

TERAPIJA DEPRESIJE KOD OSOBA SA INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU

Katarina Tomić¹
Goran Mihajlović²

UDK: 616.89-008.444.454-085

- 1 Visoka škola strukovnih studija
za obrazovanje vaspitača,
Kruševac, Srbija
- 2 Fakultet medicinskih nauka,
Univerzitet u Kragujevcu,
Kragujevac, Srbija

UVOD

Istraživanja na polju intelektualne ometenosti (IO) poslednjih nekoliko decenija posebnu pažnju poklanjaju proučavanju različitih formi emocionalnih poremećaja osoba sa IO. Sve do osamdesetih godina XX veka smatralo se da ove osobe ne mogu oboleti od depresije i da su uočljivi bihejvioralni i emocionalni simptomi samo deo kompleksne kliničke slike IO. Ipak, sve brojnije epidemiološke studije pokazale su da je učestalost depresivnih poremećaja u ovoj populaciji čak *tri do četiri puta veća* nego u redovnoj populaciji i da u proseku *svaka deseta osoba sa IO* u određenom periodu života oboli od depresije [1]. Kod

Kratak sadržaj

S obzirom na visoku učestalost depresije kod osoba sa intelektualnom ometenošću, pitanje adekvatnih terapijskih pristupa nameće se kao veoma važno. Pravilan izbor terapije uslovljen je adekvatnim dijagnostikovanjem, koje u ovom slučaju može predstavljati problem, pre svega zbog atipične prezentacije simptoma. Ipak, pokušaji da se prevaziđe jednostranost u lečenju, ispoljena kroz bezrazložno insistiranje isključivo na psihofarmakoterapiji urodili su plodom, tako da se sada u lečenju depresije kod osoba sa intelektualnom ometenošću neguje integrativni pristup, koji uključuje i prilagođenu primenu tehnika psihoanalitičke psihoterapije, kognitivno-bihejvioralne terapije, raznih formi kreativne terapije i mnogih drugih metoda i tehnika.

Ključne reči: depresija, intelektualna ometenost, terapija depresije

skoro 5% slučajeva u pitanju je klinička slika velike depresije. Ovolikoj učestalosti depresivnih poremećaja svakako doprinose specifični *bio-psiho-socijalni činioci*, kao što su postojeća moždana oštećenja, epilepsija, genetički poremećaji, metaboličke i druge hronične bolesti, poremećaji govora i komunikacionih sposobnosti, siromaštvo socijalnih veština, nizak nivo socijalne i emocionalne podrške, loši socio-ekonomski uslovi, česta izloženost stresnim događajima, kao i nisko samopoštovanje i negativno socijalno poređenje, koji doprinose akumulaciji negativnih predstava o sebi, sredini i budućnosti [2].

Dijagnostifikovanje depresije kod osoba sa IO još uvek nailazi na mnogo-

brojne prepreke, pre svega zbog atipične prezentacije simptoma i oštećenih sposobnosti verbalizacije. Oslanjanje na dijagnostičke kriterijume razvijene za osobe bez ometenosti samo je delimično moguće, s obzirom na to da se kod osoba sa IO, posebno na dubljim nivoima ometenosti, depresija ispoljava na neočekivane i kontradiktorne načine, najčešće kroz iritabilnost, agresiju i autoagresiju, stereotipna ponašanja i psihomotornu agitaciju, sa brojnim vegetativnim simptomima. Iz tog razloga, neophodne su modifikacije postojećih dijagnostičkih kriterijuma i uvažavanje bihejvioralnih ekvivalenata depresije-maladaptivnih ponašanja, koja se moraju pažljivo opservirati i tumačiti [3,4]. U tom smislu, dijagnostikovanje depresije kod osoba sa IO najčešće se oslanja na podatke dobijene od osoba koje se o njima staraju – članova porodica, prijatelja, negovatelja.

Tačna i pravovremena dijagnostika depresije u ovoj populaciji uslov je za sprovođenje terapijskih procedura. Poslednjih par decenija, dolazi do naglog razvoja mnogobrojnih terapijskih tehnika, koje se oslanjaju na iskustva u lečenju depresije kod osoba bez ometenosti, ali sa neophodnim prilagođavanjima specifičnostima IO. Donedavno su, ipak, vladala uverenja da se depresivni poremećaji i psihopatološki fenomeni uopšte kod osoba sa IO mogu lečiti samo psihotropnom medikacijom i metodama bihejvioralne modifikacije ponašanja (npr. često primenjivana ABA- Applied Bihejvioral Analysis kod osoba sa autizmom i sl.). Danas, sa napretkom nauke i suštinskim prodiranjem u problematiku kognitivnog zaostajanja, postaje jasno da se u većini slučajeva i kod osoba sa IO mogu primeniti sve terapeutske metode ko-

je se koriste i kod osoba bez ometenosti, tako da dolaze u obzir i metode za koje se smatralo da su neprimenjive zbog ograničene konceptualizacije i verbalizacije intelektualno ometenih – različite forme psihoanalitičke psihoterapije, kognitivno-bihejvioralna terapija, kognitivni i emocionalni treninzi, kreativna terapija i mnoge druge metode. Naravno, jasno je da one moraju odgovarati razvojnem nivou, stepenu ometenosti i verbalnim sposobnostima osobe. Ipak, u svakodnevnoj praksi čest je slučaj, posebno kod osoba sa težom ometenošću, da se u lečenju depresije primenjuje isključivo medikamentozna terapija, sa učestalim kombinovanjem više medikamenata i zanemarivajem činjenice da njihova prolongirana upotreba i neadekvatno doziranje potenciraju pojavu različitih neželjenih dejstava. Takođe, depresivni poremećaji kod ovih osoba imaju vrlo komplikovanu patogenezu, tako da medikamentozna terapija mora biti kompleksna i pažljivo usmerena na procese koji su doveli do patološkog stanja [5].

INTEGRATIVNI PRISTUP

Jedini način uspešnog tretiranja depresivnih poremećaja kod osoba sa IO jeste onaj koji je multimodalan, multidisciplinarni, baziran pre svega na višedimenzionalnom rasvetljavanju procesa koji leže u osnovi poremećaja. To znači da je za tačnu dijagnozu i efikasnu terapiju neophodno primenjivati tzv. integrativni pristup, koji uzima u obzir biološke, psihološke, socijalne i kulturološke faktore koji određuju individualnost ometene osobe i modeluju njeno ponašanje. Biološki faktori odnose se na postojeća moždana oštećenja, genetičke

bolesti i ostala pridružena stanja, koja menjaju neurobiološku ravnotežu i time predstavljaju podlogu za razvoj mentalnih poremećaja. Psihološka dimenzija integrativnog pristupa odnosi se na psihosocijalne aspekte koji određuju kvalitet doživljaja sebe i osobenosti interakcija pojedinca sa spoljnim svetom. Intelktualno ometena osoba sa komorbidnom depresijom najčešće ispoljava regresiju emocionalnih potreba na nivo uspostavljanja primarnih objektnih odnosa i diferencijacije između sebe i drugih. U tom smislu, potrebno je tokom tretmana obezbediti sigurne afektivne veze i dovoljno prilika za afektivnu razmenu, kao i stimulisanje interakcija na višim nivoima, koje su prihvatljivije sa stanovišta sredine u kojoj osoba živi. Zadovoljavanje bazičnih emocionalnih potreba omogućiće pozitivnije socijalne interakcije, koje su važan motivacioni faktor za uspostavljanje smisaonih interpersonalnih relacija i adekvatnog socijalnog ponašanja. Socijalni i kulturološki aspekti integrativnog tretmana odnose se na prilagođavanje uslova sredine potrebama ometene osobe, informisanjem i edukacijom aktera socijalne razmene, što je ključno za optimalno prilagođavanje ometenoj osobi, uzimajući u obzir njene stvarne mogućnosti i potrebe. Osnovna postavka ovakvog pristupa je u tome da se ne treba baviti samo evidentnim simptomima duševne bolesti, već uzeti uobzir ličnost ometene osobe u celini, jer IO predstavlja stanje povezano sa mnogobrojnim teškim životnim problemima i izazovima, počev od stavova i ponašanja samih roditelja prema ometenom detetu, njihovog prihvatanja ometenosti i uticanja na njegov razvoj, preko uticaja šire socijalne sredine, socijalne depriviranosti i veo-

ma čestog zanemarivanja stvarnih socijalnih i psiholoških potreba [6]. U tom smislu, integrativni tretman podrazumeva višedimenzionalni, dobro koordiniran postupak kombinovanja različitih terapijskih modela, u cilju sveobuhvatnijeg pristupa patološkim procesima koji su u osnovi poremećaja, radije nego površnog kupiranja simptoma depresije. Integrativni tretman zahteva angažovanje stručnjaka različitih profila, kao što su psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi, ali i osoba iz neposrednog socijalnog okruženja, koje su važne za socio-emocionalni razvoj konkretne osobe.

PSIHOFARMAKOTERAPIJA

S napretkom farmakologije i istraživanjima vezanim za procese na molekularnom nivou, svakodnevno se pojavljuju novi psihotropni medikamenti dizajnirani tako da deluju na specifične neurotransmiterske podtipove, što ima posebnu važnost u slučajevima "komplikovanih" dijagnoza i neuropatoloških procesa, kakvi su slučajevi "dvoje dijagnoze" – komorbiditeta IO i mentale bolesti. Najnovija istraživanja na polju patofiziologije nervnog sistema već omogućavaju odabir medikamentozne terapije na osnovu sagledavanja individualne istorije bolesti, koja sadrži ne samo kliničke informacije već i specifične podatke vezane za funkcionisanje nervnog i metaboličkog sistema, kao i podatke o uticaju eventualnih genetičkih bolesti i predispozicija na ispoljavanje psihopatoloških fenomena [7].

Farmakoterapija, u smislu integrativnog pristupa, predstavlja samo jedan aspekt lečenja depresije. Veoma često, zbog atipičnog ispoljavanja simptoma

kroz psihomotornu agitaciju, agresiju i samopovređivanje, ona se ne dijagnostikuje na vreme, pa se osoba neadekvatno leči primenom *antipsihotika*, koji predstavljaju najčešće korišćene psihofarmake u ovoj populaciji obolelih. Kao i kod neometenih osoba, prvu liniju u terapiji depresije predstavljaju SSRI (selektivni inhibitori preuzimanja serotonina), za koje se pokazalo da imaju veći učinak i manje neželjenih dejstava od tricikličnih antidepresiva. Iz ove grupe najčešće su u upotrebi fluoksetin, paroksetin i sertralin, koji imaju širok spektar delovanja, kao i povoljne efekte, posebno u slučajevima izraženih stereotipnih ponašanja, samopovređivanja, napada besa i agresije [8]. Studije pokazuju da je paroksetin jedan od najjačih inhibitora presinaptičkog preuzimanja serotonina, kao i da paroksetin i sertralin imaju kraći poluživot od fluoksetina, pa samim tim i podnošljiviji farmakološki profil u smislu sporednih dejstava, tako da se prvenstveno preporučuje njihova primena kod ove populacije depresivnih osoba. Ipak, postoje podaci koji ukazuju da ovi medikamenti, posebno fluoksetin, mogu izazvati suprotne efekte u smislu značajnog pogoršanja agresije i samopovređivanja, pa se stoga mora pažljivo razmotriti njihova primena kod osoba sa IO [9]. Ukoliko ne postoji pozitivan odgovor na SSRI nakon četiri do šest nedelja terapije, uz primenu najviših doza najmanje tri nedelje, neophodna je revizija potavljene dijagnoze, a zatim uključivanje alternativa kao što su mešani inhibitori – SNRI (selektivni inhibitori preuzimanja noradrenalina i serotonina), od kojih se najčešće koristi venlafaksin, zatim NDRI (inhibitori preuzimanja noradrenalina i dopamina) – bupropion, *triciklični antidepresivi* – amitriptilin, klomipramin, imipra-

min, ili reverzibilni *inhibitori monoaminooksidaze*, kao što je moklobemid. Doziranje je individualno i kreće se u okvirima predviđenim za osobe bez IO. Neophodno je voditi računa o međusobnim interakcijama pomenutih antidepresiva, kao i interakcijama sa ostalim medikamentima koje osoba prima [9,10]. Ne preporučuje se kombinovanje različitih vrsta antidepresiva, već se naglašava izolovana primena pojedinih psihofarmaka iz ove grupe. Posebno je važno adekvatno uskladiti primenu SSRI i inhibitora monoaminooksidaze, zbog mogućeg fatalnog *serotoniniskog sindroma*, koji nastaje zbog stimulacije 5HT 1 receptora u moždanom stablu, a ispoljava se kroz agitiranost, mioklonus, abdominalne grčeve, hipertermiju, hipertenziju i kardiovaskularni kolaps. Ipak, upotreba inhibitora MAO je retka kod osoba sa IO, zbog neophodnog dijetalnog režima ishrane (izbegavanje hrana bogata tiraminom), potencijalnog rizika od hipertenzivnih kriza i smanjene sposobnosti praćenja reakcija organizma na delovanje leka.

Pitanje interakcija veoma je važno u medikamentoznoj terapiji depresije kod osoba sa IO, pre svega zbog učestalosti epilepsije, koja se kod ove populacije javlja u oko 44% slučajeva, kod teže i teške IO (prisutna organska osnova ometenosti), ili u 8-18% slučajeva, ukoliko se radi o lakoj IO. U zavisnosti od tipa epileptičkih napada, primenjuje se odgovarajuća farmakoterapija, a najčešće su u upotrebi *karbamazepin*, *valproat* i *lamotrigin*. Ukoliko postoji istovremena primena antiepileptika i tricikličnih antidepresiva, važno je znati da npr. karbamazepin ubrzava metabolizam tricikličnih antidepresiva, što dovodi do smanjenja njihove koncentracije u plazmi čak i is-

pod minimuma neophodnog za terapijski efekat. Ova kombinacija, takođe, može rezultirati i povećanjem koncentracije samih antikonvulzivnih lekova u plazmi. Triciklični antidepresivi, kao i antipsihotici mogu smanjiti konvulzivni prag, čak i kada nema manifestnih epileptičkih napada [11].

Pored unipolarnih depresija, kod osoba sa IO javljaju su i bipolarni poremećaji, koji su često hronični, mešani i sa znatno težom kliničkom slikom nego u redovnoj populaciji, što doprinosi teškoćama dijagnostikovanja i lečenja. Isključiva primena *antidepresiva* ili *antipsihotika* u tim slučajevima može pogoršati kliničku sliku, jer antidepresivi imaju tendenciju delovanja u smeru pogoršavanja manije kod bipolarnih poremećaja, dok antipsihotici mogu maskirati simptome poremećaja raspoloženja, i dovesti do dalje funkcionalne deterioracije. Isto tako, poznato je da klasični antipsihotici deluju depresogeno. Iz pomenutih razloga, neophodna je tačna i pravovremena dijagnostika bipolarnog poremećaja i aplikacija *psihostabilizatora* kao prve terapijske linije. Često je neophodna kombinovana terapija sa dva psihostabilizatora, uz dodatak antipsihotika. Mnoge depresije rezistentne na tretman kod osoba sa IO predstavljaju, u stvari, atipične, mešane bipolarne poremećaje sa brzim smenjivanjem faza depresije i manije, koji daju dobar odgovor na psihostabilizatore. *Litijum* može biti koristan u slučajevima hipomanije, dok se u maničnoj epizodi najčešće moraju dodati i odgovarajući antipsihotici [11, 12]. Isto tako, kod bipolarnog poremećaja često postoji i istovremena upotreba antipsihotika, psihostabilizatora, nekih antidepresiva, benzodiazepina i ostalih medikamenata, u zavisnosti od individu-

alnih karakteristika pacijenta i kliničke procene stručnjaka.

Netipična klinička prezentacija depresije kod osoba sa IO reflektuje se i na adekvatno administriranje psihofarmaka, često dovodeći u sumnju primerenost propisane terapije. Mnogobrojni pridruženi poremećaji, kao što su kardiovaskularne bolesti, metabolički poremećaji, renalna insuficijencija, epilepsija i drugi, koji su relativno česti kod ovih osoba, predstavljaju faktore rizika za primenu pojedinih grupa medikamenata, zbog mogućih interakcija i ispoljavanja neželjenih dejstava. Podaci vezani za specifičnu farmakokinetiku i farmakodinamiku psihotropnih lekova u lečenju osoba sa IO još uvek su ograničeni i neophodno je sprovesti dalja istraživanja koja bi rasvetlila mnoge prisutne nejasnoće. Pored toga, ograničene kognitivne i verbalne sposobnosti kompromituju prepoznavanje potencijalno ugrožavajućih nuspojava psihofarmaka, što predstavlja dodatni problem u njihovoj primeni.

PSIHOTERAPIJA

"...psihoterapija je u stvari ta koja je hendikepirana. To je iz razloga što ona sama potkopava vlastitu sposobnost da razume i odgovori na individualnu subjektivnost." (Linnington, 2002)

Sve do pre nekoliko decenija vladalo je uverenje da se psihoterapija ne može uspešno primenjivati kod osoba sa IO, prvenstveno zbog njihovih kognitivnih ograničenja, ali i čestih poremećaja verbalnih sposobnosti. Ipak, poslednjih godina porastao je broj istraživača koji se bave tom problematikom, ali i kliničara koji izveštavaju o pozitivnim ishodima različitih oblika grupe terapije osoba sa IO i

pridruženom psihopatologijom. Tradicionalne psihoterapijske tehnike, morale su, ipak, proći kroz izvesne modifikacije, da bi se prilagodile osobenostima ometenih osoba. Ipak, još uvek ne postoje dovoljno jaki, empirijski dokazi o njihovoj efikasnosti, kao ni pouzdane, validne analize konkretnih faktora koji dovode do smanjivanja simptoma ili izlečenja, dakle konkretnih elemenata intervencije odgovornih za terapijsku promenu. Isto tako, ostaje problem njihove dostupnosti osobama sa IO, jer psihoterapijske procedure još uvek nisu uobičajeni deo svakodnevne kliničke prakse, posebno u našoj sredini.

Mnogobrojni istraživači svedoče o već raširenoj upotrebi tehnika *psihodinamske psihoterapije*, *kognitivno-bihejvioralne terapije*, *kognitivnih treninga*, *direktnih bihejvioralnih tehnika* u lečenju depresije kod osoba sa lakom i umerenom IO. Nivo ometenosti predstavlja ograničavajući faktor, zato što se sve ove procedure oslanjaju na govornu komunikaciju i zahtevaju minimum verbalnih sposobnosti, pa je u slučajevima teže i teške ometenosti najčešće nemoguće primeniti bilo koju kognitivnu tehniku, već isključivo direktnu bihejvioralnu modifikaciju i adaptaciju uslova u neposrednom okruženju [13, 14].

Pre nego što se ometena osoba uključi u neku psihoterapijsku proceduru, potrebno je detaljno proceniti njen receptivni i ekspresivni govor, da bi se proces usmerio ka korišćenju verbalnih ili neverbalnih tehnika i predupredili problemi koji su rezultat osetljivosti pacijenta na neverbalne znake, zbog problema u verbalnoj komunikaciji. Korišćenje *direktivnih* tehnika (sugestija, persuazija) daje bolje rezultate nego *nedirektivne* metode i potrebna je izvesna fleksibilnost u pogledu trajanja sesija (kraće nego uobičajeno)

i realističnost njihovih krajnjih ciljeva. Modifikacije tradicionalnih psihoterapijskih modela za osobe sa IO uključuju i neke specifične zahteve, kao što su: korišćenje kratkih rečenica i jednostavnih reči, upotpunjavanje tipičnih tehnika konkretnim aktivnostima, dodavanje crteža i slika, "domaćih zadataka", korišćenje igara, opisivanje ciljeva tretmana na konkretnan, direktan način, uz pomoć vizuelnih vodiča i pomagala, fleksibilnost u izboru metoda, uključivanje članova porodice i negovatelja u čitav proces, da bi se napredak i promene u ponašanju i osećanjima mogle generalizovati na situacije izvan terapijskog konteksta i podstakle pozitivne promene u afektivnim i socijalnim odnosima. Terapeuti moraju biti svesni činjenice da se transferski odnosi uspostavljaju mnogo brže, veze su izraženije i jače i da je neophodno pažljivo interpretiranje transfera kod osoba sa IO i depresijom.

Tehnike psihoanalitičke, *psihodinamske psihoterapije* u lečenju depresije kod osoba sa IO novijeg su datuma i ne predstavljaju često korišćen oblik tretmana. Mnogi autori naglašavaju da se upotreba ovih tehnika u glavnom usmerava na psihičke probleme osoba koje se staraju o mentalno ometenima, dakle članova njihovih porodica ili staratelja. Kada su u pitanju depresivne osobe sa lakom ili umerenom IO, moguće je postići pozitivan terapijski učinak uspostavljanjem adekvatnog odnosa terapeut-pacijent, korišćenjem pojednostavljenog jezika i izbegavanjem preopterećivanja memorije. Koriste se tehnike interpretacije sadržaja uspostavljanjem *transfera* i *kontrattransfera*, čime se postiže uvid u unutrašnji svet depresivne osobe. Pre započinjanja psihoterapijskih seansi, potrebno je dobiti pristanak osobe za sprovođenje terapije, a za to je neophodno informisati je, na način koji

ona može razumeti, o mogućim pozitivnim i negativnim aspektima predstojećeg tretmana, ukazati na činjenicu da je tretman usmeren umanjenoje njenih tegoba, poboljšanje kvaliteta njenog života, ali da, isto tako, sadrži i negativne aspekte, jer podrazumeva razotkrivanje bolnih, neprijatnih i uznemiravajućih osećanja. Tretman obično počinje podsticanjem *slobodnih asocijacija*, koje se mogu odnositi na različite aspekte trenutne situacije, kao i na postojeći problem, interpersonalne relacije, snove i slično. Terapeut pažljivim slušanjem i opservacijom formuliše interpretacije koje imaju za cilj tumačenje onoga što je osoba rekla u aktuelnom kontekstu i prodiranje u nesvesne sadržaje, sakrivene ispod simptoma depresije. Uzimajući u obzir činjenicu da je depresija kod osoba sa lakom i umerenom IO često direktno uslovljena poimanjem svoje omećenosti i različitosti od drugih, u individualnim, a i grupnim psihoterapijskim seansama neophodno je razmatranje tog elementa socijalnih odnosa, izolovanosti, stigmatiziranosti i socijalnog odbacivanja i promovisanje pozitivnog pristupa omećenosti, čime se osoba posmatra kao vredno ljudsko biće, što će imati pozitivan uticaj na njeno samopoštovanje [15, 16].

Daleko češće primenjujane psihoterapijske tehnike u lečenju depresije kod osoba sa IO jesu tehnike *kognitivno-bihejvioralne terapije*, ključne u prevazilaženju *kognitivnih distorzija* koje leže u osnovi depresivne simptomatologije. Mnoga istraživanja pokazala su veliki značaj kognitivnih faktora (nisko samopoštovanje, negativno socijalno poređenje, negativne misli o sebi, sredini i budućnosti) u razvijanju simptoma depresije [17]. Kognitivne distorzije usmeravaju ponašanje individue u socijalnoj sredini, a prezaštićenost, nesamostalnost i česta iskustva neuspeha po-

jačavaju osećaj neadekvatnosti i u sprezi sa negativnim životnim događajima proizvode depresivno raspoloženje. Metode lečenja depresije usmerene na negativnu self-percepciju ometene osobe moraju najpre uzeti u obzir promenu socijalnih okolnosti, što samo po sebi može proizvesti terapijski efekat, ali s obzirom na to da prošla iskustva mogu nastaviti da oblikuju doživljaj sebe i spolnog sveta, neophodna je terapija usmerena na korigovanje negativnih uverenja i promenu ponašanja u socijalnoj sredini. Danas postoji prava ekspanzija različitih kognitivno-bihejvioralnih procedura efikasno prilagođenih specifičnim potrebama i ograničenjima ometenih osoba [18].

Primena kognitivno-bihejvioralne terapije kod osoba sa IO uslovljena je razvije- nošću bazičnih kognitivnih veština, kao što su: sposobnost uočavanja, razumevanja i razlikovanja proteklih događaja i sa njima povezanih kognicija i emocija, sposobnost poimanja da kognicije mogu posredovati efektima koje događaji imaju na emocije, kao i sposobnost i spremnost da se učestvuje u kolaborativnom preispitivanju tačnosti postojećih kognicija. Istraživanja pokazuju da osobe sa lakom i umerenom IO mogu napraviti potrebne distinkcije i analizirati razmišljanja koja prate njihove emocionalne odgovore na zamišljeni terapijski scenario. Takođe, da bi neka ometena osoba bila podobna za kognitivno-bihejvioralnu terapiju, neophodno je preispitati pouzdanost njenih izjava vezanih za vlastite misli i osećanja, da bi se uopšte mogle procenjivati promene nastale tokom terapije. Kognitivni deficiti koji mogu da ugroze valjanost samoprocena su, pre svega, nerazumevanje emocija i odnosa, problemi pamćenja, kao i anksioznost i socijalna poželjnost. Neki od ovih problema mogu se prevazići ko-

rišćenjem jednostavnije terminologije, neverbalne komunikacije, dodatnih pitanja i pojašnjavanja, kao i slikovnih materijala i dugih vizuelnih sredstava.

Tehnike kognitivno-bihejvioralne terapije u lečenju depresije kod osoba sa IO principijelno su slične onima koje se koriste u radu sa osobama bez ometenosti. Jasno je da se terapijske procedure moraju pojednostaviti i zahtevi prilagoditi razvojem, intelektualnom i verbalnom nivou ometene osobe. Terapija se organizuje najčešće kroz *grupne sesije*, koje predstavljaju efikasniji model, zbog izraženih socijalnih i interpersonalnih deficita prisutnih kod ove populacije pacijenata. Čitav kontekst ove terapije je socio-kognitivni, imajući u vidu značaj socijalne deprivacije, stigmatiziranja i negativnog socijalnog poređenja za negativnu samoprocenu i modelovanje simptoma depresije. Osobe sa IO su znatno osetljivije na socijalni kontekst u kom ne dobijaju podršku ili odobravanje, a kao pripadnici socijalno marginalizovane grupe imaju malo iskustava kroz koja mogu da razvijaju pozitivne samopercepcije ili da izvode pozitivne zaključke o događajima u kojima učestvuju. U tom smislu, posebno je efikasno sprovoditi grupne terapijske procedure bazirane na *teoriji socijalnog identiteta*, koja ističe značaj grupnog pripadanja i kolektivnog identiteta za razvoj samopoštovanja. Tokom grupnih seansi, razvija se i proširuje *svest o kolektivnom identitetu* i podstiču pozitivne relacije među članovima terapijske grupe, čime se pojačava kolektivno samopoštovanje, koje pozitivno deluje na samoprocenu ometene osobe i proširuje self-koncept iznad puke pripadnosti marginalizovanoj socijanoj grupi. Tokom terapijskih seansi uvežbavaju se efikasne socijalne i komunikacione veštine i razmatraju adekvatna i neadekvatna

ponašanja uključena u različite socijalne situacije. Koristi se tehnika *igranja uloga* da bi se međusobni odnosi učvrstili i generalizovali na situacije svakodnevnog života.

Kognitivno-bihejvioralna terapija sama po sebi predstavlja *integrativni vid terapije* jer obuhvata procese razotkrivanja negativnih automatskih misli, njihovog razmatranja i elaboracije, razjašnjavanje argumenata za i protiv negativnih misli i uverenja, razvijanje i uvežbavanje pozitivnih načina mišljenja kroz igranje raznovrsnih socijalnih uloga, kao i ohrabrivanje i podsticanje pozitivnih stavova o sebi, sredini i budućnosti. Kroz terapiju se konstantno ističe uska veza između razmišljanja i raspoloženja, načina na koji depresivna osoba vidi i doživljava sebe i evidentnih promena u njenom raspoloženju u smislu depresivnih simptoma, osećanja bespomoćnosti, bezvrednosti i odbačenosti. Za ostvarenje tih ciljeva efikasno je korišćenje tehnike *rešavanja problema*, strukturisanjem problemskih situacija i traženjem najpogodnijih načina za njihovo rešavanje. Veoma veliki značaj u menjanju negativnih misli o sebi i izgrađivanju samopoštovanja kod osoba sa IO ima uvežbavanje i podsticanje samostalnosti u rešavanju različitih problemskih situacija, upravo zbog toga što specifična rana iskustva doprinose osećanjima bespomoćnosti zbog uverenosti osobe da ne može samostalno i na pravi način da izađe na kraj s teškoćama s kojima se suočava. Tako, veoma je poželjno koristiti tehnike *samosmeravanja* i *samoinstrukcije* podsticanjem unutrašnjeg dijaloga prilikom prevazilaženja različitih socijalnih i praktičnih problema i zamenjivanja samokritičnosti i sumnje u svoje sposobnosti pozitivnim stavovima i samopodsticanjem. Poznato je da osobe sa IO imaju *spoljašnji*

lokus kontrole i probleme u samoregulaciji, zato što su naviknute na spoljnu pomoć i usmeravanje. Zbog toga, u cilju povećanja *autonomije* u rešavanju svakodnevnih zadataka i problema, neophodno je razvijanje poverenja u svoje sposobnosti putem uvežbavanja pozitivnih razmišljanja i ponašanja i postizanja pozitivnih ishoda simuliranih događaja, jer osećanja uspeha i postignuća predstavljaju ključne faktore u razvoju samopouzdanja i menjanju lokusa kontrole. Treba napomenuti da je veliki problem kognitivno-bihejvioralne terapije primenjene kod osoba sa IO upravo *problem generalizovanja* naučenih socijalnih i komunikacionih veština na realne životne situacije, prisutne van terapijskog konteksta. Problem generalizovanja evidentan je zbog oštećene *meta-kognicije*, jer ometene osobe u većini slučajeva nisu svesne da su stekle novu veštinu i ne mogu je lako zadržati u raznovrsnim socijalnim situacijama, posebno onda kada su iste pune emotivnog naboja i na određeni način stresne.

Posebno važan aspekt svakog terapijskog postupka u lečenju depresije kod osoba sa IO jeste uključivanje roditelja i staratelja u sam proces lečenja. Roditelji i staratelji su ključni faktori emocionalne stabilnosti i socijalne adaptacije ometenog deteta. Njihovi stavovi, psihički problemi i intrapersonalni konflikti, kao i čitav socijalni i emocionalni repertoar kojim su okruživali ometeno dete, mogu biti ključni faktori u strukturisanju poremećaja i njegovom lečenju. Stručne procene i psihoterapijske procedure oslanjaju se na izveštaje roditelja o simptomima i problemima koje su kod deteta uočavali. Neophodna je edukacija roditelja u smislu prepoznavanja simptoma poremećaja i blagovremenog izveštavanja o promenama u kliničkoj slici. Generalizovanje pozitivnih

modifikacija mišljenja i ponašanja postignutih tokom psihoterapijskih procedura na situacije svakodnevnog života padaju, u glavnom, na teret roditelja, koji tako postaju ključni katalizatori pozitivnih terapijskih efekata [19, 20].

Pored medikamentozne terapije i psihoterapijskih procedura, u lečenju depresije kod osoba sa IO mogu se primenjivati i različiti oblici *radne i okupacione terapije*, koje su deo opšteg procesa osposobljavanja ovih osoba za funkcionisanje u široj socijalnoj sredini. Radne operacije vezane za profesionalno osposobljavanje, kao i okupaciona terapija namenjena razvijanju individualnih kreativnih sposobnosti i sklonosti, mogu imati pozitivne efekte na samopouzdanje i poboljšanje slike o sebi, uspostavljanje adekvatnih interpersonalnih relacija, kontrolu ponašanja i impulsa i bolje prilagođavanje zahtevima realiteta. *Kreativni treninzi, muzikoterapija* i različiti oblici *fizičkih aktivnosti i vežbanja* mogu pozitivno uticati na poboljšanje kvaliteta života depresivnih osoba sa IO. Fizičko vežbanje doprinosi osećanju zadovoljstva životom, pojačava samopouzdanje, samopoštovanje i poboljšava kognitivne performanse osoba sa IO. Poznata je veza između depresivne simptomatologije i negativne slike o sopstvenom telu, jer osobe sa IO vide svoje telo na negativniji način nego osobe bez ometenosti, tako da adekvatno doziranje fizičkih aktivnosti i upoznavanje svog tela, njegovih mogućnosti i osobina doprinosi pojačavanju i uvežbavanju samoeфикаsnosti kao i smanjenju depresivnih simptoma. Fizičko vežbanje povoljna je prilika za uvežbavanje samostalnosti i doživljavanje pozitivnih ishoda autonomnih aktivnosti, kao i uslov za poboljšanje fizičke kondicije, raspoloženja i redukciju stresa [21].

ELEKTROKONVULZIVNA TERAPIJA

Korišćenje elektrokonvulzivne terapije (EKT) u lečenju depresije kod osoba sa IO indikovano je u slučajevima teških depresija sa izraženim organskim simptomima i depresija sa psihotičnom simptomatologijom, kada može dati dobre rezultate. Inače, postoje različita mišljenja o opravdanosti i bezbednosti ovog pristupa kada su u pitanju osobe sa IO, pre svega zbog opasnosti od dublje kognitivne deterioracije i ozbiljnijih oštećenja mozga. Iako sprovedena istraživanja ne ukazuju na povećanu mogućnost organskih moždanih oštećenja nakon administriranja EKT, ne postoje dovoljno jasni podaci vezani za stanje pojedinih aspekata kognitivnog funkcionisanja. Bez obzira na kontradikcije, ovaj vid terapije može biti spasonosan u slučajevima teških depresija, kada se ometena osoba nađe u stanju katatonog stupora, odbija hranu, vodu ili lekove. Takođe, u slučajevima depresivnih poremećaja kod osoba sa teškom IO, koji se mogu ispoljavati kroz dramatičnu psihomotornu agitaciju, agresiju ili samopovređivanje, može se razmotriti korišćenje EKT, iako za sada u praksi nema dovoljno dokaza ni za ni protiv takvog pristupa.

Zbog potencijalne opasnosti od moždanih oštećenja i dublje kognitivne deterioracije, kod osoba sa IO neophodno je pažljivo titrirati doze električne stimulacije. EKT sama po sebi ne može biti dovoljna za kupiranje simptoma depresije, već se mora kombinovati sa ostalim terapijskim metodama. Istraživanja su pokazala da je efekat EKT najveći u slučajevima teških depresija sa izraženim vegetativnim i psihotičnim simptomima, pri čemu i nakon tretmana ostaju problemi depresivnog raspoloženja, kada se u lečenje uključuju antidepresivi i drugi vidovi terapije.

U slučajevima teških depresivih epizoda praćenih odbijanjem hrane, vode i lekova, halucinacijama i stuporom, gde postoji veliki rizik od izgladnjivanja i dehidratacije, indikovana je upotreba EKT, uz dodatna medikamentozna terapija i psihoterapijskih postupaka. Inače, postoji izvesna doza rezerve kod samih stručnjaka, veza ne za primenu ovog metoda, tako da je ona još uvek relativno retka i u glavnom se izbegava, pre svega zbog straha od potencijalnih neželjenih efekata [22].

ZAKLJUČAK

Odavno su napušteni stavovi da se depresija kod osoba sa IO ne može lečiti primenom terapijskih procedura i tehnika razvijenih za lečenje osoba bez ometenosti. Isključiva dominacija psihofarmakoterapije i trend polifarmacije zamenjuju su integrativnim tretmanom, koji se oslanja na ličnost u celini, uzimajući u obzir biološke, psihološke, socijalne i kulturološke faktore koji su doveli do pojave bolesti. Ipak, bez obzira na početni entuzijazam zbog sjajnih rezultata koje su dale psihoterapija, kognitivna i kognitivno-bihejvioralna terapija u lečenju depresije kod osoba sa IO, neophodno je sprovести još kontrolisanih studija, koje bi pokazale koji su faktori zaista doveli do poboljšanja i kako su neophodne modifikacije standardnih postupaka uticale na njihovu efikasnost. Jedno je sigurno, novi okvir posmatranja mentalnog zdravlja i blagostanja osoba sa IO, u kontekstu napora za poboljšanje kvaliteta njihovog života i socijalne kompetentnosti, pokazuje suštinsko prodiranje u problematiku intelektualne ometenosti i pravi je put za rasvetljavanje kompleksnih uticaja bio-psiho-socijalnih faktora na pojavu specifičnih problema u ponašanju i prilagođavanju, kao i simptoma mentalnih bolesti.

THERAPY OF DEPRESSION IN PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Katarina Tomić¹
Goran Mihajlović²

UDK: 616.895.8 : 616.899.2-02-08

- 1 Vocational College for Preschool Teachers, Kruševac, Serbia
- 2 Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

Summary

Considering the high frequency of depression among people with intellectual disability, the question of an appropriate therapeutic approach seems to be very important. The proper choice of therapy depends of the right diagnosis, which could present a problem, because of the atypical presentation of symptoms. Still, the efforts made to overcome onesidedness in treating depression among people with intellectual disability, which was seen mostly through insisting on psychopharmacotherapy, have reached their goal. So, today, integrative approach is considered the most appropriate, because it includes adjusted application of psychoanalytical psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, different forms of creative therapy and many other methods and techniques.

Key words: depression, intellectual disability, therapy of depression

Literatura:

1. Tomasulo JD, Razza JN. Group Psychotherapy for people With Intellectual Disabilities: The interactive-Behavioral Model. Group Psychother Psy; 2006: 85-93.
2. Mc Gillivray AJ, Mc Cabe MP. Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. Res Dev Disabil 2007; 28(1):59-70.
3. Clarke DJ, Gomez GA. Utility of modified DCR-10 criteria in the diagnosis of depression associated with intellectual disability. J Intell Disabil Res 1999; 43(5):413-20.
4. McBrien JA.: Assesment and diagnosis of depression in people with intellectual disability. J Intell Disabil Res 2003; 47(1):1-13.
5. Meins W. Prevalence and risk factors for depressive disorders in adults with intellectual disability. J Intellect Dev Dis 1993; 18(3):147-56.
6. Dosen A. Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental retardation. J Intell Disabil Res 2007; 51(1):66-74.
7. Hellings JA. Psychopharmacology of Mood Disorders in Persons With Mental Retardation and Autism. Ment Retard Dev D R 1999; 5:270-78.
8. Lyman D, Tennison CR. Psychopharmacotherapy and the Adolescent with Mental Retardation. Except Parent 2006; 36(9):79-82.

9. Masi G, Marcheschi M, Pfanner P. Paroxetine in depressed adolescents with intellectual disability: an open label study. *J Intell Disabil Res* 1997; 41(3):268-72.
10. Sohanpal SK et al. The effectiveness of antidepressant medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intell Disabil Res* 2007; 51(10):750-65.
11. Santosh PJ, Baird G. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet* 1999; 354(9174):233-42.
12. Carta MG et al. Adjunctive gabapentin in patients with intellectual disability and bipolar spectrum disorders. *J Intell Disabil Res* 2001; 45(2):139-45.
13. Hurley AD, Tomasulo DJ, Pfadt AG. Individual and Group Psychotherapy Approaches for Persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities, *J Dev Phys Disabil* 1998; 10(4):365-86.
14. Willner P. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *J Intell Disabil Res* 2005; 49(1):73-85.
15. Teri L, McKenzie G, LaFazia D. Psychosocial treatment of Depression in Older Adults With Dementia. *Clin Psychol-Sci Pr* 2005; V12 N3:303-16.
16. Aviram R, Rosenfeld S. Application of Social Identity Theory in Group Therapy with Stigmatized Adults. *Int J Group Psychoth* 2002; 52(1):121-30.
17. Whitehouse RM, Tudway JA, Look R, Kroese BS. Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: a Comparative Review of the Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Literature. *J Appl Res Intellect* 2006; 19:55-65.
18. Jahoda E, Dagnan D, Jarvie P, Kerr W. Depression, Social context and Cognitive-Behavioral Therapy for People who have Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect* 2006; 19:81-9.
19. Hurley AD. Psychotherapy is an essential tool in the treatment of psychiatric disorders in people with mental retardation. *Ment Retard* 2005; 45:445-8.
20. King R. Proceeding with compassion while awaiting the evidence: psychotherapy and individuals with mental retardation. *Ment Retard* 2005; 45:448-50.
21. Carmeli E. et al. Physical Training and Well-being in Older Adults with Mild Intellectual Disability: A Residential Care Study. *J Appl Res Intellect* 2007; 21 (5):1-9.
22. Cutajar P, Wilson D. The use of ECT in intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 1999; 43 (5):421-7.

Katarina Tomić
 Omladinska 66, 37000 Kruševac
 Tel: 064/ 132-65-64, 062/794-234
 E-mail: katarinat@vaspks.edu.rs