičajen repertoar ponašanja duboko mentalno retardiranih lica u datim situacijama, a ne psihotična dekompenzacija ovih osoba. (20) Smatra se da je prevalenca shizofrenije u osoba sa i bez mentalne retardacije slična. (19) Niske opšte intelektualne sposobnosti uz slabe performanse na verbalnim zadacima i testu mehaničkih znanja povećavaju rizik za nastanak shizofrenog poremećaja. (21) Veći rizik za razvoj neshizofrenih psihoza bio je veći kod osoba koje su imale nizak IQ. (21) Povećani i neadekvatni zahtevi sredine su čest precipitirajući faktor za nastanak psihotičnih poremećaja i drugih teških mentalnih poremećaja kod mentalno hendikepiranih osoba. (22)

Većina DSM-IV kriterijuma za shizofreniju zahteva određen stepen verbalnih sposobnosti da bi se pokazalo prisustvo sumanutih ideja i halucinacija ili dezorganizovanog govora. Shizofrenija može da se dijagnostikuje slično kao i u osoba normalne inteligencije ukoliko se radi o lakoj i umer-

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. (19,15) Izolovani shizofreni simptomi, kao što su sumanute ideje i auditivne halucinacije, mogu da je jave i u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja (u oko 20% ovih pacijenata) tako da je tu važno da se napravi kvalitetna diferencijalna dijagnoza, a da bi se to učinilo treba razmatrati prisustvo sledećih simptoma na početku bolesti : a) euforija ili porast iritabilnosti udružen sa motornom hiperaktivnošću; b) logoroičnost; c) poremećaj spavanja; d) relevantni biološki markeri kao što su izmenjen EEG u toku spavanja i deksametazonski supresorski test. Ovi parametri govore o bipolarnom poremećaju sa shizofrenim simptomima. (20)

Novije studija o lateralizaciji kod osoba sa mentalnom retardacijom i entitetima iz spektra shizofrenih poremećaja pokazuju da je nediferencirana lateralizacija česta kod ovih osoba, a ovi rezultati su tesno povezani sa neuropsihološkim konceptom nastanka psihotičnih poremećaja i neurorazvojnog hipotezom shizofrenije. (23)

U osoba sa mentalnom retardacijom i komorbidnom shizofrenijom ukoliko je poremećaj nastupio u ranom uzrastu i ukoliko ne postoji pozitivna porodična anamneza, ove osobe će najverovatnije zahtevati trajnu brigu i tretman u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa. Naime, u ovako ranoj pojavi shizofrenog poremećaja, pogotovo ako su osobe muškog pola, obično se radi o malignoj formi shizofrenije, koja se manifestuje u dečjem uzrastu diskognitivnom simptomatologijom. (24)

S obzirom da dete sa psihozom zbog duboke regresije često funkcioniše na nivou mentalno retardirane osobe, to su psihotične manifestacije kod mentalno retardiranih u dečjem uzrastu znatno siromašnije i drugačije nego psihotične slike u masovnoj populaciji i svakako predstavljaju veliki izazov za kliničare i istraživače. (19)

U našem kliničkom materijalu smo vidali 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.

Devojčica, 11 godina, koja funkcioniše na nivou umerene mentalne retardacije, dolazi visoko anksiozna, boji se mraka i ruiniranih delova zida u kupatilu za koje veruje da su »opasni« i zbog čega odbija ulazak u kupatilo; ima optičke halucinacije. Posle tretmana sa niskim dozama haloperidola (2 mg dnevno) klinička slika se brzo povlači i devojčica se dalje ponaša u okviru svojih primarnih sposobnosti. Ovaj vid psihotične razgradnje se uvek ponavljao usled snažnih frustracija, poslednji put usled agresivnog seksualnog ponašanja jednog učenika u specijalnoj školi koju pohađa.

Psihotična fenomenologija u okviru organskih mentalnih poremećaja kod mentalno retardirane dece i adolescenata, prema novijim istraživanjima, nije česta pojava. Korišćenje termina organskih mentalnih poremećaja u ovoj populaciji je često neadekvatno i ova kategorija služi kao »korpa za smeće«, a da bi se »objasnila« različita neprikladna ponašanja mentalno retardiranih osoba. Ovakvi stavovi, naravno, insistiraju na traumi CNS-a kao zajedničkom etiološkom imenitelju organskog mentalnog poremećaja i mentalne retardacije. (2) Kao primer za udruženost organskog mentalnog poremećaja i mentalne retardacije naveli bi slučaj Down-ovog sindroma koji je praćen povećanom incidencom hipotireoidizma, a ovo stanje može da rezultuje u pojavi psihotične depresije. (28)

Autizam i mentalna retardacija

Neuropsihološka istraživanja autizma ukazala su na nedograđenost praktognostičke organizovanosti, na cerebelarne probleme pretežno vezane za oblast vermisa i na veću specifičnu težinu CNS-a. Oko 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) 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. Međutim i mentalno retardirana deca i adolescenti sa veoma lošim verbalnim sposobnostima, sa autostimulacijom, sa određenim stereotipnim obrascima u ponašanju, mogu da imponuju kao autistična deca i tu je diferencijalna dijagnoza često veoma teška.

Autizam ima sledeće karakteristike i načine ispoljavanja: (26)

1. Autizam je pojava prekida simbitoske razmene sa okruženjme unutar njenih bio-psiho-socijalnih odnosa, shodno novu koji se očekuje za određeni uzrast kada se pojavila klinička slika autizma;
2. Autizam je zasniiva na dubokoj, primarnoj strepnji nad svojim postojanjem;

3. Strepnja i strah od iskustva autentičnog postojanja jeste osnova kliničke slike autizma;
4. Ličnost sa autizmom odabire prepoznatljivo u opažanom i doživljavanom gradeći svoj mir;
5. Kretanje ove dece se svodi na puku motoričnost, koja niti je usmerena ka nekom cilju, niti ostvaruje prikladno zrelo zadovoljenje;
6. Opažena metakomunikacija se ne primećuje kao značeje zbog opčinjenosti osoba sa autizmom samim opažanjem;
7. Ličnost sa autizmom je data sopstvenom imaginacijom o sebi uvek istom i nepromenljivom SADA, pri čemu se otima doživljaju neposredne prisutnosti u svom autentičnom TU. Ona je »smrznuti džin« (Asperger) izvan prostora koji ga »zapljuskuje«, preteći mu sopstvenom, istinskom egzistencijom.

Afektivni poremećaji kod osoba sa mentalnom retradacijom

Učestalost afektivnih poremećaja kod mentalno retardiranih lica jednaka ili veća nego u opštoj populaciji. (29) Ranije sa smatralo da osobe sa dubljom mentalnom retardacijom ne mogu da budu depresivne, pa se često dešavalo da poremećaji raspoloženja, posebno depresivni poremećaji, budu nedijagnostikovani kod osoba sa mentalnom retardacijom.

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 između majke i deteta. (29) Od značaja za nastanak depresije kod ove dece i adolescenata je i iznenadni gubitak ili promene u postojećim emocionalnim odnosima i hronično osećanje neprihvaćenosti i nerazumevanja. (30)

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)

U 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), na primer one depresivno raspoloženje znanto češće opisuju kao osećaj bolesti, nego kao osećanje tuge. Najčešće prezentovana slika depresivnog poremećaja uključuje gubitak apetita, gubitak telesne mase, poremećaj spavanja, rano jutranje buđenje, socijalno pov-

lačenje, te psihomotornu retardaciju ili agitaciju. (32) Depresija se u ovih osoba često manifestuje i agresivnim ponašanjem. Socijalno restrikcija i gubitak interesovanja su simptomi koji se najranije ispoljavaju. Teška psihomotorna inhibicija sa depresivnim stuporom i mutizmom nije neuobičajena kod mentalno retardirane dece i adolescenata. U težim oblicima mentalne retardacije depresivnost se ispoljava kroz automutilacije, autostimulaciju, hiperaktivnost i prekid odnosa sa drugima. (35)

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. (32)

Matson je identifikovao osam ključnih simptoma povezanih sa depresijom u osoba sa umerenom mentalnom retardacijom: opadanje broja reči u govoru, iritabilnost, somatske tegobe, zapuštanje spoljnog izgleda, negativna self-percepcija, slab kontakt očima, gubitak emocionalnog tonusa i latenca u govoru. (35)

»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. Najčešće je prate glavobolje i abdominalni bolovi. »Maskirana« depresija se često pogrešno dijagnostikuje kao hipohondrijaza. (29)

Opisana je i suicidalnost kod ovih osoba. (20,33) U toku major depresije dešavaju se pokušaji suicida, koji mogu da završe i fatalno (33), a potencijalno fatalni pokušaji su opisani i kod pacijenata sa dubokom mentalnom retardacijom. (34)

Vodič za povećanje senzitivnosti procene aktuelnog rizika od suicida daje sledeća uputstva: (20)

1. diferencijacija između suicidalnih gestova i automutilirajućeg ponašanja, koje često ima korene u autostimulaciji ili traženju pažnje;
2. opis suicidalnog pokušaja u terminima namere, odnosno cilja ovakvih pokušaja i smrtnosti;
3. određivanje budućeg suicidalnog rizika bazirano na ranijoj životnoj istoriji osobe i kliničkoj evaluaciji;
4. analiza i tretman udruženog psihijatrijskog poremećaja.

U grupi pacijenata sa Prader-Willi sindromom nađena je visoka učestalost afektivnih poremećaja sa prevalencom od 17.4%; obično se radilo o nekom od afektivnih poremećaja sa psihotičnim simptomima. U istoj grupi pacijenata prevalenca shizofrenije i poremećaja sa sumanutostima iznosila je svega 4.3%. (37)

Rapidno cikličku formu bipolarnog poremećaja karakteriše više od tri epizode afektivne bolesti tokom godinu dana. Učestalost epizoda je ne-

kada još veća i smene se dešavaju u danima ili nedeljama. Ove forme bipolarnog poremećaja kod mentalno retardiranih osoba su češće udružene sa disfunkcijama CNS-a ili neuroendokrinim disfunkcijama. Od velikog značaja je i genetska predispozicija za bipolarni poremećaj. (38)

Po našem iskustvu bipolarni afektivni poremećaj kod mentalno retardiranih adolescenata nema jasno odeljene faze poremećaja i faze se obično brzo smenjuju. Mešane kliničke slike sa afektivnim i shiozofrenim simptomima, koje su i inače česte kod adolescenata, u populaciji mentalno retardiranih predstavljaju najčešće kliničko ispoljavanje.

Devojka, 15 godina, sa uredno razvijenim sekundarnim seksualnim karakteristikama, pri nekorektnom ponašanju mladića u otvorenoj društvenoj sredini (na bazenu) razvija disforično raspoloženje, koje za nekoliko dana poprima manične karakteristike. Stav prema majci je paranoidno obojen sa uverenjem da majka smatra da je ona »kurva« i da je zbog toga dovodi kod psihijatra, iako majka i nije znala za njeno iskustvo na bazenu, niti je ikada davala primedbe vezane za ovu sferu funkcionisanja.

Tokom boravka na odeljenju nakon otprilike 2 nedelje manično ponašanje, koje i nije bilo izraženo, se povlači, a pacijentkinja postaje plačljiva i povlači se u sebe. Depresivnost se u daljem često i brzo smenjivala sa epizodama dezinhibicije i povećane aktivnosti. Uz terapiju psihostabilizatorima (karbamazepin) i malu dozu antipsihotika (flufenazin) došlo je do potpunog povlačenja kliničke slike.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Mentalna retardacija kao vid zastoja razvoja ličnosti najčešće se ispoljava dispraksičnom organizovanošću aktivnosti u socijalnom polju što često dovodi do neuobičajenih pojava ponašanja i mentalnog funkcionisanja. To dovodi do uzajamnog nerazumevanja između okruženja i ličnosti deteta sa mentalnom retardacijom, a time i do konfliktnih situacija kojima se dekompenzuju i osnovne mogućnosti ponašanja ove dece. Osobenosti dece ove populacije čini:

- znatno povišena vulnerabilnost;
- psihogeno uzrokovani psihotični oblici ponašanja;
- depresivnost u vidu mrzovolje, difuzne agresivnosti i brzog zamora pri pokušaju učenja i radu;
- povremena povišena raspoloženja i težnja angažovanošću, obično neuspešno organizovanoj. U ovim stanjima javljaju se i epizode razdražljivog ponašanja sa agresivnim manifestacijama;

- razgradnja ponašanja i govornog diskursa po shizofrenom tipu.

Ova stanja se smiruju sa određenim stavovima vaspitača sa kojima su u stalnom kontaktu uz medikamentu terapiju anksioliticima i nižim dozama antipsihotika. Kod dubljih psihotičnih poremećaja ova deca i adolescenti, i u periodima remisije, moraju biti pod antipsihotičnom terapijom i imaju znatno slabije potencijale za uklapanje u život zajednice i radno angažovanje.

Tretman ove dece zahteva razumevanje ovih pojava, sasvim specifično iskustvo psihijatra i posebno specijalističko usmerenje. Oblici uže specijalizacije psihijatarata za rad na polju emocionalnih poremećaja i poremećaja ponašanja kod dece i adolescenata sa mentalnim hendikepom danas su već ustaljeni u zapadnoevropskim zemljama, a formirano je i međunarodno udruženje psihijatarata za rad na ovom polju.

MENTAL RETARDATION AND PSYCHOTIC DISORDERS

Svetomir Bojanin¹, Dušan Kolar² i Mila Kolar³

Abstract: In current psychiatric concepts mental retardation is a part of neurodevelopmental disorders and its etiology and pathogenesis is very similar with other neurodevelopmental disorders. This fact is connect with similar etiopathogenetic mechanisms and can explain frequent comorbid association between mental retardation and psychotic disorders. In this presentation we put accent on psychotic disorders from the reason that they are the most frequent psychiatric disturbances in mentally retarded persons. Series of bio-psycho-social factors are contribute to bigger vulnerability of persons with mental retardation for development of psychotic disorders, therefore the prevalence of this disorders is bigger in persons with mental retardation than in general population. In this article we were dedicate attention on specificity of clinical manifestation of psychosis, autism and affective psychosis in mentally retarded persons. Special attention was on a difficulties in diagnostics of this disorders in mentally retarded children and adolescents, due to of lack of valid diagnostic criteria for this group of patients in current classification systems.

Key words: mental retardation, psychotic disorders, diagnostic problems

Dr Svetomir BOJANIN, dr med sci, neuropsihijatar, redovni profesor Defektolškog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Svetomir BOJANIN, M.D., Ph.D., neuropsychiatrist, professor, School of Special Education, University of Belgrade

LITERATURA:

1. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostoic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Szymanski A, King B. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental terardation and comorbid mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12):5-31.
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. *Europ 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 A.Dosen, F.J. Menolascino (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p.63-81.
7. Melanoscino FJ. Mental retardation and the risk, nature and types of mental illnes. In A.Dosen, F.J. Menolascino (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: 238-251.
9. Sanderson TL, Doody GA, Best J. Correlations between clinical and historical variables, and cerebral structural variables in people with mild intellectual disability and schizophrenia. *J Intellect Disabil Res* 2001; 45(2): 89-98.
10. Aylward EH, Minshew NJ, Goldstein G, et al. MRI volumes of amygdala and hyppocampus in non-mentally retarded autistic adolescents and adults. *Neurology* 1999; 53(9):2145-2150.
11. Hornig M, Lipkin WI. Infectiosus and immune factors in the pathogenesis of neurodevelopmental disorders: epidemiology,

- hypotheses, and animal models. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2001; 7(3):200-210.
12. Tonge B, Einfeld S. The trajectory of psychiatric disorders in young people with intellectual disabilities. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(1): 80-84.
 13. Salvador-Carulla L, Rodriguez-Blazquez C, Rodriguez de Molina M. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44(2):147-154.
 14. Hauser MJ. The role of the psychiatrist in mental retardation. *Psychiatr Annals* 1997; 27: 3-6.
 15. Borthwick-Duffy SA, Eyman RK. Who are the dually diagnosed? *Am J Ment Retard* 1990; 94:586-595.
 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; 5:827-582.
 17. Išpanović-Radojković V. Mentalni oboljenja kod mentalno retardiranih osoba. U Kecmanović D. (ured.): *Psihijatrija*. Beogra-Zagreb: Medicinska knjiga; 1989. str. 1524-1530.
 18. Ćordić A, Bojanin S. Opšta defektološka dijagnostika. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992. 145-151.
 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 A.Dosen, F.J. Menolascino (eds.). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p.130-136.
 21. David AS, Malmberg A, Brandt L. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med* 1997; 27(6):1311-1323.
 22. Popović- Deušić S. Problemi mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 1999.
 23. Rowe D, Rudkin A, Crowder L. cerebral dominance and schizophrenia-spectrum disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44(6): 638-643.
 24. Doody GA, Thomson LD, Miller P. Predictors of admission to a high-security hospital of people with intellectual disability with and without schizophrenia. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44(2): 130-137.

25. Lakić A. Biološke osnove autizma. U Bojanin S, Pijašo Dž, Glumbić N (ured): Autizam Danas. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2001. str. 218-271.
26. Adrien JL, Rossignol-Deletang, Martineau J. Regulation of cognitive activity and early communication development in young autistic, mentally retarded, and young normal children. *Dev Psychobiol* 2001; 39(2):124-136.
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.218-277.
28. Hodapp RM. Down syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 5: 881-894.
29. Dosen A. Depression in mentally retarded children and adults. In A.Dosen, F.J. Menolascino (eds.). Depression in mentally retarded children and adults. Leiden: Logon Publications; 1990. p.119-144.
30. Zwanikken GJ. The phenomenon of depression: general state of the art. In A.Dosen, F.J. Menolascino (eds.). Depression in mentally retarded children and adults. Leiden: Logon Publications; 1990. p.113-128.
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 A Dosen, FJ Menolascino (eds.). Depression in mentally retarded children and adults. Leiden, Logon Publications, 1990. p.30-51.
33. Walters AS, Barrett RP, Knapp LG. Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Res Dev Disabil* 1995; 16:85-96. p.58-62.
34. Hurley AD. Two cases of suicide attempt by patients with Down's syndrome. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1618-1619.
35. McGee JJ, Menolascino FJ. Depression in persons with retardation: toward and existential analysis. In A.Dosen, F.J. Menolascino (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 (2): 80-87.

37. Beardmore A, Dorman T, Cooper SA. Affective psychosis and Prader-Willi syndrome. *J Intellect Disabil Res* 1998; 42(6): 643-71
38. Sovner R. Bipolar disorder in persons with developmental disorder: a overview. In Dosen A, Menolascino FJ (eds.): *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990. p.175-195.