

DIJAGNOSTIKA I TRETMAN POREMEĆAJA PONAŠANJA I PSIHIČKIH OBOLJENJA KOD OSOBA S MENTALNOM RETARDACIJOM

ANTON DOŠEN*

Primljeno: travanj 2003.

Prihvaćeno: srpanj 2003.

Pregledni rad

UDK: 616.89:376.4

Poremećaji ponašanja i psihička oboljenja se kod osoba s mentalnom retardacijom pojavljuju 3 do 5 puta češće nego kod opće populacije. Uzroci toga povezani su s biološkim i funkcionalnim poremećajima i sa nepovoljnim uvjetima okoline u kojoj ove osobe odrastaju i žive. Prepoznavanje ovih poremećaja i dijagnostika otežana je zbog razlika i nejasnoća u simptomatologiji te zbog teškoća u komunikaciji koje imaju ove osobe. Nedovoljno upućeni stručnjaci najčešće svode tretman na primjenu lijekova te korekcije i kontrolu ponašanja, što obično dovodi do negativnih rezultata. Kako bi osobe s mentalnom retardacijom dobile adekvatnu pomoć i podršku potrebno je specijalno znanje stručnjaka. U Hrvatskoj, nažalost, nema specijaliziranih ustanova ni specijaliziranih psihijataru koji bi mogli pružiti potrebnu psihijatrijsku pomoć ovim osobama. To je razlog neadekvatnoj pomoći i skrbi za njihovo mentalno zdravlje. Iz iskustava u raznim zemljama zapadnog svijeta proizlazi da je za adekvatnu pomoć osobama s mentalnom retardacijom potreban timski rad stručnjaka koji raspolažu specijaliziranim znanjima. U ovom predavanju bit će obrađene neke metode pretraga i dijagnostike unutar multidisciplinarnog tima. Također će biti date najvažnije smjernice i strategija tretmana.

Ključne riječi: Mentalno zdravlje, mentalna retardacija, poremećaji ponašanja i psihička oboljenja

Uvod

Prije nego što prijedem na specifičnosti razvoja skrbi za mentalno zdravlje osoba s mentalnom retardacijom želim dati kratki pregled aktualnih zbivanja na polju skrbi za mentalno zdravlje opće populacije. Ova zbivanja uvjetuju sadašnju situaciju u razvoju skrbi kod osoba s mentalnom retardacijom. Ovo činim i zbog onih ovdje prisutnih koji nisu psihijatri kako bi bolje razumjeli trenutnu situaciju skrbi osoba s mentalnom retardacijom. S porastom urbanizacije, industrijalizacije i individualizacije pojedinca javlja se i porast psihičkih oboljenja. 10% stanovništva industrijski razvijenih zemalja pati od psihičkih bolesti, pri čemu prednjači depresija s oko 5% slučajeva.

Ova problematika zahtjeva adekvatnu organizaciju skrbi za mentalno zdravlje cjelokupne populacije i daje snažan poticaj razvoju stručnog

znanja. U posljednjem desetljeću je, kao rezultat ovih kretanja, vidljiv značajan napredak u raznim znanostima koje su povezane s ovom problematikom, a posebno u psihijatriji.

Vrlo važan korak naprijed za psihijatriju je učinjen savladavanjem dihotomije između organskog i psihičkog. To je dugo bilo predmet žučnih rasprava stručnjaka i time je razvoj ove znanosti bio otežan do te mjere da se dugo nalazila na margini medicinskih i socijalnih znanosti. Danas znamo da je početak psihičkog postojanja na molekularnoj, organskoj bazi i da psihičke funkcije nastaju zajedničkim razvojem organskih, psihičkih i socijalnih aspekata. Na osnovi ovog gledišta stvara se nova psihijatrijska paradigma, paradigma bio-psiho-socijalnog substrata koji je određujući za stanje psihičkog zdravlja i psihičke bolesti. Povezanost i utjecaji između ova tri aspekta nisu hijerarhijski već izjednačeni, nisu jednosmjerni (npr. od biološkog prema psihi-

* Catholic University, Nijmegen, Nizozemska

čkom) već višesmjerni. Tako psihički utjecaj može imati za posljedicu promjene organskih aspekata, a utjecaj okoline promjenu psihičkih aspekata. U nastajanju bolesti najčešće su aktivna sva tri aspekta.

Drugi važan korak naprijed u psihijatriji učinjen je otkrivanjem intracelularnih molekularnih promjena u živčanim stanicama koje uvjetuju promjene u psihičkom funkcioniranju. Naime, do nedavno se mislilo da prvenstveno promjene i poremećaji intercelularnog prijenosa podražaja (za što su poglavito odgovorni neurotransmiteri) dovode do psihičkih poremećaja. Sada znamo da osnova ovih poremećaja leži dublje i to u živčanoj stanici, u njenoj jezgri, u genima i konačno u molekulama DNA te da promjene u DNA imaju dalekosežne posljedice, između ostalog na formiranje sinapsa i intercelularni prijenos podražaja neurotransmiterima. Za ova otkrića zaslužna je nova znanost, molekularna neuro-znanost.

Bez sumnje je da će ove nove spoznaje uzrokovati dalekosežne promjene u dosadašnjoj psihijatrijskoj praksi, a također i u psihologiji. Paralelno sa ovim razvojem znanosti stvaraju se struje unutar psihijatrije koje se vrlo kritički osvrću na dosadašnju psihijatrijsku dijagnostiku i tretman. Dosadašnja dijagnostika zasnovana je uglavnom na izoliranim fenomenima (koje zovemo simptomi) koje povezujemo zajedno u zasebne dijagnostičke entitete ili psihijatrijske sindrome. Ovakva dijagnostika internacionalno je prihvaćena i propagira se preko dva dijagnostička sistema ICD i DSM (ICD -10, WHO 1992; DSM IV, APA 1994). Ovakav pristup dijagnostici ne zadovoljava praktičare jer ne mogu primjenom ove metode izići na kraj sa mnogim praktičnim problemima, posebno kad se radi o djeci, starijim osobama, osobama s razvojnim problemima, osobama iz različitih kultura itd. Paradigma konstantnih simptoma i izoliranih dijagnostičkih entiteta datira od vremena Kahlbauma i Krepelina s kraja 19. stoljeća i, sudeći po iskustvima iz prakse, postoji i danas.

Suvremeni mislioci na ovom polju sve više pridaju važnost izučavanju psihičkih procesa i

poremećaja psihičkih funkcija koje mogu dovesti do nastanka psihičkih bolesti (patogeneza), a ne proučavanju simptoma i sindroma. Neki to nazivaju funkcionalnom psihopatologijom (van Praag, 2000) prema kojoj razvoj psihičkih funkcija, struktura ličnosti i kvaliteta adaptacije na unutrašnje i vanjske faktore igraju bitnu ulogu u psihičkom zdravlju i bolesti. Psihopatološka stanja, prema ovim misliocima, nastaju kao neadekvatna psihička reakcija na štetne unutrašnje ili vanjske utjecaje, odnosno, nastaju kao stanja maladaptacije osobe na određene uvjete.

Na primjer, poremećaj razvoja funkcije govora može dovesti do specifičnih problema u formiranju ličnosti kao i do ozbiljnih problema u komunikaciji i socijalnoj interakciji. Ovo može dovesti do maladaptacije s posljedicom poremećaja ponašanja djeteta, socijalnom anksioznosti, školskom fobijom. Ukoliko nepovoljna (stresna) situacija dugo traje ili se pojača nastaju i dublji psihički poremećaji sa depresivnim i drugim stanjima. Sličan mehanizam nastajanja psihopatoloških stanja (ili patogeneza) može se naći kod niza poremećaja funkcija, kao npr. kod poremećaja kognitivnog razvoja, pervazivnih poremećaja, poremećaja kontrole impulsa, poremećaja regulacije afekta, poremećaja razvoja ličnosti itd.

Na ovaj način se može razumjeti nastanak velikog djela psihičkih bolesti. Ovim zaokretom u dijagnostičkom mišljenju vraćamo se idejama Jaspersa, utemeljitelja fenomenološke psihopatologije sa početka 20. stoljeća (koji je smatrao da izolirani simptomi nisu određujući za dijagnozu, već da su to procesi unutar cjelokupne ličnosti) i ideji Adolfa Mayera, utemeljitelja razvojne psihijatrije iz prve polovice 20. stoljeća (koji je smatrao da su razvojni adaptacijski i maladaptacijski psihički procesi odgovorni za psihičko zdravlje i bolest). Jaka podrška ovim stavovima nađena je u današnjem razvoju neuroznanosti i u razvoju još jedne nove grane znanosti, razvojne psihopatologije.

Ovim novim uvidima u nastanak psihičkih oboljenja omogućuje se lakše, logičko i realističko tumačenje oboljenja pacijentima, njihovo

okolini i širem društvu. Na taj način skida se veo mistike, demonskih sila i genetske degeneracije sa psihičkih bolesti i izjednačuje ih se u mnogočemu sa somatskim bolestima. Psihijatrija se ovim stavlja uz bok drugim medicinskim disciplinama i oboljelima daje nadu u pomoć i izlječenje.

Ovaj uvod trebao bi poslužiti kao podloga tumačenju zbivanja na polju skrbi za mentalno zdravlje osoba s mentalnom retardacijom.

Po modernim nazorima, bitnih kvalitativnih razlika u razvojnim procesima psihe i ličnosti između osoba s mentalnom retardacijom i onih s normalnom inteligencijom nema. Razlike su samo kvantitativne prirode. Prema tome može se pretpostaviti da bitnih kvalitativnih razlika nema ni u nastajanju psihopatologije niti u dijagnostici pa ne bi trebalo biti nikakve razlike ni u mogućnostima pomoći ni rezultatima terapije. Nažalost, razlike u kvaliteti skrbi za mentalno zdravlje kod ove dvije populacijske grupe su očite, čak tolike da bi se trebali zapitati da li uistinu smatramo da su osobe sa mentalnom retardacijom osobe sa istim osnovnim ljudskim potrebama i ljudskim pravima kao što to politički proklamiramo. Može se mnogo reći o razlozima ovakvog stanja.

Problemi razvoja skrbi za osobe s mentalnom retardacijom

U svakom društvu rađa se oko 3% djece koja ne dosegnu kognitivni razvoj viši od IQ 70. 1% pored niskog kognitivnog razvoja ima i takve poteškoće u funkcioniranju da trebaju specijalnu pomoć i računaju se kao kognitivno hendikepirani ili mentalno retardirani. Tu se također ubrajaju i osobe s autizmom i pervazivnim poremećajima. U Hrvatskoj dakle, iako nema točnih epidemioloških podataka možemo računati da ima oko 45.000 ovakvih osoba koja trebaju specijalnu pomoć društva. Prema brojnim epidemiološkim ispitivanjima u mnogim zemljama, zna se da 30 do 50% osoba s mentalnom retardacijom pokazuje probleme ponašanja i pati od psihičkih obol-

jenja. Najčešći problem ponašanja je agresivnost (u oko 10% slučajeva), a od psihičkih oboljenja prednjači depresivnost (u 15 do 20% slučajeva). Za Hrvatsku bi to značilo da od 13 do 22.000 osoba s mentalnom retardacijom s poremećajima ponašanja i psihičkim oboljenjima trebaju stručnu liječničku i drugu pomoć koju bi trebali dobiti u okviru skrbi za mentalno zdravlje.

Da problem bude još veći, ne radi se ovdje samo o oboljelima nego i o onima koji o njima brinu u obitelji, školi, domovima itd. Na svaku osobu s mentalnom retardacijom možemo računati 4 druge osobe koje su s njima u stalnoj komunikaciji. Radi se o oko 54 do 88.000 osoba koje također trebaju pomoć u obliku informacija, savjetovanja, pomoći u kući, terapije i slično. Ovakva pomoć tim osobama trebala bi biti omogućena od strane skrbi za mentalno zdravlje. Sveukupno radi se o oko 100.000 ljudi u Hrvatskoj koji imaju potrebu pomoći za probleme koji su povezani sa poremećajima mentalnog zdravlja kod osoba s mentalnom retardacijom, autizmom i pervazivnim poremećajima.

Koliko sam upućen u stanje na ovom području, u Hrvatskoj nema ni jednog stručnog tima niti jednog psihijatra koji se bave specijalno i isključivo problematikom mentalnog zdravlja ove populacije. Ako to može poslužiti kao neka utjeha, dodat ću da se u mnogim zemljama Europe može naći slična situacija. Radi objektivnosti moram također naglasiti da je u pojedinim zemljama ova skrb u brzom razvoju. Ako se uzmu u obzir veliki i brzi koraci razvoja današnje psihijatrije i skrbi za mentalno zdravlje opće populacije, ovo zaostajanje u skrbi za osobe s mentalnom retardacijom iznenađuje i zabrinjava. Ovakvo stanje može se usporediti sa situacijom dječje psihijatrije pred 40 godina, kad se je još smatralo da psihičkih oboljenja kod djece nema te nije bilo ni potrebe za razvojem dječje psihijatrije. Danas međutim znamo da djeca obolijevaju od psihičkih bolesti u oko 7% slučajeva i da je psihijatrijska služba i općenito skrb za mentalno zdravlje predškolske, školske djece i mladih

neophodna. Pokušavajući naći razloge za ovakvo stanje, a s druge strane u potrazi za adekvatnim rješenjima problema analizirat ću trenutnu situaciju sa tri točke gledišta: s društveno-kulturalne strane, sa stručne strane i sa organizacijske strane.

Društveno-kulturalni faktori

Fenomen mentalne retardacije oduvijek je bio mističan, zastrašujući i socijalno neprihvaćen. U zapadnoj kulturi ovaj fenomen smatrao se donedavno kao ljudski nedostojan, kao kazna božja ili kao stigma manje vrijednosti obitelji ili zajednice. Uzrok ovakvom stavu društva mogla bi biti tradicionalna hipervalorizacija intelekta u zemljama zapadne civilizacije. Sjetimo se Decartesove izreke "Cognito ergo sum". To znači da čovjek kao čovjek postoji zahvaljujući svojoj kogniciji, razmišljanju. Emocionalna strana psihičkog života u ono doba smatrala se nagonskom, životinjskom snagom, nezanimljivom za proučavanje. Još od klasičnih Grčkih vremena inteligencija i znanje bile su smatrane kao najviše ljudske vrijednosti. Takav stav još uvijek je prisutan u zapadnoj civilizaciji u svim slojevima društva. Drugi aspekti psihičkog života kao što su emocionalni, socijalni, moralni, seksualni i drugi bili su u odgojnom, obrazovnom, znanstvenom pa čak i u filozofskom smislu zanemareni i zapašavljeni. Posebno je bio zanemaren i zapravo svjesno potiskivan, emocionalni aspekt. Tek u današnje vrijeme psihologija i medicinske znanosti otkrivaju emocije kao bazu adaptivnih i motivacijskih psihičkih funkcija koje su značajne za psihičko i fizičko zdravlje. To je pogotovo izraženo kod osoba s niskim kognitivnim razvojem. Ova parcijalnost pogleda na psihički život i prenaplašenost kognitivnog dovelo je do toga da su se pedagogija i obrazovanje uglavnom bavili intelektualno normalno razvijenom djecom; psihologija je proučavala isključivo kognitivnu stranu psihe, filozofija se bavila logičko-razumskim shvaćanjem svijeta i postojanja. Jedino se psihijatrija još pozabavila osobama smanjene inteligencije jer se smatralo da je to patološko, bolesno stanje. Bilo je potrebno mnogo vremena, sve do polovice 19. stoljeća, da se shvati da i te

osobe mogu biti psihički zdrave i živjeti u zadovoljstvu i miru sami sa sobom i sa drugima, ali da se mogu i psihički razboliti isto tako kao i oni normalne inteligencije. Zanimljivo je mišljenje nekih povijesnih ličnosti iz različitih povijesnih razdoblja o fenomenu mentalne retardacije. Martin Luther (16. stoljeće) smatrao je, prema pisanju njegovih suvremenika, da su djeca s mentalnom retardacijom roditeljima podmetnuta od đavola, "to je masa mesa bez duše....Đavo im sjedi na mjestu gdje bi im trebala biti duša" bilo je Lutherovo mišljenje (Scheerenberger 1983). Charles Darwin (19. st) imao je 10 djece. Deseto dijete imalo je mentalnu retardaciju i umrlo je nakon napunjene dvije godine. Ostali su dirljivi zapisi oca koji s puno očinske ljubavi i zanosa opisuje vlastito uživanje u igri s tim djetetom, kao i žalost za gubitkom djeteta. Evo nekoliko rečenica iz ovog zapisa "Bilo je to slatko, spokojno, blaženo dijete.... Volio je stajati na mojoj ruci i uživao je kad bih ga bacao u zrak. Tada bi se neprestance smijao i pravio zvukove koji su odavali užitak. Bio sam ga naučio da me ljubi sa otvorenim ustima...Naše malo zlato imalo je kratak, spokojan, nevin i zadovoljan život. Mislim da na koncu nije patio, ali zadnjih 36 sati bilo je jako teško. U smrtnom snu zadržao je svoj spokojan izraz" (Smith 1999). Unatoč ovom duboko emocionalnom doživljavanju vlastitog djeteta, Darwin se nije uspio distancirati od mišljenja i stava svog vremena o djeci s mentalnom retardacijom. U svojoj knjizi "The Descent of Man" on uspoređuje ovu djecu s majmunima i smatra ih genetski degeneriranom, barbarskom rasom. Ovo su dva primjera ljudi koji su svojom karizmom i racijem promijenili tokove razvoja društva, ali nisu se mogli odhrvati nekim kulturalnim stavovima svog vremena. Slične predrasude, strah i potiskivanje emocija racionalnim odbacivanjem, nažalost još su uvijek prisutne kao kulturalne značajke određenih društava. Prema mojim iskustvima, idući od sjevera prema jugu Europe ove kulturološke crte sve se češće i jače zamjećuju.

Ovakvi stavovi još su uvijek aktualni i često imaju ozbiljne posljedice na život osoba s men-

talnom retardacijom i njihovih obitelji. Često obitelj biva socijalno diskvalificirana, a osoba učinjena socijalno nekompetentnom. Neki znanstvenici smatraju da je kod osoba s lakom mentalnom retardacijom upravo ova socijalna nekompetencija najčešći uzrok petjerane socijalne ovisnosti, pomanjkanja autonomije i sukoba sa socijalnim pravilima, što često dovodi do problema ponašanja i psihičkih bolesti. Moje iskustvo je da većina roditelja s vremenom prihvaća negativan stav okoline i donekle se pomiri sa vlastitom sudbinom. Primijetio sam da su organizacije roditelja ove djece u mnogim zemljama manje aktivne nego organizacije roditelja za djecu sa drugim teškoćama. Čini se kao da pokazuju manje inicijative, manje se bore za svoja prava i čak bi se moglo govoriti o nekoj vrsti pasivnosti ili apatije. Sve bi ovo moglo imati značajku neke grupne depresivnosti. Kod drugih roditelja prevladava ljutnja (najvjerojatnije također izraz depresivnosti) ili nepovjerenje prema stručnjacima, ali i ostaloj okolini. No na sreću, imam i druga iskustva gdje su se roditelji hrabro borili s okolinom ili sami sa sobom i gdje su pobijedili. U Nizozemskoj su pred petnaestak godina, roditelji jedne mlade žene s umjerenom mentalnom retardacijom, koja je bila smještena u internat i zbog agresivnog ponašanja stalno bila vezana, privukli televiziju i dnevne novine i prikazali im žalosnu sliku svoje kćeri. Javnost je bila šokirana, parlament se izjasnio da je to nedopustivi tretman za čovjeka, a nadležno ministarstvo moralo je poduzeti hitne mjere da se toj ženi pruži adekvatan tretman u čemu se i uspjelo. Ovaj događaj kao i reakcija društva i vlade imali su povijesni značaj u skrbi za osobe s mentalnom retardacijom u Nizozemskoj jer su se ovim povodom osnovale regionalne organizacije stručnjaka sa ciljem pružanja pomoći najugroženijim slučajevima. Te službe još uvijek djeluju. Drugi slučaj je potpuno drugačiji. Jedna majka je donijela odluku da svoju kćer od 7 godina (Down syndrom) smjesti u internat zbog velikih problema u ponašanju djevojčice. Nakon pregleda djeteta i razgovora s majkom bilo je jasno da je majka bila na kraju svoje psihičke snage i na pragu depresije.

Terapijskim razgovorima majka je uspjela riješiti probleme u pogledu svog djeteta, svog braka i svoje egzistencije. Istovremeno je vidjela promjenu u ponašanju djeteta. Odlučila je dijete zadržati kod kuće. Pet godina kasnije dobivam pismo puno zahvalnosti što smo joj pomogli da donese pravu odluku i da dijete zadrži u obitelji. Iznijet ću i primjer majke koju već nekoliko godina angažiram za predavanja studentima medicine. Ta majka je i sama liječnica i ima kćer od 30 godina s kvadriplegijom i teškom mentalnom retardacijom. Majka priča studentima o svojim majčinskim osjećajima i iskustvima sa mnogobrojnim medicinskim specijalistima i drugim stručnjacima kod kojih je trazila pomoć za svoje dijete. Priča ove majke je puna pozitivnih emocija, smirena, bez žalosti, razočaranja, ljutnje i predbacivanja, čak sa razumijevanjem prema svim stručnjacima koji nisu razumjeli njene potrebe kao ni potrebe njena djeteta kad je tražila pomoć. Studenti obično slušaju kao opčinjeni i ostaju pod jakim dojmom ovog izlaganja.

Majke ovo troje djece s teškoćama u razvoju učinile su ono što Darwin nije uspio. Borile su se za dostojanstvo i socijalnu kompetenciju svoje djece i pobijedile, pobijedile najprije same sebe (svoje prvobitno razočaranje), a nakon toga i steroetipna mišljenja svoje okoline.

Ovo su rijetki primjeri koji u jednoj demokraciji mogu uspjeti i poslužiti kao primjer drugima. Međutim od ovakvih sporadičnih primjera ne treba očekivati značajne promjene u stavovima šireg društva. Za to su potrebna, pored povoda i motivacije kojom se okolina može senzibilizirati, i adekvatna sredstva i vrijeme da bi se došlo do promjena. Ovdje opet imam jedan primjer: Pred 20 godina bio sam u SAD posjetiti tadašnji svjetski ogledni projekt za razvoj kvalitete života i skrbi za mentalno zdravlje tzv. ENCOR projekt kojeg je postavio Frank Menolascino pionir i vodeći stručnjak tog vremena za osobe s mentalnom retardacijom. Frank, s kojim sam se sprijatelji, mi je savjetovao da uključim javne medije ako želim senzibilizirati društvo u Nizozemskoj na potrebe osoba s mentalnom retardacijom i početi sa stvaranjem skrbi

za mentalno zdravlje. U njegovom gradu Omaha se najmanje jednom tjedno na televiziji i u novinama pojavljuju osobe s mentalnom retardacijom u suživotu s ostalim građanima. Veoma me se dojmilo kad mi je Frank pokazao obitelji koje su posvojile i po nekoliko djece s mentalnom retardacijom. Kad sam u Nizozemskoj na mjerdavnim mjestima pričao o roditeljima koji u Nebraski posvajaju djecu s mentalnom retardacijom, odgovorili su mi da takvo nešto ne trebam očekivati u Nizozemskoj jer su Nizozemci preveliki realisti. Danas, 20 godina kasnije, radeći po Frankovom receptu, u Nizozemskoj je nastala organizacija koja se bavi smještajem djece s mentalnom retardacijom, poremećajima ponašanja i psihičkim problemima u za to osposobljene obitelji (Willem de Schriekker Stichting). U Nizozemskoj postoji 750 obitelji koje primaju takvu djecu. Tretmani u ovakvim obiteljima daju dobre rezultate.

Iz ovakvih primjera možemo izvući pouku da su promjene stavova društva moguće, ali da su za to potrebni pokretači i nosioci. Smatram da bi to trebali biti roditelji zajedno sa stručnjacima.

Problemi u struci

Razlikovanje mentalne bolesti i mentalne retardacije datira od prve polovine 19. stoljeća. Esquirol i kasnije Seguin bili su znanstvenici koji su vidjeli razvojni problem, a ne bolest kod osoba s mentalnom retardacijom. Itard i Seguin se zbog toga zalažu za edukacijski pristup ovim osobama (Scheerenberger, 1983). Društvena i znanstvena kretanja druge polovice 19. stoljeća i prve polovice 20. zaustavljaju ovu inicijativu i navlače javno i stručno mišljenje na stranputicu medicalizacije, psihijatrizacije i moralizacije. Pod utjecajem Socijalnih Darwinista (Neo-Darwinista), koji propagiraju pravo opstanka najjačih pojedinaca u društvu i najjačih nacija, i pod utjecajem moralista koji vide pogibelj za društvo u, po njihovu mišljenju, genetskoj, seksualnoj i moralnoj izopačenosti osoba sa smanjenom inteligencijom, stvaraju se veliki internati, pune se psihijatrijske bolnice, poglavito radi zaštite društva. Za vrijeme fašizma u nekim zemljama

dolazi do istrebljenja ovih osoba. Tek 60-tih godina 20. stoljeća krenulo se putem veće tolerancije i oslobađanja ovih ljudi iz društvene izolacije i osiguravanja ljudskih prava. Procesom tzv. normalizacije zatvaraju se veliki internati, otkrivaju se česte psihičke bolesti ovih osoba i pruža im se poseban tretman. Stručnjaci otkrivaju da je za adekvatnu psihijatrijsku pomoć ovim ljudima potrebno specijalno dijagnostičko i terapijsko znanje. U SAD je od 1966. na snazi zakonska odredba da se ovim osobama pruža pomoć u općim ustanovama za mentalno zdravlje. U studij medicine uvodi se kolegij mentalna retardacija. U Engleskoj se od 1971. razvija lokalna skrb, tzv. «Community Care», za mentalno zdravlje osoba sa mentalnom retardacijom. Studenti medicine uče o mentalnoj retardaciji, a specijalisti psihijatrije mogu nakon općeg dijela psihijatrije (tri godine) birati subspecijalizaciju za mentalnu retardaciju koja traje još tri godine. U Nizozemskoj od 80-tih godina postoje specijalizirane ustanove za tretman osoba s mentalnom retardacijom sa problemima ponašanja i psihijatrijskim bolestima. Na studij medicine (na 3. i 4. godini) uvodi se i kolegij mentalna retardacija. Specijalizanti mogu birati 6 mj. do godinu dana staža u specijalnim ustanovama za psihijatriju. U mnogim drugim zemljama dolazi do sličnih procesa. Interes za ovu granu psihijatrije raste među psihijatrima i drugim disciplinama. Na znanstvenom polju bilježi se veliki napredak. Izlaze specijalni časopisi, knjige, organiziraju se znanstveni skupovi, stvaraju se internacionalne i nacionalne udruge za mentalno zdravlje kod osoba s mentalnom retardacijom, kao npr. Europska Udruga za Mentalno Zdravlje i Mentalnu Retardaciju (EAMHMR), američka udruga National Association for Dually Diagnosed (NADD), Sekcija za Mentalnu Retardaciju Svjetske Psihijatrijske Udruge (Section M. R of the WPA) itd. Zaključak je da je psihijatrija ponovno otkrila mentalnu retardaciju i da su osnovni preduvjeti za organizaciju skrbi za mentalno zdravlje ove populacije stvoreni (Došen, 2002).

Problemi organizacije

Za ostvarivanje skrbi za mentalno zdravlje za osobe s mentalnom retardacijom potrebno je specijalističko stručno znanje i timski multidisciplinarni rad: (suradnja između psihijatra, psihologa, pedagoga (defektologa), socijalnog radnika i nastavnika).

U raznim zemljama, gdje je ovakva skrb već ostvarena mogu se naći različiti modeli organizacije, kao npr. specijalizirani centri, specijalizirane jedinice (timovi, odjeli) unutar opće skrbi (centara, bolnica) i lokalni servisi (timske službe). Cilj skrbi je stimuliranje zdravog mentalnog razvoja (rad sa roditeljima, sprečavanje poremećaja (rad sa dječjim vrtićima, školama), liječenje poremećaja ponašanja i psihičkih oboljenja (psihijatrijska dijagnostika i tretman). Ovakva skrb neminovna je komponenta opće skrbi za ovu populaciju i neizostavni faktor u podizanju kvalitete života. U zemljama kao što su Kanada, neke države USA, Skandinavske države gdje više nema internata, raste tendencija da se opća skrb za mentalno zdravlje opće populacije osposobi i za osobe s mentalnom retardacijom kroz adekvatnu izobrazbu kadrova, preko specijaliziranih jedinica i sl. U drugim zemljama postoje specijalizirani centri. Ovakvi centri povezani su sa skrbi za osobe s mentalnom retardacijom i sa skrbi za mentalno zdravlje i čine neku vrstu mosta između ove dvije službe. Problemi organizacije ovakve skrbi povezani su sa stupnjem razvoja opće skrbi, s uvidom društva u potrebe ovakve skrbi, s prioritetima vlade i raspoloživim financijskim sredstvima. Kao što vidite financijska sredstva svjesno stavljam na posljednje mjesto jer smatram da su prvo navedeni faktori važniji jer odlučuju o stvaranju prioriteta za namjenu financijskih sredstava. Kao primjer mogu poslužiti Irska i Finska koje su već prije pozitivnih razvoja zahvaljujući ulasku u Europsku Uniju imale relativno dobro razvijenu skrb za ovu populaciju; Irska prema primjeru Engleske, a Finska prema primjeru Švedske.

Mentalno zdravlje osoba s mentalnom retardacijom u okviru skrbi za mentalno zdravlje opće populacije

U svojoj praksi sa osobama sa mentalnom retardacijom i osobama s autizmom i pervazivnim poremećajima često sam se susreo s istim problemima koji su nekim kolegama dali povoda da tragaju za mogućnostima novog pristupa u psihijatrijskoj dijagnostici i tretmanu opće populacije. Nova znanstvena otkrića potvrđuju ispravnost tog traganja za novim paradigmama (van Praag, 2000). Izolirana fenomenološka dijagnostika poput one koja se upotrebljava u ICD i DSM sistemima nedostatna je za problematiku populacije o kojoj danas govorimo (Došen, 1993). Sagledavanje razvojne, funkcijske i adaptivne problematike osnovno je za razumijevanje patogeneze i aktualnog psihopatološkog stanja pacijenta. Tretman mora biti integrativan i posebno uzimati u obzir osnovne emocionalne potrebe, adaptacijske mogućnosti osobe i uvjete okoline. Te postavke trebale bi biti vodeće smjernice u psihijatrijskom pristupu osobama s mentalnom retardacijom (Došen, 2000). Radeći s ovim osobama imao sam često dojam da se nalazim na izvoru općeljudske, psihičke problematike te da sagledavam primarne i bazalne psihičke procese odgovorne za zdravlje i bolest. Niski nivo kognitivnog razvoja, a pogotovo jednostavnost obrambenih mehanizama i coping procesa čine probleme transparentnim i logičnim. Smatram da sam kroz praksu s ovom populacijom mnogo naučio o običnim ljudima. To je iskustvo i drugih kolega koji rade s ovom populacijom (Došen i Day, 2001).

Želim naglasiti da ovdje nije riječ o posebnoj psihijatriji već o psihijatriji koja razumije probleme ovih ljudi. Slijede dva primjera:

Mat je osoba s lakom mentalnom retardacijom i PDD, ima 25. godina. Primljen je na kliniku zbog paničnih strahova, nemira i destruktivnosti u momentima bijesa. Nakon nekoliko mjeseci njegovo se stanje znatno popravilo. Jednog dana

dolazi i kaže "Doktore, jučer sam izgubio svoju dušu". Ovakva izjava bi kod osobe s normalnom inteligencijom bila povod da se pomisli na tešku patopsihologiju. Kod Mata je ova izjava za mene imala značenje gubitka ili straha od gubitka nečega što je za njega veoma bitno. Od osoblja na odjelu sam saznao da je Mat dan prije imao napadaj panike i da je to najvjerojatnije bila reakcija na vijest da mu je majka bolesna i da se nalazi u bolnici. Ovakva verbalna ekspresija emocija nije rijetka kod osoba s pervazivnim poremećajem i katkad sa svojom neposrednosti, konkretnosti i primarnosti mogu zvučati poetično. Da bi dijagnostičar razumio ovog čovjeka potrebno je da uvažava njegove osjećaje, da razumije sadržaj poruke i da je može protumačiti u cjelokupnom kontekstu pacijenta i njegove okoline. Ovakav pristup nije nov. Jaspers je već početkom ovog stoljeća ukazivao na potrebu holističkog pristupa pacijentu. Čini mi se da smo danas ovaj pristup u dijagnostici zapustili, barem kad se radi o osobama s mentalnom retardacijom. Posljedica je da psihijatri često kod ovih ljudi liječe simptome, a ne cjelokupne psihičke probleme. Pokušaji liječenja agresivnosti medikamentima najčešći su primjer ovakve površnosti.

Drugi slučaj je Jan, osoba s lakom menatnom retardacijom, ima 30. godina. Upućen na kliniku zbog depresivnosti i suicidalnosti. Svoj problem Jan iznosi ovako "Ja ne želim ovako više živjeti. Ja želim biti blizu Isusa Krista, ali kako da dođem k njemu. Ne smijem si oduzeti život jer to Isus zabranjuje." Egzistencijalni problem ovog pacijenta vrlo je jasan, ali i jednostavnost njegove poruke koja znači "trebam zaštitu, sigurnost očeva zagrljaja i njegovu ljubav koja ce mi dati snagu i samopovjerenje tako da mogu nastaviti svoj put". Egzistencijalna problematika u smislu samoće, socijalne deprivacije, straha od gubitka afektivno vezanih osoba, neizvjesne ili negativne životne perspektive, pomanjkanja autonomije i slobode česta je kod ovih osoba i može pruzrokovati teške životne dileme, patnju, sukobe s okolinom kao i depresivna te rjeđe psihotična stanja. Iznenadujuće je kako rijetko neiskusni psihijatri kod ovih osoba prepoznaju i dijagnosticiraju depresiju. Jasno je da u takvim slučajevima ova

bolest ne biva niti liječena. Bez obzira na pomanjkanje dijagnostike lijekovi, ponajviše neuroleptici, se prepisuju vrlo često. Oko 50% ljudi s mentalnom retardacijom uzima psihotropna sredstva, najčešće zbog problema ponašanja. Samo kod 10 do 25% ovih osoba postavljena je psihijatrijska dijagnoza (Došen, 1993).

Broj psihijatara koji se specijalno bave ovom populacijom jako je malen. Kad bi skrb bila osigurana prema potrebama ovih ljudi trebalo bi oko 10% od ukupnog broja psihijatara raditi puno radno vrijeme i specijalizirati se za rad samo s ovom populacijom i njihovim bližnjima. To za Hrvatsku znači da bi oko 30 psihijatara trebalo služiti ovoj populaciji. Skrb za mentalno zdravlje ovih osoba zahtjeva multidisciplinarni rad, što znači da psiholozi, defektolozi i drugi stručnjaci također moraju biti kvalificirani da bi u ovakvom timskom radu mogli surađivati. U raznim zemljama u kojima držim predavanja, ovi nemedicinski stručnjaci se u puno većem broju bave ovom problematikom nego psihijatri.

U Hrvatskoj su preko tzv. Matra projekta (Došen i Igrić, 2002) u kojem su surađivali stručnjaci iz Nizozemske u suradnji sa ER, tijekom tri godine educirani razni stručnjaci iz 16 ustanova za rad na polju skrbi za mentalno zdravlje za osobe s mentalnom retardacijom. Nažalost, psihijatri nam ovdje nedostaju, ali nadam se da će se u skoroj budućnosti naći zainteresiranih. U svakom slučaju jezgra ove skrbi u Hrvatskoj je u stvaranju.

Želim naglasiti da nije slučajno da skrb za osobe s mentalnom retardacijom u ovo vrijeme dobiva toliko pažnje u svim zemljama. Očito je da je razvoj društva dospio u fazu socijalizacije u kojoj svi ljudi imaju istu ljudsku vrijednost i ista ljudskih prava. Očito je da bez ovog niveliranja svih ljudi, onih koji drugačije izgledaju, drugačije misle i osjećaju, koji se drugačije mole bogu, daljnji razvoj socijalizacije nije moguć. Često ponavljam da je skrb za najslabije u društvu mjera humanosti i morala tog društva. Zbog toga sam uvjeren da razvojem skrbi za mentalno zdravlje kod osoba s mentalnom retardacijom čitavo društvo postaje bolje i zdravije.

Literatura

- Došen A. (1993): Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioural disorders in entally retarded individuals: the state of the art; *J. Intellectual Disability Research*, 37, Suppl. 1, 1-7.
- Došen A. (2000): Psychiatric and behaviour disorders among mentally retarded adults; in : Gelder M., Lopez-Ibor J., Andreasen N. (ed.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*; 1972-1979, Oxford Univ . Press, Oxford
- Došen A. , Day K. (2001): *Treating Mental Illness and Behaviour Disorders in Children and Adults with Menatl Retardation*, American Psychiatric Press, Washington
- Došen A. (2002): Mental health in mental retardation; Current development and Future Challenges in Europe; *NADD Bulletin*, 5, 3, 37-42
- Došen A., Igric L. (2002): *Unapredjivanje skrbi za osobe s mentalnom retardacijom*; Ed.-Re. Bib., Zagreb
- DSM IV (1994): *Diagnostcal and statistical manuel of mental disorders*; Am. Psyciat. Press, Washington
- ICD 10 (1992): *Classification of mental and behavioural disorders*; WHO, Geneva
- Smith J. D.(1999): Darwin's last child ; *Menatal reradation*, 12, 504- 506.
- Scheerenberg R.C. (1983): *A history of mental retardation*; Brookes Publ. Baltimore
- Van Praag H.(2000): Nosologomania; A disorder of psychiatry; *J. Biological Psychiatry*, 1, 151-158.

Treatment and diagnosis of problem behavior and psychological problems in children with mental retardation

Abstract

Problem behavior and psychological disabilities are 3 to 5 times more common in children with mental retardation. The causes are related to biological and functional disabilities, and the environment in which those people grow up. Differences and lack of clarity in the symptoms, as well as communication problems render recognition and treatment of those disabilities in children with autism difficult. Professionals do not have enough knowledge and usually use pharmacological treatment, as well as correction and control of behavior, which often leads to negative results. Professionals need to have specialized knowledge to appropriately address the problems of persons with mental retardation. There are no specialized institutions or psychiatrists who can support persons with mental retardation in Croatia. That is the main reason for inadequate support and care for their mental health. Experience of other countries teaches us that team work of professionals with knowledge in different areas of expertise is needed for adequate support. I shall herein analyze diagnostic methods within multidisciplinary team, and the most important guidelines and strategies for treatment.

Key words: *Mental health, mental retardation, problem behavior and psychological problems*