

## **Współczesne podejście do problemu obecności depresji i zaburzeń zdrowia psychicznego u osób upośledzonych umysłowo**

### **Contemporary approach to the problem of depression and disturbances of mental health in mentally disabled people**

Jarosław Rola

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie  
Instytut Psychologii i Wspomagania Rozwoju Człowieka  
Katedra Psychologii Klinicznej  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Cz. Czabała

#### **Summary**

The approach towards the issues of depression and mental health problems of mentally disabled persons is discussed in the paper.

The author discussed the various susceptibilities, resistances and typical mental health disturbances of mentally disabled persons as well as their diagnostic criteria and methods of measuring them.

A longer part of the paper concerns the approach towards depressive disorders in the population with developmental disabilities.

*Słowa kluczowe:* zdrowie psychiczne, depresja, upośledzenie umysłowe

*Key words:* mental health, depression, mental retardation

W ostatnich latach obserwuje się zwiększone zainteresowanie problemem zdrowia psychicznego.

Zdrowie psychiczne jest trudno zdefiniować. Z bogatej literatury w tym zakresie można wyodrębnić kilka podejść, które układają się w sposób chronologiczny, pokazując zmiany następujące w tym zakresie:

Pierwsze podejście – zdrowie psychiczne rozumiane jest jako brak choroby psychicznej. Jest ono często preferowane przez klinicystów, ale coraz wyraźniej postuluje się, iż zdrowie psychiczne nie może polegać tylko na braku symptomatycznych zachowań, a przeciwstawianie sobie zdrowia i choroby jest mało przydatne, gdyż oba te pojęcia są źle definiowane.

Podejście drugie – zdrowie psychiczne rozumiane jest jako stan dobrego emocjonalnego samopoczucia, co umożliwi sprawne funkcjonowanie, uzyskiwanie satysfakcjonujących osiągnięć i rozwój osobowości [1].

Trzecie podejście – zdrowie ujmowane jest jako orientacja życiowa (to propozycja Antonovsky’ego), polegająca na spostrzeganiu świata jako zrozumiałego, mającego sens, sterowalnego, na który można mieć wpływ i z którym można sobie poradzić [2].

Liczni autorzy [2] wyodrębniają z kolei dwa wymiary zdrowia psychicznego:

Pozytywny – obejmujący swym zakresem zespół właściwości emocjonalnych i osobowościowych, pozwalający na radzenie sobie z różnorodnością życia i na zapobieganie załamaniom psychicznym w obliczu trudności życiowych; wymiar ten związany jest z potencjałem psychicznym (umiejętności, postawy osobiste, kompetencje społeczne), który pozwala człowiekowi między innymi na zaspokajanie swoich potrzeb, czerpanie radości i satysfakcji z życia, zwiększanie jego zdolności do rozwoju.

Negatywny, na który składa się opis zaburzeń psychicznych zgodnie z istniejącymi klasyfikacjami [3, 4].

Akcentowanie zakłóceń to kładzenie nacisku na wyodrębnienie i diagnozę zaburzeń świadczących o złym przystosowaniu. Akcentowanie pozytywnych przejawów zdrowia zwraca uwagę na rozwój umiejętności, kompetencji, zasobów osobowych.

Czy i w jaki sposób zmiany w podejściu do zdrowia psychicznego w populacji ogólnej znajdują swoje odzwierciedlenie w odniesieniu do osób upośledzonych umysłowo?

W latach 80. w podejściu do problematyki zdrowia psychicznego osób upośledzonych umysłowo dominował wymiar negatywny. Koncentrowano się głównie na obserwowanych przejawach zaburzeń. Mimo widocznych ograniczeń takiego podejścia okres ten ma duże znaczenie dla zmian, jakie zaszły w rozumieniu problemów zdrowia psychicznego osób niepełnosprawnych. Oto niektóre z kierunków zmian w ciągu ostatnich kilkunastu lat, które chciałbym zasygnalizować ze względu na ich znaczenie dla zrozumienia problemów zdrowia psychicznego osób upośledzonych umysłowo (w tym obecności zaburzeń depresyjnych).

### **Od pierwotnej psychopatologii Webstera (1970) do deficytu psychospołecznego Levitasa i Gilsona (1987)**

Zrezygnowano z tezy Webstera [5] o obecności pierwotnej psychopatologii. Sugerował on, iż w funkcjonowaniu osób upośledzonych umysłowo spotkać można cechy wspólne, które, oprócz obniżenia się ilorazów inteligencji, stanowią o specyfice ich funkcjonowania. Zespół tych cech nazwany został przez Webstera „pierwotną psychopatologią” i jest jego zadaniem zrelatywizowany do poziomu funkcjonowania poznawczego badanych. Na pierwotną psychopatologię składać się miały: pasywność, opóźnienia rozwojowe, unikanie nowości, zamknięcie w sobie, przywiązanie do rytuałów. Zdaniem Webstera sama diagnoza upośledzenia umysłowego pociągać miała za sobą obecność symptomów, którym nie przypisywano innych przyczyn, odmiennych od przyczyn samej niepełnosprawności.

W latach 80. w wyniku wnikliwych badań klinicznych teza Webstera o obecności pierwotnej psychopatologii skonfrontowana została z tezą Levitasa i Gilsona [6] o obecności deficytu psychospołecznego u osób upośledzonych umysłowo. Deficyt

ten miał być pochodną niepowodzeń w procesie separacji i indywidualizacji. Autorzy ci wskazywali na znaczenie czynników organicznych i psychologicznych w etiologii zaburzeń zdrowia psychicznego. Przy obecnym stanie wiedzy zarówno o czynnikach biologicznych, jak i psychospołecznych oraz ich wpływie na życie psychiczne należy, jak pisze Orwid, „bezwzględnie zdawać sobie sprawę z faktu, że czynniki te pozostają we wzajemnej interakcji, mogą się wzajemnie osłabiać lub wzmacniać” [7, s. 41], mogą wreszcie uruchamiać lub osłabiać całe ciągi zachowań i emocji. Wzajemna interakcja czynników biologicznych i społecznych często utrudniać może odróżnienie pierwotnego zaburzenia od tego, co jest wtórne. Szczególnie u dzieci najmłodszych z zaburzeniami rozwojowymi czynniki związane z organizmem i środowiskiem rodzinnym są ze sobą bardzo ściśle powiązane. Dopiero w późniejszym wieku etiologia zaburzeń staje się coraz bardziej wieloczynnikowa, wzbogacona o czynniki społeczno-kulturowe, somatyczne oraz indywidualne czynniki osobowościowe [8].

### **Typowość, podatność, odporność na zaburzenia zdrowia psychicznego**

Zrezygnowano z pojęcia typowości zaburzeń na rzecz tezy o podatności na zaburzenia sfery emocjonalnej. Zgodnie z dominującą w latach 80. tezą o typowości zaburzeń w grupie osób upośledzonych umysłowo sądzono, iż zapadają one na zaburzenia typowe dla siebie, które nie są obserwowane w populacji ogólnej.

Wyniki ostatnich badań wskazują wyraźnie, iż osoby upośledzone umysłowo manifestować mogą wiele symptomów, wskazujących na zaburzenia zdrowia psychicznego, w zakresie których mogą być porównywane z dziećmi z zaburzeniami, ale prawidłowo rozwijającymi się intelektualnie [9, 10]. Dosen uważa, że jest wysoce prawdopodobne, iż osoby te zdolne są do zapadania na te same zaburzenia zdrowia psychicznego, które możemy spotkać w populacji ogólnej, zwłaszcza wtedy, kiedy są one determinowane specyfiką ich społecznej i psychologicznej egzystencji [11].

Osoby z zaburzeniami rozwojowymi mogą doświadczać tych samych zaburzeń zdrowia psychicznego, które spotykamy w populacji ogólnej [12, 13]. Wyniki licznych badań klinicznych i epidemiologicznych nie potwierdzają więc tezy o obecności typowych zaburzeń zdrowia psychicznego występujących tylko u osób z zaburzeniami rozwojowymi, które nie występują w ogólnej populacji. Zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zespół nadpobudliwości psychoruchowej, schizofrenia i zaburzenia psychotyczne diagnozowane są również u osób upośledzonych umysłowo [12, 13, 14, 15, 16].

Wskazuje się jednocześnie na wzmogoną podatność na zaburzenia zdrowia psychicznego. Wyniki badań epidemiologicznych Ruttera dowodzą, iż częstotliwość zaburzeń wzrasta wraz z obniżaniem się ilorazów inteligencji badanych. U osób z ilorazem inteligencji poniżej 50 w Skali Wechslera dotyczy to 50% badanych, w stosunku do 24–25% badanych z ilorazami inteligencji w granicach 55–70 według Wechslera.

Jedną z pierwszych konsekwencji ruchów deinstytucjonalizacyjnych, na które składało się między innymi: odejście od instytucjonalnych form opieki, zamykanie dużych zakładów psychiatrycznych oraz rozwój centrów opieki dziennej nad osobami upośledzonymi umysłowo, opartych na współpracy z ich najbliższym środowiskiem

lokalnym, było zetknięcie się z dużą liczbą osób manifestujących w zachowaniu symptomy zdrowia psychicznego. Można było przypuszczać, iż obecność określonych symptomów jest bezpośrednią konsekwencją pobytu w zakładach zamkniętych. Jednak dalsze obserwacje w tym zakresie wskazywały wyraźnie na fakt, iż populacja upośledzonych umysłowo stanowi grupę osób określaną mianem grupy ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego. Liczba czynników etiologicznych, którym przypisywano dotychczas funkcję wyzwalającą, okazała się znacznie szersza niż przypuszczano.

Osoby manifestujące zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią około 20–40% populacji osób upośledzonych umysłowo [17].

Ostatnie badania epidemiologiczne [18] prowadzone wśród australijskich dzieci z zaburzeniami rozwojowymi w wieku rozwojowym (do 18 roku życia) wskazują na obecność zaburzeń zdrowia psychicznego u 41% badanych. Studia te pokazały ponadto, iż zachowania niszczycielskie i antyspołeczne dominują wśród dzieci z lekkim stopniem upośledzenia, podczas gdy zachowania kompulsywne są częstsze u dzieci umiarkowanie i znacznie upośledzonych umysłowo. Wyniki pokazują również, iż 10% badanych dzieci potrzebuje pomocy psychiatrycznej.

W studiach przeprowadzonych za pomocą Developmental Behavior Checklist (DBC) autorzy zebrali informacje od rodziców i opiekunów o problemach zdrowia psychicznego osób z zaburzeniami rozwojowymi w wieku 4–19 lat. Wyniki pokazały, iż u 22,7% badanych zdiagnozowano zachowania destrukcyjne, zaburzenia kompulsywne u 13,4% badanych, zaburzenia językowe u 6,7%, wreszcie zaburzenia lękowe u 23,2% badanych osób z zaburzeniami rozwojowymi. Zaburzenia lękowe występowały z jednakową częstotliwością u badanych chłopców i dziewcząt z zaburzeniami rozwojowymi; częściej obserwowane były u osób z upośledzeniem umysłowym lekkiego i umiarkowanego stopnia niż u osób znacznie upośledzonych umysłowo [18].

W literaturze spotkać można kilka wyjaśnień dotyczących wzrostu wskaźników rozpowszechniania zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji osób upośledzonych umysłowo. Są to:

- a) uszkodzenia CUN
- b) powtarzające się straty/separacje
- c) trudności w komunikacji werbalnej
- d) niski poziom inteligencji, prowadzący często do trudności w radzeniu sobie z problemami życia codziennego i zwiększający tym samym podatność na zaburzenia zdrowia psychicznego
- e) zaburzenia życia rodzinnego, zaburzenia zdrowia psychicznego rodziców, trudności wychowawcze
- f) niski poziom kompetencji społecznych mogący zaburzać interakcje z rówieśnikami i innymi osobami, w konsekwencji mogący prowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego
- g) niska samoocena będąca wynikiem powtarzających się niepowodzeń, odrzucenia przez rodzinę/rówieśników
- h) etykietowanie, społeczne naznaczenie osób niepełnosprawnych, wykluczenie społeczne, niewłaściwe postawy otoczenia
- i) bezrobocie, brak perspektyw [19, 20, 21].

Zrezygnowano wreszcie z tezy o odporności osób upośledzonych umysłowo na depresję. Wielu badaczy wskazuje na obecność symptomów depresyjnych nawet już u dzieci upośledzonych [22, 23, 24, 25, 26].

Wyniki licznych badań klinicznych pozwalają stwierdzić, iż w grupie dzieci i osób dorosłych z upośledzeniem umysłowym możliwe jest diagnozowanie tych samych form zaburzeń depresyjnych, jak ma to miejsce w przypadku osób prawidłowo funkcjonujących intelektualnie [9, 10, 11].

Coraz wyraźniej wskazuje się na różnorodność czynników etiologicznych dla depresji w tej grupie osób.

Analiza literatury i badania dotyczące obecności depresji w populacji osób upośledzonych umysłowo pozwalają zwrócić uwagę na kilka zasadniczych tendencji. Po pierwsze – ograniczenia poznawcze, sensoryczne, motoryczne mają wpływ na aspekt komunikacyjny zaburzeń depresyjnych. Zaburzenia rozwoju językowego powodują ograniczenia w werbalnej ekspresji subiektywnie przeżywanych stanów przygnębienia. Po drugie, u osób upośledzonych umysłowo w większym stopniu obserwować można skłonność do uzewnętrzniania stanów emocjonalnych, konfliktów i napięć w postaci zachowań skierowanych bezpośrednio na otoczenie. Wegetatywne i psychosomatyczne reakcje w przebiegu depresji stanowią sposób odreagowania silnych napięć emocjonalnych. Towarzyszy temu stosowanie prymitywnych mechanizmów obronnych. Po trzecie – ograniczone możliwości życiowe osób upośledzonych umysłowo, zubożone kontakty społeczne stanowić mogą źródło poczucia bezradności i beznadziejności, co może być przyczyną lub korelatem depresji.

### **Przyczyny i mechanizmy psychologiczne manifestowanych zachowań**

Pomimo rozpowszechnienia klasyfikacji zaburzeń psychicznych, czynności diagnostyczne, jakie podejmuje się wobec osób niepełnosprawnych, nie są ograniczane wyłącznie do stosowania kryteriów objawowych. Coraz częściej prowadzi się analizę mechanizmów psychologicznych kształtowania się zaburzenia. W stosunku do lat ubiegłych to rzeczywiście nowość. Mechanizmy te rozpatrywane są na gruncie aktualnych ujęć teoretycznych funkcjonujących w psychologii i psychopatologii rozwojowej.

W literaturze wskazuje się na różnorodność czynników etiologicznych zaburzeń zdrowia psychicznego osób upośledzonych umysłowo. I tak, w przypadku depresji rozpoznanie czynników biologicznych mających wpływ na jej wystąpienie jest dość skomplikowane z powodu złożoności interakcji zachodzących między różnymi procesami (rytmy okołodobowe, nauroprzeżywalność, obszary mózgu, układy dokrewne) i trudnościami w konstrukcji narzędzi do badania takich procesów. Analiza czynników psychologicznych (społeczny aspekt depresji niepełnosprawnych intelektualnie) pozwala na skupienie się na szczególnych doświadczeniach rodzinnych, które stanowić mogą przyczynę depresji. Do czynników tych zalicza się: relacje rodzinne jako potencjalną przyczynę depresji (wczesne straty, charakter przywiązania, obecność specyficznych stresorów w dzieciństwie) (por. 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34). Podkreśla się również znaczenie wpływu samej depresji na relacje rodzinne i ich konsekwencje dla funkcjonowania dziecka [15, 16, 35, 36, 37].

## Od modeli jednoczynnikowych do modeli interakcyjnych patologii

Wyniki licznych badań wskazują wyraźnie na prawidłowość, zgodnie z którą bardziej nasilone, negatywne znaczenie dla rozwoju dziecka ma wzajemna interakcja kilku czynników, oddziałujących obecnie lub w innym czasie niż działanie pojedynczego czynnika ryzyka. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w tworzonych wielowymiarowych modelach patologii (dezadaptacji), w których kładzie się nacisk na wzajemną interakcję różnorodnych etiologicznych czynników zaburzeń (czynniki ryzyka) z czynnikami, które zmniejszają prawdopodobieństwo patologii rozwoju bądź też niwelują patologię całkowicie (czynniki ochronne).

Jednym z takich modeli jest model Greenberga [34]. Autor ten proponuje czteroczynnikowy model ilustrujący etiologię dezadaptacji i psychopatologii w dzieciństwie. Cztery wyróżnione przez niego czynniki mają charakter obszarów, które mogą być źródłem niekorzystnych oddziaływań prowadzących do rozwoju patologii. Są to: obszar A – cechy dziecka, takie jak: temperament, funkcjonowanie neurologiczne, podatność biologiczna, nadpobudliwość, zaburzenia rozwojowe; obszar B – obejmujący swym zakresem jakość relacji przywiązaniowych we wczesnym dzieciństwie; obszar C – sposób (jakość) sprawowanej opieki rodzicielskiej; wreszcie obszar D – ekologia rodzinna odnosząca się do zasobów wewnątrzrodzinnych źródeł wsparcia.

Jak wynika z prezentowanego modelu, za cztery główne czynniki ryzyka dezadaptacji, wynikające z czterech tak wyodrębnionych obszarów, Greenberg uważa: nietypowe cechy dziecka (np. zaburzenia rozwojowe), przywiązanie lękowe, brak efektywnych metod sprawowania opieki rodzicielskiej i niepomyślne wydarzenia rodzinne – np. depresja rodzica.

Czteroczynnikowy model dezadaptacji Greenberga pozwala na potwierdzenie tezy, iż to nie same cechy związane z funkcjonowaniem dziecka wpływają na obecność psychopatologii obserwowanej w okresie rozwojowym. Psychopatologia jest wynikiem wzajemnej interakcji wielu czynników związanych tak z dzieckiem, jak i z jego rodzicami, ich funkcjonowaniem, wreszcie z zasobami środowiskowymi, pozwalającymi często na minimalizację skutków wydarzeń negatywnych.

W proponowanym modelu czynników ryzyka należy uwzględnić nie tylko ich liczbę, ale także jakość (czyli potencjalną siłę oddziaływania). Być może niektóre czynniki ryzyka mają większy wpływ na rozwój jakiegoś określonego rodzaju zaburzenia niż inne. Ważny jest także czas wystąpienia i trwania niektórych czynników. W modelu tym Greenberg zakłada, że im więcej czynników współwystępuje w tym samym czasie w procesie rozwoju dziecka, tym większe jest ryzyko powstania zaburzenia.

## Podwójna diagnoza i odejście od fenomenu zaciemniania diagnostycznego

Osoby pracujące bezpośrednio z niepełnosprawnymi intelektualnie doświadczają często sygnalizowanego w literaturze „fenomenu diagnostycznego zaciemniania” [38, 39]. Polega on na tym, iż widoczne symptomy zaburzeń traktowane są jako konsekwencja samego upośledzenia umysłowego, a nie jako rezultat zaburzeń zdrowia psychicznego, którym przypisuje się wtórną wobec upośledzenia umysłowego rolę etiologiczną.

W ciągu ostatnich 15 lat wyraźnie zaznacza się tendencja do odchodzenia od myślenia, iż symptomy zaburzeń zachowania się dziecka upośledzonego umysłowo są wynikiem obecnych u niego zaburzeń rozwojowych, na rzecz interpretacji, iż zaburzenia te mogą być również konsekwencją niezaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych dziecka, izolacji społecznej, odrzucenia czy trudności w komunikacji [15, 40, 41, 42, 43]. Takie podejście ma ogromne znaczenie zarówno dla zrozumienia mechanizmów psychologicznych zaburzeń, jak i dla ich profilaktyki i leczenia, a także dla pomocy dla ich rodzin.

Pojęcia: podwójne rozpoznanie, współwystępowanie chorób i zaburzeń, współchorobowość są różnie interpretowane. Pojęcia te dotyczą wszelkich chorób i zaburzeń, które występują u jednej osoby, jednak najczęściej używa się ich w stosunku do zaburzeń psychicznych [44]. O podwójnym rozpoznaniu mówi się zazwyczaj, gdy dwa zaburzenia występują jednocześnie, ale można spotkać się także z podejściem, w którym pojęcie współchorobowości jest rozciągane na występowanie u tej samej osoby zaburzeń w ciągu całego jej życia, niekoniecznie w tym samym czasie.

Wyniki licznych badań wskazują, iż u osób upośledzonych umysłowo mogą występować jednocześnie symptomy wielu zaburzeń. Pogląd ten różni się wyraźnie od wcześniejszego stanowiska, głoszącego, że określone symptomy są w sposób ścisły przypisane do określonych zaburzeń (model wykluczający). Ta zasadnicza zmiana pozwala na diagnozowanie w ramach zarówno upośledzenia umysłowego, jak i niezależnie od niego innych zaburzeń, w tym zaburzeń afektywnych (depresja, nerwica) czy zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym [11].

#### **Kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR (2000) oraz ICD-10 (1992) wykorzystywane w diagnozie depresji osób z niepełnosprawnością intelektualną**

W procesie diagnozy depresji u osób z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej stosowane są powszechnie kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach: DSM-IV-TR (2000) oraz ICD-10 (1992) [45, 46, 47].

Badacze są zgodni, iż szczególnie trudnym zadaniem jest diagnozowanie depresji u osób znacznie i głęboko upośledzonych umysłowo, gdyż w tych przypadkach bardzo często pojawiają się symptomy niespecyficzne, takie jak: samouszkodzenia, hiperaktywność, stereotypie ruchowe.

Mając na uwadze wyżej wspomniane trudności w diagnozie depresji u osób znacznie i głęboko upośledzonych umysłowo, liczni badacze próbują stworzyć kryteria, które w mniejszym stopniu oparte byłyby na ekspresji subiektywnych stanów, a w większym – bazowałyby na komponentach behawioralnych zaburzeń depresyjnych. Zakończoną powodzeniem próbę w tym zakresie podjął Sovner i Lowry [10], którzy zoperacjonalizowali kryteria depresji dużej i wyodrębnili na podstawie obserwacji wskaźniki depresji, pozwalające na uchwycenie i diagnozowanie jej u osób upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim. Ustalili następujące wskaźniki zaburzeń depresyjnych:

- wygląd depresyjny, zubożona mimika, ubóstwo afektu, zubożona ekspresja zamiast depresyjnego nastroju,

- wycofywanie się z kontaktów, brak reakcji na wzmocnienia zamiast utraty zainteresowania otaczającym światem,
- agresja, autoagresja, zmniejszający się poziom aktywności, pasywność zamiast psychomotorycznego pobudzenia bądź zahamowania,
- pogorszenie się wyników nauki w szkole zamiast trudności w koncentracji uwagi i podejmowaniu decyzji [10].

Wyodrębnione przez autorów i obserwowane w zachowaniu symptomy mogą być łatwo mierzone i zliczane celem dokonania diagnozy. Miarom tym podlegać mogą m.in.: liczba uśmiechów w ciągu dnia, godziny, odpowiedzi dziecka na preferowaną dotychczas aktywność, długość i częstotliwość występowania epizodów płaczu, liczba czasu spędzonego samotnie w pokoju, utrata bądź przybranie na wadze, ilość czasu spędzonego w łóżku czy też liczba godzin snu dziecka [10].

Cooper i Collacott [za:13] badali przydatność kryteriów opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i diagnostycznych kryteriów badawczych (DCR World Health Organization, 1993) opracowanych na podstawie ICD-10 (1992, WHO), które są zgodne z kryteriami diagnozy depresji stosowanymi przez psychiatrów. Powszechnie opisywanymi symptomami depresji były: depresyjny nastrój, wycofywanie się z kontaktów społecznych, anhedonia, zaburzenia łaknienia, męczliwość, utrata energii, zahamowanie psychoruchowe, zaburzenia snu, hipochondria, agresywność, zahamowanie mowy. Okresowe myśli o śmierci, poczucie beznadziejności i poczucie winy ujawniają się znacznie rzadziej. Autorzy ci kwestionują zasadność stosowania kryteriów zawartych we wspomnianych powyżej systemach klasyfikacyjnych do diagnozy depresji u osób z zaburzeniami rozwojowymi. Proponują w tym zakresie własne kryteria. Wymienione przez nich symptomy powinny się utrzymywać co najmniej od dwóch tygodni i nie mogą być konsekwencją nadużywania narkotyków bądź zaburzeń organicznych, na przykład otępienia. Zmiany te powinny być wyraźne i odmienne od stanu przedchorobowego. Wskazują, iż aby zdiagnozować depresję u osób dorosłych z zaburzeniami rozwojowymi, muszą wystąpić co najmniej cztery z poniższych symptomów, włączając symptom (a) i (b):

- a) depresyjny nastrój lub drażliwość
- b) utrata zainteresowania dotychczasowymi formami aktywności lub wycofywanie się z kontaktów społecznych, lub redukcja liczby wypowiedzianych słów, lub niezdolność do zadbania o siebie w zakresie podstawowych czynności
- c) utrata energii
- d) utrata pewności siebie, poszukiwanie otuchy
- e) wzrastająca gwałtowność lub skłonności hipochondryczne
- f) redukcja zdolności do koncentracji, niezdolność do podejmowania decyzji
- g) wzrastająca agresywność lub napady złości, lub narastające problemy w zachowaniu
- h) pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe
- i) zaburzenia apetytu lub znaczący spadek, lub przybranie na wadze
- j) zaburzenia snu
- k) obecność manii w ciągu życia pacjenta lub odporność na leczenie lekami antydepresyjnymi [13].

Kryteria te są więc nieco odmienne od tych, które spotkać można w klasyfikacjach psychiatrycznych (por. DSM-IV 1994; DSM-IV-TR 2000, ICD-10 1992).

Wskazywane powyżej różnice w obrazie klinicznym zaburzeń u osób o zróżnicowanym poziomie funkcjonowania intelektualnego stanowią dość duże utrudnienie dla diagnostów. Znalazło to między innymi swój wyraz w opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia suplemencie do klasyfikacji ICD-10 – *ICD-10. Guide for mental retardation*, gdzie znaleźć można informacje na temat obrazu klinicznego i przyczyn zaburzeń w populacji osób upośledzonych umysłowo.

### **Doskonalenie metod pomiaru depresji u osób niepełnosprawnych intelektualnie**

Liczni autorzy [11, 45, 46] wskazują na użyteczność narzędzi do pomiaru depresji u dzieci w badaniu dzieci upośledzonych umysłowo wtedy, gdy ich ilorazy inteligencji nie są niższe niż 55 [11]. Pociąga to za sobą coraz powszechniejsze stosowanie w tej grupie osób tych samych narzędzi, które używane są do pomiaru depresji u dzieci prawidłowo rozwijających się. Narzędzia te podzielić możemy na cztery zasadnicze grupy: arkusze samooceny [47, 48], wywiady kliniczne, obserwacja kliniczna, oceny nauczycieli, rodziców i rówieśników.

Matson, Barrett, Helsel [12] badając depresję u 31 dzieci o zróżnicowanym poziomie funkcjonowania intelektualnego, obojga płci oraz w różnym wieku, porównali ich wyniki z rezultatami grupy dzieci w normie intelektualnej z diagnozą depresji. W badaniu użyto kwestionariusza M. Kovacs – Child Depression Inventory (CDI), oraz Child Behavior Checklist (CBCL), narzędzia opracowanego przez Achenbacha i Edelbrocka. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną uzyskały istotnie wyższe wyniki zarówno w CDI, jak i w Child Behavior Checklist. Przeprowadzona analiza czynnikowa kwestionariusza CDI wykazała istotnie wyższe wyniki dzieci niepełnosprawnych w odniesieniu do zachowania afektywnego, oraz czynnika wina/irytacja [12] Autorzy wskazują na użyteczność CDI oraz CBCL w badaniu dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Dosen [11] podkreśla jednak, iż w podejściu klinicznym do depresji u dzieci z upośledzeniem umysłowym konieczna jest diagnoza oparta na całokształcie badań psychologiczno-pedagogiczno-lekarskich dziecka, zamiast jednostronnej diagnozy psychometrycznej. Diagnoza kliniczna powinna obejmować swym zakresem: szczegółową analizę rozwoju dziecka, historię rodziny, badanie lekarskie (ogólne, neurologiczne, genetyczne, biochemiczne), badanie psychologiczne (rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny, rozwój osobowości), szczegółowe badanie psychiatryczne, pedagogiczne. Tylko takie postępowanie gwarantuje sukces diagnostyczny i przyjęcie dziecku z właściwą, fachową pomocą.

Bouras [21] wskazuje, iż w procesie diagnozy depresji u osób niepełnosprawnych intelektualnie powinno brać się pod uwagę następujące obszary: wynik testu depresyjności, ekspresję oraz zachowania motoryczne, społeczną aktywność dziecka, jego osiągnięcia szkolne, strategie radzenia sobie z problemami życia codziennego, stosunek do siebie, innych i świata, funkcjonowanie poznawcze, osobowościowe oraz specyfikę procesów atrybucyjnych.

### **Od diagnozy negatywnej do diagnozy pozytywnej – jakość życia osób upośledzonych umysłowo**

W ostatnich latach wyraźnie, w myśleniu psychologów klinicznych zajmujących się wyjaśnianiem przyczyn i mechanizmów zaburzeń u dzieci, pojawiła się nowa orientacja: ku zasobom. Oznacza to akcentowanie znaczenia potencjału psychicznego osoby, który umożliwia zaspokajanie potrzeb własnych, osiąganie sukcesów, czerpanie radości, ale również – nawiązywanie i utrzymywanie dobrych relacji z innymi oraz aktywny udział w życiu społecznym. Psychologia pozytywna nie tylko podkreśla wyraźnie potrzebę uwolnienia dziecka od cierpienia, ale zaznacza także konieczność wyposażenia go w możliwości jego pokonywania i rozwój takich właściwości osobowych i kompetencji, które mogą chronić je przed cierpieniem (pozytywny wymiar zdrowia psychicznego) [8].

W literaturze i prowadzonych badaniach coraz wyraźniej zaznacza się tendencja do odchodzenia od medycznego modelu niepełnosprawności, z jego akcentowaniem patologii i deficytów w funkcjonowaniu, na rzecz poszukiwania tego, co pomimo niepełnosprawności jest możliwe, a także co jest wspólne w rozwoju dziecka niepełnosprawnego i wszystkich innych dzieci. Myślenie typu: „co nie funkcjonuje w dziecku”, zostaje zastąpione pytaniem: „dlaczego nie funkcjonuje”, czemu towarzyszy poszukiwanie mechanizmów psychologicznych manifestowanych zachowań w obrębie czynników natury biologicznej, społecznej i wzajemnej interakcji między nimi [7, 8].

Koncepcja diagnozy pozytywnej Obuchowskiej [49], z akcentowaniem, tego co w dziecku silne i niezaburzone, zbliża nas do rozumienia pojęcia jakości życia osób upośledzonych umysłowo. Hughes i współpracownicy [50], na podstawie wyników badania jakości życia, wykazali powiązanie pomiędzy wielostronnymi pomiarami kompetencji indywidualnych (umiejętności życiowe, kompetencje społeczne) a wskaźnikami skutecznego przystosowania się i jakości życia. Autorzy ci wskazują na takie aspekty funkcjonowania odnoszące się do jakości życia, jak: samopoczucie emocjonalne i satysfakcja osobista, relacje i interakcje społeczne, samopoczucie fizyczne, samookreślenie, autonomia, możliwości wyboru, życie i integracja w społeczności.

Podejmowane są wciąż próby mierzenia jakości życia osób upośledzonych umysłowo. Koncentrują się one zarówno na wskaźnikach obiektywnych, jak i subiektywnych. Te pierwsze odnoszą się do warunków zewnętrznych, takich jak zdrowie, opieka społeczna, edukacja, warunki mieszkaniowe, sąsiedztwo. Wskaźniki subiektywne dotyczą jednostkowych ocen samopoczucia fizycznego, satysfakcji materialnej, relacji międzyludzkich i indywidualnego rozwoju. Badania te najszerszej prowadzone są w Stanach Zjednoczonych [51], jednak coraz częściej podejmowane są również w Polsce [52, 53].

Wyniki prowadzonych badań pokazują, iż jakość życia doświadczana jest wtedy, gdy zaspokojone są podstawowe potrzeby jednostki i gdy ma ona takie same jak inni możliwości realizowania zadań i osiągania swoich celów w najważniejszych dla siebie obszarach życia. Ocena jakości życia to odpowiedź na pytanie: Jakie jest nasze życie – dobre czy złe? Dobre życie oznacza, że każdy bez względu na to, czy jest pełnosprawny czy niepełnosprawny, ma możliwość określenia biegu swojego życia i stworzenia warunków egzystencji opartych na swoich pragnieniach i potrzebach.

Zarysowane zmiany w podejściu do problemu zaburzeń zdrowia psychicznego (w tym depresji) osób upośledzonych umysłowo pozwalają żywić nadzieję, iż w jeszcze większym stopniu niż dotychczas obecne one będą w kształtowaniu podstaw filozofii i praktyki różnych form pomocy tej grupie osób. Prawo do zdrowia psychicznego uwzględnione jest w wielu deklaracjach i konwencjach Organizacji Narodów Zjednoczonych. Ważność podjętej problematyki znajduje swoje odzwierciedlenie również w projektach realizowanych przez Unię Europejską, między innymi w projekcie „Włączanie promocji zdrowia psychicznego do polityki, praktyki i systemu opieki zdrowotnej różnych krajów”.

### **Современный подход к проблеме наличия депрессии и нарушений психического здоровья у умственно отсталых людей**

#### **Содержание**

В статье обсуждены вопросы изменения подхода к оценке психического здоровья и депрессии у умственно отсталых людей. Автор обсуждает проблемы подверженности, устойчивости и типичности нарушений психического здоровья у умственно отсталых лиц, диагностические критерии и методы оценки. Большая часть представленных в статье вопросов, относится к изменениям в подходе к проблеме депрессии и нарушений психического состояния у умственно отсталых людей.

### **Zeitgenössische Einstellung zur Depression und Störungen der psychischen Gesundheit bei Personen mit Geistesschwäche**

#### **Zusammenfassung**

Im Artikel wurden die Veränderungen in der Einstellung zu den Problemen der psychischen Gesundheit und Depression bei geistesschwachen Personen besprochen. Der Autor bespricht die Anfälligkeit, Immunität und das Typische der Störungen der psychischen Gesundheit bei Geistesschwachen, ihre diagnostischen Kriterien und Abmessungsmethoden. Der meiste Teil von den im Artikel geschilderten Ansichten betrifft die Veränderungen in der Einstellung zum Problem der Depression und Störungen der psychischen Gesundheit bei Geistesschwachen.

### **L'approche contemporaine du problème de la présence de la dépression et des troubles de la santé mentale des personnes souffrant du retard mental**

#### **Résumé**

L'article décrit les changements de l'approche des problèmes de la santé mentale et de la dépression des personnes souffrant du retard mental. L'auteur présente les problèmes de : susceptibilité, immunité, caractère typique des troubles psychiques des personnes qui souffrent de retard mental, critères diagnostiques, méthodes de les mesurer. La majeure partie de conceptions présentées concerne les changements de l'approche du problème de la présence de la dépression et des troubles de la santé mentale des personnes souffrant du retard mental.

#### **Piśmiennictwo**

1. Czabała Cz. *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.

3. The ICD-10. *Classification of mental and behavioural disorders. W: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneve: WHO; 1992.
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington, DC; American Psychiatric Association; 1994.
5. Webster TG. *Unique aspects of emotional development in mentally retarded children. W: Menolascino FJ, red. Psychiatric approaches to mental retardation*. New York: Basic Books; 1970.
6. Gilson SF, Levitas A. *Psychosocial crises in the lives of retarded people*. Psychiatr. ASP. Ment. Petard. Rev.1987; 6: 27–32.
7. Orwid M. *Czynniki psychospoleczne w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
8. Obuchowska I. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*, W: Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 2005.
9. Dosen A, Menolascino F. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990.
10. Sovner R, Lowry M. *A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation*. Habilitat. Ment. Healthcare Newslett. 1990; 9: 55–61.
11. Dosen A. *Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioral disorders in mentally retarded individuals: the state of the art*. J. Disabil. Res. 1993; 37: 1–6.
12. Matson JL, Barrett RP, Helsel WJ. *Depression in mentally retarded children*. Res. Develop. Disabil. 1988; 9: 39–46.
13. Bouras N. *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge: University Press; 1999.
14. Meadows G, Turner T, Campbell L, Lewis SW, Reveley MA, Murray RM. *Assessing schizophrenia in adults with mental retardation: a comparative study*. Brit. J. Psychiatry 1991; 158: 103–115.
15. Rola J. *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej; 1996.
16. Rola J. *Melancholia w rodzinie. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej; 2004.
17. Fraser W, Nolan M. *Psychiatric disorders in mental retardation*. W: Bours N, red. *Mental health in mental retardation, recent advances and practices*. Cambridge: University Press; 1994.
18. Tonge BJ, Einfels SL, Krupinski J. *The use factor analysis for ascertaining patterns of psychopathology in children with intellectual disability*. J. Intell. Disab. Res. 1996; 40 (3): 198–207.
19. Rutter M, Graham P, Yule W. *A neuropsychiatric study in childhood*. Londyn: Spastics International Medical Publication; 1970.
20. Rutter M. *Pathways form childhood to adult life*. J. Child Psychol. Psychiatry 1989; 30: 23–53.
21. Bouras N, red.. *Mental health in mental retardation. Recent advances and practices*. Cambridge: University Press; 1994.
22. Colbert P, Newman B, Ney P, Joung J. *Learning disabilities as a symptom of depression in children*. J. Learn. Disab. 1982; 15: 333–336.
23. Dosen A. *Depressive conditions in mentally handicapped children*. Acta Peadopsychiatr. 1984; 50: 29–40.
24. Breslau N. *Psychiatric disorder in children with physical disabilities*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1985; 24: 87–94.
25. Reynolds WM, Miller KL. *Depression and learned helplessness in mentally retarded and non-retarded adolescents: An initial investigation*. Appl. Res. Ment. Retard. 1984; 295–306.

26. Burt D, Loveland K, Lewis K. *Depression and the onset of dementia in adults with mental retardation*. Am. J. Ment. Retard. 1992; 5: 502–511.
27. Day K. *Depression in moderately and mildly retarded adults*. W: Dosen A, Menolascino F, red. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publication; 1990.
28. Blacher J. *Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps fact or artifact?* Ment. Retard. 1984; 22: 58–68.
29. Wasserman GA, Allen R. *The behavior development of physically handicapped children in the second year*. Develop. Behav. Psychiatry 1985; 6: 27–31.
30. Crowell JA, O'Connor E. *Mother's conceptualization of parent-child relationships: Relation to mother child interaction and child behavior problems*. Develop. Psychopathol. 1992; 3: 431–444.
31. Crowell JA, Feldman SS. *Mother's internal models of relationships, and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction*. Child Develop. 1988; 59: 1273–1285.
32. Crowell JA, Feldman SS. *Mothers working models of relationships and mother and child behavior during separation and reunion*. Develop. Psychol. 1991; 27: 597–604.
33. Weinfeld NS, Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA. *The nature of individual differences in infant-caregiver attachment*. W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment*. New York, London: The Guilford Press; 1999.
34. Greenberg MT. *Attachment and psychopathology in childhood*. W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment*. New York: The Guilford Press; 1999.
35. Tyra T. *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych*. Białystok: Filia Uniwersytetu Warszawskiego; 1993.
36. Tyra T. *Melancholia rodzinna*. Białystok: Trans Humana 1999.
37. Hammen C. *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
38. Reiss S, Levitan GW, Szyszko J. *Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing*. Am. J. Ment. Defic. 1982; 86: 567–574.
39. Reiss S, Szyszko J. *Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons*. Am. J. Ment. Defic. 1983; 87: 396–402.
40. Bartkiewicz Z. *Nieleśni z obniżoną sprawnością intelektualną w zakładzie poprawczym*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 1988.
41. Obuchowska I. *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP, 1999.
42. Kościelska M. *Spoleczne funkcjonowanie osób upośledzonych umysłowo*. Now. Psychol. 1987; 5: 60–71.
43. Kościelska M. *Spoleczne uwarunkowania funkcjonowania osób upośledzonych umysłowo*. W: Kowalik S, Wałkiewicz S, Nowak S, red. *Optymalizacja oddziaływań rehabilitacyjnych na osoby upośledzone w warunkach DPS*. Leszno: Urząd Wojewódzki; 1987.
44. Habrat B. *Trudności diagnostyczne w przypadku osób z tzw. podwójnym rozpoznaniem*. W: Melder J, red. *Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków: 2004.
45. Love R, Matson JL. *Diagnostic instruments for depression in the mentally retarded*. W: Dosen A, Menolascino F, red. *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon Publications; 1990.
46. Meins W. *Assesment of depression in mentally retarded adults: reliability and validity of the Children's Depression Inventory (CDI)*. Res. Develop. Disabil. 1993; 14: 299–312.
47. Clarizio HF. *Assessment and treatment of depression in children and adolescent*. Brandon, Vermont: Clin. Psychol. Publ. CO.; 1994.

48. Kovacs M. *Children Depression Inventory*. New York: Multi Health Systems, Inc; 1992.
49. Obuchowska I. *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN; 1981.
50. Hughes C, Hwang B, Kim JH, Eisenman LT, Killian DJ. *Quality of live in applied research: a review and analysis of empirical measures*. Am. J. Ment. Retard. 1995; 48: 623–641.
51. Schalock RL, Kenneth D, Keith D, Hoffman K. *Quality of live questionnaire standardization manual*. New York: Mid-Nebraska Mental Retardation Services; 1990.
52. Firkowska-Mankiewicz A. *Badania nad jakością życia osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Społecz. Wszystk. 2000; 2: 4–6.
53. Piotrowicz R. *Poczucie jakości życia w percepcji osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym*. Niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkim prof. A. Giryńskiego. Warszawa: Biblioteka Główna Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2004.

Jarosław Rola  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
Adres: 02-356 Warszawa  
ul. Szczęśliwicka 40

Otrzymano: 7.11.2005  
Zrecenzowano: 16.05.2006  
Przyjęto do druku: 14.09.2006