

MENTALNA RETARDACIJA I DEPRESIJA

Katarina Tomić, Goran Mihajlović

UDK: 616.89-008.454:616.899

Medicinski fakultet, Kragujevac

UVOD

Jedna od osnovnih tekovina savremenog, civilizovanog društva, jeste briga o svim njegovim članovima, posebno onim kojima su pomoć i podrška najpotrebniji. U tom smislu, pojačano je interesovanje, posebno u poslednjih nekoliko decenija, za izučavanje čitavog spektra razvojnih poremećaja, među kojima, zbog izrazitih

Kratak sadržaj Psihopatološki fenomeni veoma su česti kod osoba sa mentalnom retardacijom. To se posebno odnosi na različite forme depresivnih poremećaja, na koje ove osobe pokazuju izrazitu vulnerabilnost. Učestalost depresije kod mentalno retardiranih dva puta je veća nego kod osoba normalne inteligencije, čemu doprinosi specifična konstelacija bio-psiho-socijalnih faktora. Ipak, tom problemu tek se poslednjih nekoliko decenija posvećuje istinska pažnja, kako u smislu razvijanja pouzdanih dijagnostičkih procedura, tako i u iznalaženju najpovoljnijih terapijskih modela. Kod osoba sa mentalnom retardacijom, depresija se ispoljava na neuobičajene, često kontradiktorne načine, simptomi mogu biti krajnje atipični, teško prepoznatljivi, ponekad i bizarni, što značajno otežava postavljanje dijagnoze. Mnogobrojna genetski uslovljena stanja praćena mentalnom retardacijom (Downov sindrom, autizam) povezana su sa povećanim rizikom za razvijanje depresivne simptomatologije. Pristup depresivnoj mentalno retardiranoj osobi, u tom smislu, mora biti integrativan, holistički, uzimajući u obzir njene biološke, razvojne, psihološke i socijalne karakteristike.

Ključne reči: depresija, mentalna retardacija, dijagnostika depresije

specifičnosti i nerasvetljenosti mnogih aspekata, posebno mesto pripada fenomenu *mentalne retardacije*.

Bilo je mnogo pokušaja što sveobuhvatnijeg i jasnijeg definisanja mentalne retardacije. Neke od definicija oslanjale su se na tzv. *patološki model*, uzimajući u obzir organsku osnovu zaostajanja u mentalnom razvoju (povrede, oštećenja moždanog tkiva, genetski faktori), dok su druge

pak bile vezane isključivo za procenu i merenje koeficijenta inteligencije (IQ) i socijalne kompetentnosti i adaptivnog ponašanja (SQ), što je poznato kao *statistički model*. Problem tih pristupa ogledao se u njihovoj jednostranosti, pre svega u činjenici da se organska osnova mentalne retardacije može sa sigurnošću utvrditi kod ne više od 25-30 % osoba, ali i u nepouzdanosti psihometrijskih procena inteligencije i socijalne kompetentnosti, koje ne mogu uvek pružiti pravu i potpunu sliku osobe. Danas je opšte prihvaćena definicija mentalne retardacije Američkog Udruženja za Mentalnu Retardaciju (AAMR) iz 2002. godine, u kojoj se kaže da "mentalna retardacija podrazumeva suštinska ograničenja trenutnog funkcionisanja, a karakteriše se značajnim ispodprosečnim intelektualnim funkcionisanjem, koje postoji istovremeno ili je u vezi sa ograničenjima u oblasti adaptivnog ponašanja, što se ispoljava u konceptualnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim veštinama. Ova ometenost nastaje pre osamnaeste godine života". Dakle, za postavljanje dijagnoze mentalne retardacije potrebno je proceniti i intelektualne sposobnosti osobe, ali i adaptivno ponašanje – uklopljenost u zahteve socijalne sredine na način koji odgovara uzrastu osobe. Intelektualno funkcionisanje izražava se koeficijentom inteligencije (IQ), koji se procenjuje psihometrijskim testovima. AAMR daje i klasifikacionu shemu nivoa mentalne retardacije prema vrednosti IQ-a, koja se koristi u klasifikacionom si-

stemu DSM-IV i podrazumeva nekoliko nivoa: *granična oblast* (IQ 67-83); *laka mentalna retardacija* (IQ 50-66); *umerena mentalna retardacija* (IQ 33-49); *teža mentalna retardacija* (IQ 16-32) i *teška mentalna retardacija* (IQ<16) [1]. Sličnu osnovu za dijagnostikovanje nalazimo i u Međunarodna klasifikaciji bolesti, (MKB-10), gde se mentalna retardacija definiše kao "stanje zaustavljenog ili nepotpunog mentalnog razvoja, koje se karakteriše poremećajem kognitivnih, govornih, motornih i socijalnih sposobnosti." U ovom dijagnostičkom sistemu određena su četiri nivoa mentalne retardacije: F70 - *laka mentalna retardacija* (IQ 50-69); F71 - *umerena mentalna retardacija* (IQ 35-49); F72 - *teža mentalna retardacija* (IQ 20-34) i F73 - *teška mentalna retardacija* (IQ<20) [2]. Obezbeđene su i dve dodatne klasifikacione grupe, F78 – *druga mentalna retardacija*, koja se koristi kada je zbog pridruženih oštećenja teško tačno utvrditi stepen ometenosti i F79 – *nespecifikovana mentalna retardacija*, kod koje postoje neki pokazatelji, ali ne i dovoljno informacija za postavljanje konačne dijagnoze mentalne ometenosti.

Mentalna retardacija je neurorazvojni poremećaj, koji je vezan za raznovrsne etiološke faktore. Oni se načelno mogu podeliti na biološke, psihosocijalne i kombinovane, a po vremenu ispoljavanja dejstva na **prenatalne** (genetski poremećaji, malformacije CNS-a, infekcije, intoksikacije, traume, bolesti majke...), **perinatalne** (infekcije, porođajne komplikacije) i

postnatalne (infekcije, traumatske lezije CNS-a, tumori, intoksikacije, psihosocijalna deprivacija) [3]. Mentalna retardacija rezultat je sadejstva više faktora, a samo u ograničenom broju slučajeva moguće je sa sigurnošću utvrditi patološki supstrat, dakle jasan organski uzrok i prateći neuropatološki obrazac. Kod više od 70 % osoba sa mentalnom retardacijom u pitanju je tzv. *funkcionalna mentalna retardacija*, lakšeg stepena, bez jasnog organskog uzroka i sa karakteristikama koje se znatno približavaju osobama prosečnih intelektualnih i adaptivnih sposobnosti.

Psihosocijalne karakteristike osoba sa mentalnom retardacijom u uskoj su vezi sa nedovoljnom integracijom funkcija centralnog nervnog sistema, koja dovodi do nezrelosti nervno-mišićnih struktura, slabe diferencijacije gnostičkih funkcija i siromašnog emocionalnog i socijalnog razvoja. Mentalno retardiranu osobu karakterišu i usporen razvoj govora, teškoće u emocionalnom sazrevanju i razvoju self-koncepta, siromaštvo socijalnih kontakata, nisko samopoštovanje, iskrivljenje slike o sebi i nesposobnost razumevanja i zadovoljavanja zahteva realiteta. [3,4]. Ovakav bio-psiho-socijalni profil mentalno retardirane osobe može u nepovoljnim uslovima zahtevnih i neblagonaklonih socijalnih situacija, emocionalne i socijalne deprivacije i komplikovanih psiholoških odnosa biti "dopunjen" ozbiljnim psihopatološkim fenomenima, među kojima najveću učestalost imaju različite forme *depresivnih poremećaja*.

UČESTALOST DEPRESIJE KOD OSOBA SA MENTALNOM RETARDACIJOM

Depresivno raspoloženje jedan je od najčešćih psihijatrijskih simptoma kod osoba sa mentalnom retardacijom. Prema nekim autorima, a na osnovu epidemioloških istraživanja, kod čak 44-57 % mentalno ometenih osoba postoje neki **simptomi depresije**, a strukturisan poremećaj javlja se kod jedne od deset osoba sa mentalnom retardacijom [5]. Simptomi **major depresije** prisutni su kod 4-5 % intelektualno ometenih. Neki autori svedoče o većoj učestalosti depresije kod osoba ženskog pola sa mentalnom retardacijom (Kessler et al. 1994), iako neke novije studije nisu potvrdile postojanje statistički značajnih razlika među polovima. Takođe, depresivni simptomi imaju tendenciju češćeg javljanja u starijem životnom dobu, a i težina kliničke slike povećava se sa godinama starosti [6].

ETIOLOŠKI FAKTORI

Obavljeno je relativno malo istraživanja neposredno vezanih za etiologiju depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom. Mehanizmi nastanka depresivne simptomatologije, stoga, nisu u potpunosti rasvetljeni. Neki autori navode kao primarne faktore rizika, pre svega, promene na *neurobiološkom i neurohemijskom nivou*, koje prate određena moždana oštećenja, vulnerabilnost neurotransmiterskih sistema, kao i traume i genetski uslovljena stanja praćena ome-

tenošću u mentalnom razvoju. Moguće je da je visoka prevalenca depresije kod ove populacije rezultat dejstva bioloških faktora i biološke predispozicije (Cooper & Collacot, 1992). O tome svedoče i istraživanja bazirana na sindromskoj analizi, koja pokušava da definiše tzv. *psihijatrijske fenotipove* – specifične obrasce ispoljavanja psihopatologije kod određenih genetski uslovljenih sindroma. Malobrojna istraživanja na tom polju dovela su do zaključaka da pojedine genetski uslovljene bolesti nose pojačan rizik oboljevanja od depresije, a kao primeri navode se Daunov (Down sindrom), Prader Vili (Prader-Willi) sindrom i autizam. Tako, utvrđena je znatno veća učestalost depresije kod osoba sa pomenutim genetski uslovljenim stanjima u odnosu na ostale etiološke faktore mentalne retardacije. Kod osoba sa Daunovim sindromom, prema nekim autorima, postoji nizak nivo serotonina, kao konstitutivna karakteristika, što se dovodi u vezu sa većom osetljivošću na depresiju. Takođe, osobe sa **Dounovim sindromom** su pod povećanim rizikom za pojavu demencije, pa se prisustvo simptoma depresije može odnositi i na početak demencije. Pored Daunovog sindroma, gotovo nedvosmislene sindromske specifičnosti, kad je u pitanju pridružena psihopatologija, ima **sindrom Prader-Vili**, jer je mnogo puta potvrđena povezanost takvog genotipa sa rizikom za pojavu opsesivno-kompulzivnog poremećaja i depresije sa elementima psihoze. Neki autori navode da je učestalost afektivnih poremećaja kod osoba sa Pra-

der-Vili sindromom čak 17 % [3]. Osobe sa autizmom u najvećem broju slučajeva imaju i mentalnu retardaciju i to umerenog i težeg stepena, a depresija se javlja veoma često, što se tumači konstantnim distresom u svakodnevnim kontaktima sa sredinom, gde se svaki događaj, posebno iznenađujuća promena situacija i odnosa može doživeti opasnim i pretećim [7]. Od ostalih "rizičnih" genetskih grupa pominju se i Vilijams (Williams) sindrom, kod kog se često javljaju anksioznost, poremećaji interpersonalnih relacija, poremećaji ishrane i spavanja i **Fragilnog X sindrom**, genetski usko povezan sa autističnim spektrom poremećaja, sa učestalim, autizmu sličnim, ispoljavanjima, gde spada i vulnerabilnost na depresiju, koja se može ispoljiti pojačanom agresivnošću i socijalnom izolacijom.

Neka istraživanja vezana za etiologiju depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom bavila su se vezama pojedinih *kognitivnih faktora* sa pojavom depresivnog poremećaja. Na primer, ustanovljeno je da postoji veza između negativnog socijalnog poređenja i depresivne simptomatologije (Dagnan & Sandhu, 1999). Takođe, zaključci su i da je depresija kod osoba sa mentalnom retardacijom povezana sa lošim self-konceptom, kao i niskim samopoštovanjem (Benson, 1992). Zanimljivo je pomenuti istraživanje Esbensena i Bensona (2007) o mogućnostima primene Bekove kognitivne teorije depresije na populaciju osoba sa lakom i umerenom mentalnom retardacijom, u kom su autori,

motivisani nedostatkom kognitivnih modela tumačenja i terapije depresije kod mentalno ometenih, ispitivali prisustvo Bekove kognitivne trijade i došli do zaključka da se ona može dektovati i kod osoba sa mentalnom retardacijom, lakog i umerenog nivoa i da je značajan prediktivni faktor javljanja depresije. Naime, autori ove studije pronašli su na odabranom uzorku mentalno ometenih osoba sa simptomima depresije značajno prisustvo disfunkcionalnih stavova, negativnih automatskih misli i posledičnih grešaka u mišljenju, koji su bili u vezi sa dijagnostikovanom depresijom. Negativna slika o sebi, koja dominira kod osoba sa mentalnom retardacijom, u sadejstvu sa negativnim životnim događajima, emocionalnom i socijalnom deprivacijom i niskim samopoštovanjem, dovodi do trajnih kognitivnih distorzija u vidu permanentnih negativnih očekivanja, osećanja bezvrednosti i beznadežnosti. Dakle, kao kognitivna osnova depresije, ali i kao značajni prediktori javljanja depresije kod osoba sa lakom/umerenom mentalnom retardacijom, pominju se: **negativna slika o sebi, osećanje beznadežnosti, negativne misli o životu i budućnosti i nisko samopoštovanje**, kao posledica upoređivanja sa drugima [8, 9]. Ova istraživanja imaju i značajne praktične implikacije u vezi sa primenom kognitivnih tehnika i metoda u lečenju depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom.

Poseban značaj među mogućim etiološkim činiocima u ispoljavanju depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom pripada svakako *socio-*

emocionalnim faktorima. Na primer, navodi se da su česta izloženost **neprijatnim životnim iskustvima i deficitu u socijalnim relacijama** kod ovih osoba usko povezani sa pojavom simptoma depresije (Stavrakaki & Mintsoulis, 1997). U zavisnosti od težine retardacije, načina života i vrste smeštaja, ponekad se i događaji, koji se uobičajeno smatraju prijatnim i pozitivnim, mogu dovesti u vezu sa simptomima depresije, posebno ako podrazumevaju neočekivane i nagle promene ustaljenih rutina ili uslova života, što govori u prilog potrebe ovih osoba za poznatošću situacija, zbog kognitivne nefleksibilnosti i ograničenih sposobnosti adaptacije. Poznato je da ove osobe imaju **ograničene socijalne kontakte** i često su izložene hroničnoj **afektivnoj deprivaciji**. Deficit kognitivnog funkcionisanja i komunikativnih sposobnosti, koji prate mentalnu retardaciju, dovode do specifičnih teškoća u poimanju realnosti i uspostavljanju funkcionalnih interpersonalnih odnosa. Osobe sa mentalnom retardacijom često imaju nedovoljnu socijalnu i emocionalnu podršku porodica, rođaka i prijatelja i konstantno su izložene neprijatnim socijalnim iskustvima, što se posebno odnosi na osobe iz nepotpunih, disfunkcionalnih porodica, kao i na teže i teško ometene osobe smeštene u **institucijama restriktivnog tipa**. Ima nalaza koji pokazuju da veća učestalost događaja i česte promene u afektivnim odnosima i uopšte, **narušavanje ustaljenih rutina**, mogu negativno delovati na mentalno retardirane osobe i dovesti do pojave depresivnog reago-

vanja [10, 11, 12]. Naravno, postoji čitav niz dodatnih faktora, koji mogu povećati rizik od pojave depresije, a od najčešćih navode se: loš socio-ekonomski status porodice, nepotpune, disfunkcionalne porodice (život sa jednim roditeljem, alkoholizam, loši porodični odnosi), česte promene prebivališta i mnogi drugi faktori.

SPECIFIČNOSTI ISPOLJAVANJA DEPRESIVNE SIMPTOMATOLOGIJE KOD OSOBA SA MENTALNOM RETARDACIJOM

Jedna od osnovnih karakteristika depresivnih poremećaja kod osoba sa mentalnom retardacijom je velika šarolikost i atipičnost simptomatologije, koja se ne uklapa u tipične "šablonne" viđene kod osoba bez mentalne retardacije (Meins, 1995). Specifičnosti ispoljenih simptoma mogu biti u vezi sa tipom genetskog poremećaja koji je u osnovi mentalne retardacije, strukturalnim i funkcionalnim moždanim oštećenjima, fizičkim faktorima, psiho-socijalnim razlikama, komunikativnim i socijalnim zaostajanjem. Mnogi autori naglašavaju da se depresija kod osoba sa mentalnom retardacijom često ispoljava kroz različite oblike regresivnog ponašanja sa traženjem pažnje i infantilizacijom, gubljenjem ranije stečenih socijalnih veština i ličnih navika i sveopštom deterioracijom ličnosti [3].

Simptomi depresije, kod osoba sa lakom, delimičnom i umerenom mentalnom retardacijom, često se ne raz-

likuju mnogo od simptoma viđenih kod osoba bez retardacije. Mogu se detektovati **depresivno raspoloženje, gubitak interesovanja, anhedonija, poremećaji ishrane i spavanja, psihomotorna agitacija ili retardacija, dnevne fluktuacije raspoloženja, iritabilnost, osećaj bespomoćnosti, krivice, negativan self-koncept, suicidalne ideje, pa čak i pokušaji suicida** [10]. Osobe sa umerenom mentalnom retardacijom često imaju i izrazite somatske tegobe, regresiju govora, zapušten spoljni izgled, slab kontakt očima i značajan gubitak emocionalnog tonusa. Zbog umanjenih kognitivnih kapaciteta i oštećenja verbalnih sposobnosti, kod ovih osoba postoje teškoće u konceptualizovanju sopstvenih problema i opisivanju individualnih iskustava i osećanja, pa se nastale promene drugačije doživljavaju i depresivno raspoloženje se često označava kao prisustvo bolesti, a ne osećanje tuge [3].

Sa produbljivanjem mentalne retardacije dolazi do karakterističnih promena u simptomatologiji depresije: simptomi se eksternalizuju i modifikuju u određene forme maladaptivnog ponašanja. Dolazi do ispoljavanja tzv. *bihevioralnih ekvivalenata depresije*, koji su veoma često i jedini znaci ovog oboljenja kod osoba sa *težom* i *teškom* mentalnom retardacijom [14]. Najučestaliji simptomi ove grupe su: **samopovređujuće ponašanje, agresivnost, tantrumi, stereotipna ponašanja, vrištanje, plakanje, ekstremna samoizolacija, automutilacija i somatske tegobe** [13]. Ovakve promene teško je sistematizovati i dokazati da u njihovom korenu leži depre-

sivnost, pre svega zato što su one i inače česte kod težih formi mentalne omeštenosti. Poseban diferencijalno-dijagnostički problem u tom smislu predstavlja *autizam* praćen težom ili teškom mentalnom retardacijom, koji se upravo karakteriše velikom učestalošću samopovređujućeg ponašanja, ekstremnom socijalnom izolacijom, napadima besa (tantrumi), iritabilnošću i stereotipijama.

Mnogi autori navode da među simptomima depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom posebno mesto pripada *iritabilnosti* (*irritable mood*), koja se javlja u velikom intenzitetu i predstavlja jedan od ključnih simptoma depresije kod ove populacije. Iritabilnost je posebno izražena, uz ostale znake de-

presije, kod osoba na nižim nivoima funkcionisanja, dok kod lako, a delimično i umereno mentalno retardiranih osoba ipak dominira depresivno raspoloženje (*depressed affect*, ICD-10). Iritabilnost je na dubljim nivoima retardacije znatno češće prisutna nego depresivno raspoloženje i predstavlja "srž" simptoma, što je i jedan od razloga za njeno uključivanje u dijagnostičke kriterijume depresije kod osoba sa dubljom mentalnom retardacijom, radije nego u dijagnostičkim sistemima prisutnog *depresivnog raspoloženja*. Na svim nivoima retardacije prisutni su poremećaji spavanja i ishrane, kao i gubitak interesovanja i socijalna izolacija, pa se ovi simptomi mogu smatrati ključnim u dijagnostikovanju [14].

Prisustvo simptoma depresije kod pojedinih kategorija mentalne retardacije	
Nivo intelektualnog zaostajanja	Simptomi
Laka mentalna retardacija IQ 50-69	depresivno raspoloženje, poremećaji spavanja, poremećaji ishrane, gubitak telesne težine, plačljivost, dnevne varijacije raspoloženja, gubitak energije, gubitak interesovanja, suicidalne ideje
Umerena mentalna retardacija IQ 35-49	depresivno raspoloženje (ili iritabilnost), poremećaji ishrane i spavanja, socijalna izolacija i redukcija komunikacije, samopovređujuće ponašanje, smanjena koncentracija, psihomotorna agitacija ili retardacija
Teža/teška mentalna retardacija IQ < 35	iritabilnost, poremećaji spavanja i ishrane, agresija, samopovređujuće ponašanje, vrištanje, stereotipna ponašanja, redukcija komunikacije, samoizolacija

DIJAGNOZA DEPRESIJE KOD OSOBA SA MENTALNOM RETARDACIJOM

Velika šarolikost simptomatologije depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom, kao i maskiranje simptoma postojećim moždanim oštećenjem, maladaptivno ponašanje, nizak kognitivni nivo i oštećenje govorne komunikacije, značajno otežavaju postavljanje dijagnoze depresije. Kod osoba sa lakom i umerenom mentalnom retardacijom, simptomi su slični kao i u redovnoj populaciji, pa se standardni klasifikacioni i dijagnostički sistemi DSM-IV i MKB-10 mogu primenjivati sa dovoljnom pouzdanošću. Problem predstavlja dijagnostika depresije kod osoba sa težim oblicima mentalne retardacije, gde je neophodno posebnu pažnju obratiti na **bihevioralne ekvivalente depresije**, koji su ponekad i jedini dijagnostički vodič. Neki autori naglašavaju značaj ovih bihevioralnih korelata za dijagnostiku depresije kroz čitav spektar mentalne ometenosti i predlažu korišćenje multivarijantnih dijagnostičkih modela, koji bi obuhvatili sve pomenute aspekte ispoljavanja depresivne simptomatologije kod osoba sa mentalnom retardacijom, a podrazumevali bi jedan *razvojni pristup*, koji uzima u obzir individualni razvojni nivo svake osobe sa mentalnom retardacijom, nivo njenog kognitivnog, socijalnog i emocionalnog razvoja, kao i genetske, neurobiološke, sredinske, lične i druge faktore [4, 15, 16, 17].

Postoje pokušaji adaptiranja standardnih dijagnostičkih modela i njio-

vog prilagođavanja specifičnostima osoba sa mentalnom retardacijom. Nacionalna asocijacija za dvojni dijagnozu (NADD) Američke psihijatrijske asocijacije konstruisala je klasifikacioni sistem, koji je adaptacija sistema DSM-IV, a obezbeđuje tačniju dijagnozu mentalnih bolesti kod osoba sa mentalnom retardacijom uzimajući u obzir etiologiju i stepen mentalne retardacije, kao i standardne DSM-IV kategorije (*Diagnostic Manual – Intellectual Disability, DM-ID*). U isto vreme, na Kraljevskom psihijatrijskom koledžu u Londonu nastao je multidimenzionalni klasifikacioni sistem poznat kao *Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation* (DC-LD), koji podrazumeva sindromsku analizu i bazira se na činjenici da je za mnoge genetski uslovljene sindrome karakteristična određena konstelacija psihijatrijskih simptoma i poremećaja, što može značajno olakšati dijagnostiku depresije kod onih genetskih stanja kod kojih postoji već poznata vulnerabilnost na depresiju (Dounov sindrom, Prader-Vili sindrom, autizam) [18, 19, 20].

Kod osoba sa mentalnom retardacijom, u dijagnostici depresije moguće je primeniti različite dijagnostičke instrumente. Neki od njih koriste se kod osoba bez mentalne ometenosti, s tim što se moraju prilagoditi specifičnostima kognitivnog funkcionisanja osoba sa mentalnom retardacijom, što znači da moraju pretrpeti izvesne modifikacije, koje čak mogu dovesti u pitanje njihovu senzitivnost i validnost. Jedan

od najčešće korišćenih instrumenata tog tipa je *Bekova skala depresije* (Beck Depression Inventory, BDI-II), koja se sastoji od niza tvrdnji koje se označavaju brojevima, što odražava stepen izraženosti određene pojave vezane za ispoljavanje depresije. U tu grupu spada i *Upitnik o samoproceni depresije* (Self Report Depression Questionnaire, SRDQ), koji meri fizičke i bihevioralne simptome depresije, a pokazao se pogodnim za korišćenje kod osoba sa mentalnom retardacijom, s obzirom na to da su bihevioralni korelati depresije jako izraženi na svim, posebno na dubljim nivoima retardacije. Često se upotrebljavaju i upitnici i skale namenjeni dijagnostici poremećaja raspoloženja i ponašanja kod dece i adolescenata bez mentalne ometenosti, koji su ispunili kriterijume validnosti i pouzdanosti u populaciji odraslih mentalno ometenih osoba. Tako, neki autori pominju pozitivna iskustva sa korišćenjem *Rejnoldove skale depresije za adolescente* (Reynold's Adolescent Depression Scale, RADS), koja procenjuje čitav spektar simptomatologije vezane za depresiju, kao što su kognitivni, motoričko-vegetativni, somatski i interpersonalni simptomi. Neki ajtemi ove skale morali su biti izmenjeni da bi se prilagodili uslovima životne i radne sredine odraslih osoba. Pored ove grupe, postoje i instrumenti i skale konstruisani specijalno za populaciju mentalno ometenih osoba. Najčešće se koriste: *Instrument za procenu psihopatologije kod odraslih mentalno retardiranih osoba* (Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults, PIMRA),

Inventar za dijagnostičku procenu teško retardiranih (Diagnostic Assessment Shedule for Severely Handicapped, DASH-II) i *Rajsov skrining maladaptivnog ponašanja* (Reiss Screen for Maladaptive Behaviour, RSMB) .

Primena dijagnostičkih instrumenata i sam proces dijagnostike depresije kod osoba sa mentalnom retardacijom obeleženi su specifičnostima njihovog intelektualnog zaostajanja, oštećenjima govorne komunikacije, teškoćama u konceptualizaciji sopstvenih psihičkih problema i čestim poremećajima ponašanja, koji ponekad potpuno onemogućavaju dobijanje bilo kakvih podataka od strane ometene osobe, pa su izvori podataka najčešće roditelji, uža i šira porodica, staraoci, negovatelji i poznanici. Ostaje još samo delimično rešeno pitanje validnosti korišćenih instrumenata i dijagnostičkih sistema, na čijem se usavršavanju mora i dalje raditi, da bi u potpunosti odgovarali potrebama i karakteristikama osoba sa mentalnom retardacijom [20].

ZAKLJUČAK

Mentalna retardacija više nije nepoznanica. Intenzivnim proučavanjem specifičnih karakteristika osoba sa mentalnom retardacijom pokazujemo porast interesovanja za njihovo blagostanje i potrebu da im pokažemo dobrodošlicu u naš svet, svet neometenih. Već nekoliko decenija traje sveopšta implementacija tzv. *inkluzivne filozofije i prakse* u radu sa mentalno ometenom decom i odraslima, koja upravo podrazumeva krajnji nivo njihove socijalne integracije. Naravno, stvarno

prihvatanje i kvalitetan saživot, rezultat su istinskog razumevanja svih problema koje mentalna ometenost sobom nosi. Ključni faktor u prevenciji i tretmanu čestih psihopatoloških ispoljavanja kod ovih osoba treba da bude socijalna sredina svojim blagonaklonim stavom, odmerenim zahtevima i pružanjem adekvatnih mogućnosti za individualni razvoj koji odgovara stvarnim potencijalima mentalno omećenih na svim nivoima retardacije. Pokušaji da se rasvetli izvoriste čestih i teških depresivnih poremećaja kod osoba sa mentalnom retardacijom mora biti u uskoj vezi sa novim dostignu-

ćima na polju neurobiologije, neurofarmakologije, psihijatrije, kliničke psihologije, defektologije i kognitivnih neuronauka. Procena simptoma depresije kod ovih osoba, njihovo kristalisanje i izdvajanje od ostalih psiholoških i bihejvioralnih poremećaja moguće je samo timskim angažovanjem stručnjaka različitih profila, koji bi generalizovanjem svojih kliničkih iskustava mogli razvijati nove, bolje prilagođene i sofisticiranije tehnike dijagnostikovanja, kako depresije, koja je najprisutnija, tako i ostalih psihopatoloških fenomena kod osoba sa mentalnom retardacijom.

MENTAL RETARDATION AND DEPRESSION

Katarina Tomić
Goran Mihajlović

School of Medicine,
University of Kragujevac

Summary Psychopathological problems are very common in people with mental retardation. This is particularly related to different forms of depression and mood disorders, to which these people are extremely vulnerable. The prevalence rate of depression in people with mental retardation is approximately twice larger than in general population, which can be a result of specific constellation of bio-psycho-social factors. Still, this problem has not received an appropriate attention, both in developing some reliable diagnostic procedures and in creating the effective therapy models, until the last two decades. The manifestations of depression in people with mental retardation can be extremely unusual and hard to recognize, the symptoms are often atypical, sometimes even bizarre, which can compromise the final diagnosis. Some genetically caused conditions, such as, for example, Down syndrome or autism are related to higher risks of depression and other mood disorders. Keeping these facts in mind, persons with mental retardation and comorbid psychopathology must be assessed on an integrative, holistic way, taking into consideration all of their biological, psychological, developmental and social characteristics.

Key words: *depression, mental retardation, diagnosis of depression*

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992
3. Bojanin, S.: Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. *Psihijatrija danas* 2002, 34-3/4, 265-80.
4. Došen, A.: Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom, u Došen A., Igric Lj. *Unapređenje skrbi za osobe sa mentalnom retardacijom*, ERF Zagreb 2002. 101-6.

5. McCabe, M.P., McGillyvray, J.A., Newton, D.C.: Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006; vol 50, 239-47.
6. Tsakanikos, E., Bouras, N., Sturmey, P., Holt, G.: Psychiatric comorbidity and gender differences in intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006; vol 50, 582-7.
7. Hellings, J.A.: Psychopharmacology of mood disorders in persons with mental retardation and autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 1999; vol 5, 270-8.
8. Esbensen, A.J., Benson, B.A.: Cognitive variables and depressed mood in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; vol 49, 481-9.
9. Esbensen, A.J., Benson, B.A.: An evaluation of Beck's cognitive theory of depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006; vol 50, 248-58
10. McGillivray, J.A., McCabe, M.: Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 2007; vol 28, 59-70.
11. Koskentausta, T., Livanaien, M., Almqvist, F.: Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2007, vol 51, 43-54.
12. Hamilton, D., Sutherland G., Iacono, T.: Further examination of relationships between life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005, vol 49, 839-44.
13. Tsiouris, J.A.: Diagnosis of depression in people with severe/profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2001; vol 45, 115-20.
14. Marston, G.M., Perry, D.W., Roy, A.: Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 1997; vol 41, 476-80.
15. Langlois, L., Martin, L.: Relationship between diagnostic criteria, depressive equivalents and diagnosis of depression among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2008; 1-9
16. Dosen, A.: Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I – assessment. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005, vol 49, 1-8.
17. Dosen, A.: Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part II – diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005, vol 49, 9-15.
18. Clarke, D.: Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) and psychiatric phenotypes. *Journal of Intellectual Disability Research* 2003; vol 47, 43-9.
19. Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M., Bouras, N.: Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006, vol 50, 269-76.
20. Mohr, C., Tonge, B. J., Einfeld, S. L.: The development of a new measure for assessment of psychopathology in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005, vol 49, 469-80.

Katarina Tomić
 Omladinska 66
 37000 Kruševac
 Tel: 037 441-101, 064 132 65 64
 E-mail: tjovana@ptt.yu