

PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI DJECE I MLADEŽI S MENTALNOM RETARDACIJOM

Ante Došen

NIEUV SPRAELAND

Clinic for Psychiatric and Behavioral Disorders
in the Mentally Retarded
The Netherlands

Pregledni članak

UDK: 376.4

Zaprimljeno: 31. 10. 1994.

Sažetak

U radu se daje objašnjenje nekih pojmova povezanih s problematikom psihijatrijskih poremećaja djece i mladeži s mentalnom retardacijom, kao i statistike učestalosti poremećaja u ponašanju i psihičkih oboljenja kod navedene populacije.

Nadalje, razmatraju se pitanja etiologije navedenih poremećaja i njihove dijagnostike te se detaljno navode dijagnostičke kategorije. Date su i napomene vezane uz tretman a na kraju se razmatra i razvoj brige za mentalno zdravlje mentalno retardirane djece uz neke preporuke.

1. UVOD

Sve do 70tih godina ovog stoljeća uloga psihijatrije, kao discipline, u dijagnostici i tretmanu psihijatrijskih poremećaja kod mentalno retardiranih osoba može se ocijeniti kao minimalna i beznačajna. Istina da su se mentalno retardirane osobe vrlo često mogle naći na kroničnim psihijatrijskim odjelima, ali ne toliko radi tretmana koliko radi permanentne izolacije od vanjskog svijeta. Ovakva situacija bila je karakteristična višemlje za sve industrijalizirane zemlje Europe i Amerike.

U sedmom desetljeću nastaju velike promjene u općoj društvenoj brizi za mentalno retardirane. Idejni pravac tzv. Normalizacije i Integracije (Nirje 1969) prouzrokovao je značajne promjene u shvaćanju životnih potreba mentalno retardiranih i u ophodjenju s ovim osobama. Stručnjaci na polju mentalne retardacije ukazuju na potrebe za socijalnim životom ovih

osoba i otkrivaju emocionalni i širi misaoni i psihički svijet mentalno retardiranih. Pri tome se suočavaju s nizom poremećaja u ponašanju i psihičkim stanjima koja se u mnogome mogu usporediti s psihičkim poremećajima i psihijatrijskim sindromima koji se susreću i kod normalno inteligentnih osoba. U zemljama kao što su Engleska i Sjedinjene Američke Države, istraživači, kao na primjer Penrose, Reid, Corbett, Webster, Menolasciono, Szymanski i drugi, otkrivaju niz psihijatrijskih kliničkih slika koje se mogu protumačiti kao specifični psihički poremećaji u mentalno retardiranih osoba. Dijagnoza kao i tretman ovih stanja traži od dijagnostičara kliničko iskustvo i specijalističko znanje stečeno u praksi s mentalno retardiranim osobama.

Navedeni pioniri na ovom naučnom polju a i mnogi drugi, u raznim zemljama, imaju zaslugu da se u današnjoj psihijatrijskoj literaturi s vremena na vrijeme spominje i obrađuje problematika mentalno retardiranih. Medjutim ovo "dopiranje do svijesti" da i mentalno retardirane osobe mogu imati

psihičkih poteškoća ide još uvijek vrlo polagano. Dok se u nekim zemljama Europe udružuju ustanove i organiziraju stručna udruženja koja se bave ovom problematikom, u drugima se, na ovom području još ništa ne dešava. U pojedinim zemljama, kao naprimjer u Engleskoj i Nizozemskoj, razmišlja se o organizaciji specijalne brige za mentalno zdravlje mentalno retardiranih. Nadamo se da će ovi primjeri biti stimulans za sličan razvoj i u drugim zemljama.

Najozbiljniji problemi s kojima se psihijatri kod ove populacije suočavaju, odnose se na specifične egzistencijalne aspekte mentalno retardiranih i njihovu ulogu u pojavljivanju i tijeku psihičkih oboljenja. Poglavitito, radi se ovdje o pitanjima uloge smanjenih kognitivnih sposobnosti i čestih bioloških odstupanja.

Ova pitanja mogla bi se formulirati kao:

- da li je psihopatologija kod mentalno retardiranih ista kao psihopatologija kod neretardiranih?

- da li simptomi kod ove populacije imaju isti dijagnostički značaj kao kod normalno inteligentnih?

- mogu li se psihički poremećaji kod mentalno retardiranih svesti pod iste psihijatrijske dijagnostičke kategorije kao kod obične populacije?

- da li kod psihički oboljelih mentalno retardiranih dolaze u obzir iste metode terapije kao kod neretardiranih?

Na slijedećim stranicama ova pitanja bit će razmotrena s raznih stajališta. Pri tome će, kao što to naslov ovog rada već najavljuje, pažnja biti posvećena problematici mentalno retardirane djece i mladeži.

2. OBJAŠNJENJE NEKIH POJMOVA

Prije nego što krenemo na daljnje razmatranje ove tematike potrebno je razjasniti što se podrazumijeva pod osnovnim pojmovima mentalne retardacije, psihičke poremećenosti (bolesti) i psihičkog zdravlja.

Nasuprot starijim shvaćanjima da je mentalna retardacija psihički poremećaj (bolest) u današnjoj internacionalnoj stručnoj literaturi, kao i u naprednoj društvenoj praksi brige za mentalno retardirane, stoji se na stajalištu da je mentalna retardacija, ne psihička bolest, već poremećaj psihičkog razvoja.

Prema DSM III (1987) mentalna retardacija je definirana slijedećim kriterijima:

- smanjene kognitivne sposobnosti (na psihometrijskim testovima IQ-70)

- smanjene adaptivne sposobnosti (ograničeni razvoj ličnosti, ograničena mogućnost učenja iz socijalnih iskustava i smanjeno shvaćanje vlastite socijalne odgovornosti)

- poremećaj se pojavljuje u razvojnom razdoblju (prije 18. godine života)

Pojam psihičkog poremećaja ili psihičke bolesti poistovjećuje se s engleskim terminom "mental disorder", a definiran je prema DSM III R kao: "... clinically significant behaviour or psychological syndrome or pattern that occurs in a person and that is associated with present distress or disability or with a significantly increased risk of suffering, death, pain, disability or an important lose of freedom" (u prijevodu: ... klinički signifikantno ponašanje ili psihički sindrom ili stanje koje prouzrokuje patnju i nemoć osobe, ili koje je popraćeno uvećanim rizikom patnje, smrti, bola, nemoći ili gubitka slobode).

Za temu ovog rada vrlo je važno definirati pojam mentalnog zdravlja. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji zdravlje znači "duševno, tjelesno i socijalno blagostanje". Mentalno zdravlje dalo bi se definirati istim riječima. Sa sistemteorijskog i psihodinamskog stajališta mentalno zdravlje bilo bi uvjetovano slijedećim čimbenicima:

- uravnotežena ličnost

- vlastito mjesto i uloga u svojoj okolini

- djelovanje prema vlastitim mogućnostima

Pod uravnoteženom ličnošću podrazumijeva se ličnost koja u temelju ima uravnoteženo razvijene različite psihološke aspekte potrebne za formiranje ličnosti. U

tzv. razvojno-dinamskom pristupu (vidi kasnije) posebno se naglašava važnost ravnoteže između razvoja kognitivnoga, emocionalnoga i socijalnog aspekta ličnosti. Prema ovom stajalištu može se govoriti o uravnoteženoj osobi kad se ova sva tri aspekta razvijaju usporedno, bez obzira na razinu razvoja. Dakle ovdje se ne radi o razini već o ujednačenosti razvoja. Mentalno retardirana osoba, prema tome, također može imati uravnoteženu ličnost. Vlastito mjesto i uloga znači imati valastiti prostor (teritorij) za egzistenciju i u tome prostoru imati određenu prepoznatljivu ulogu u relaciji s drugim osobama. To također znači da taj prostor po veličini i sadržaju mora odgovarati potrebama osobe i da njegova uloga mora biti prihvaćena kako od njega samoga, tako i od drugih u okolini.

Djelovanje prema vlastitim mogućnostima znači imati kako priliku, tako i motivaciju da se vlastita psihička i fizička aktivnost usmjeri k vlastitoj okolini, tako da to djelovanje dovede do zadovoljavajućih promjena.

Ako su svi ovi gore navedeni uvjeti ispunjeni i ako je dotična osoba, tjelesno zdrava, može se ustvrditi da je ta osoba psihički zdrava, neovisno o razini njene inteligencije (Došen 1990).

Ovdje navedenim argumentima želi se naglasiti da se, po novim shvaćanjima, mentalna retardacija kao pojava ne smije poistovjetiti s psihičkim oboljenjem. S druge strane mora se dodati da mentalno retardirane osobe mogu, isto kao i normalno inteligentne osobe, psihički oboljeti.

3. UČESTALOST POREMEĆAJA U PONAŠANJU I PSIHIČKIH OBOLJENJA KOD MENTALNO RETARDIRANE DJECE I MLADEŽI

Mnogi istraživači na ovom području ukazuju na relativno visoku učestalost poremećaja u ponašanju i psihičkih oboljenja u mentalno retardirane djece i mladeži.

Engleski autori kao napr. Rutter e.a. (1970), Corbett (1975, 1985) i Reid (1980, 1985) navode da se ovi poremećaji kod mentalno retardirane djece pojavljuju četiri do pet puta češće (u 40 do 50% slučajeva) nego u ne-retardirane djece.

Švedski autori (Gillberg e.a. 1986) nalaze kod djece s IQ manjim od 50, psihičke poremećaje u 64% slučajeva, a kod djece s IQ između 50 i 70 u 57% slučajeva.

Američki istraživači (Szymanski 1977, Szymanski i Tanguay 1980, Chess 1977, Eaton i Menolasciono 1982) nalaze kod 30 do 50% djece, gore navedene poremećaje.

U slučajevima djece upućene u specijalne ustanove, kliničke ili polikliničke, radi potrebe za stručnom pomoći u odgoju i obrazovanju, nalaze se gore navedeni problemi čak u 80 do 85% slučajeva (Došen 1983, Benson 1985).

Kod teže retardirane djece (IQ2) učestalost poremećaja je znatno viša (Rutter e.a. 1970, Corgett 1975, Gillberg e.a. 1986). Pored ovoga zapaženo je da se kod teže retardiranih, pojedine psihijatrijske dijagnoze češće uspostavljaju nego kod lako retardirane djece. Tako nalaze danski autori (Haracopos i Kelstrup 1978) kod djece s IQ<50 psihotična stanja u 23% slučajeva, dok se kod lako retardiranih, ovo oboljenje našlo u samo 6% djece. Slične nalaze navode i drugi autori (Wing i Gould 1979, Reid 1980). Kod teže retardiranih, pored psihotičnih stanja, učestale dijagnoze su hiperkinetički sindrom, manično-depresivna psihoza i psiho-organski sindromi.

Za razliku od ove djece, kod lako retardiranih, navode se više-manje sve psihijatrijske dijagnoze kao i kod ne-retardirane djece (Gillberg e.a. 1986, Lund 1985, Beck e.a. 1987).

Iz navedenih izvora može se zaključiti da učestalost poremećaja u ponašanju i psihičkih oboljenja kod mentalno retardirane djece, raste razmjerno smanjenju njihovih kognitivnih sposobnosti. Kognitivne sposobnosti također igraju važnu ulogu u

nastajanju vrste poremećaja i u njihovom ispoljavanju.

Prema ovome, izgleda da je nivo inteligencije djeteta od bitne važnosti kako za vrstu psihopatologije koja nastaje u odredjenim uvjetima, tako i za simptomatologiju s kojom se ova psihopatologija javlja.

4. ETIOLOGIJA

Pretpostavljajući da mentalna retardacija nastaje kao posljedica oštećenja mozga, mislilo se svojevremeno da ista oštećenja uvjetuju probleme u ponašanju i psihičke poremećaje u ovih osoba. Danas ima sve više protivnika ove tzv. defekt-teorije. Protivnici se pozivaju na činjenicu da nema znanstvenih dokaza da neko specifično oštećenje mozga može prouzročiti specifični poremećaj u ponašanju ili neko specifično psihičko oboljenje (Shaffer 1977). Razni psihogeni čimbenici i uvjeti sredine igraju, bez sumnje, važnu ulogu u pojavljivanju ovih problema kod mentalno retardiranih (Menolascino 1983, Benoson 1985). U novije vrijeme psihički poremećaji kod retardiranih pokušavaju se sagledati iz tzv. razvojno-dinamičkog kuta (Szymanski 1988, Levitas i Gilson 1987, Došen 1987, 1989, 1990). Prema ovome teorijskom motrištu cerebralna oštećenja, cerebralna disfunkcija i poremećaji u ponašanju nisu sinonimi, već tri različite dimenzije poremećenog razvoja. Biološki čimbenici koji uvjetuju mentalnu retardaciju, stavljaju se u kontekst ontogenetičkog razvoja djeteta i okoline u kojoj se ono razvija. Pojava psihičkog oboljenja određena je sa slijedeća četiri čimbenika: specifični biološki supstrat, specifična psihička konstelacija, specifični uvjeti okoline i specifični tijek razvoja (Došen 1990 A).

Pod specifičnim biološkim supstratom misli se na slučajeve gdje biološki čimbenik (napr. : fragilni x sindrom ili fenilketonurija) može predisponirati dijete tako da u specifičnim uvjetima okoline i u određenom razvojnom razdoblju nastane

određeno psihičko oboljenje (napr. :autističko ili psihotičko stanje).

Specifična psihička konstelacija znači da je ličnost mentalno retardiranog djeteta karakterističnog sastava, vrlo često izgradjena na labavim emocionalnim i socijalnim temeljima i u nepovoljnim okolnostima sklona reakcijama, koje vode do poremećaja u ponašanju ili psihičkog oboljenja (napr. :sklonost depresivnim reaktivnim stanjima pri promjeni sredine ili rastanku od bliskih osoba).

Pod specifičnim uvjetima sredine misli se na velike promjene u porodici pri uočavanju da se njihovo dijete ne razvija kao druga djeca ili kad saznaju dijagnozu mentalne retardacije. Reakcije roditelja i drugih članova porodice mogu biti takve da dovedu do neprihvatanja djeteta ili da prouzroče ozbiljne probleme među članovima porodice. Ovakva sredina je nepovoljna za odgoj i za zdrav psihički razvoj djeteta. Isto tako može biti štetno preveliko nastojanje roditelja da kompenziraju nedostatke djeteta prevelikom stimulacijom ili prejakom zaštitom.

Sa specifičnim tijekom razvoja, podrazumijeva se da kod ove djece tjelesni razvoj ide u diskrepanciji s psihičkim razvojem, a pored toga često se dešava da kognitivni razvoj dodje u diskrepanciju s emocionalnim i socijalnim razvojem, i da se unutar kognitivnoga ili emocionalnog razvoja nađu neujednačenosti. Ovakva stanja mogu dovesti do poteškoća u uočavanju razvojnih potreba djeteta i do neadekvatne interakcije s okolinom. Neadekvatna stimulacija može rezultirati dubljim poremećajima u razvoju i psihičkim oboljenjima.

Postavlja se pitanje mogu li ovi specifični čimbenici dovesti od nastanka specifične psihopatologije u retardiranih osoba, koja se razlikuje od psihopatologije intelektualno normalnih osoba. Na ovo pitanje, ma kako izazovno, nema još odgovora. Za sada se u znanstvenim krugovima na ovom polju smatra da se kod mentalno retardiranih nalazi ista psihopatologija kao kod neretardiranih. Zadnja riječ o ovoj problematici

svakako još nije rečena. Daljnja istraživanja mogu dovesti do drugačijih gledanja.

5. DIJAGNOSTIKA

Što se dijagnostike tiče razni autori imali su razna shvaćanja. Tako je Webster (1970) smatrao da je psihopatologija u mentalno retardirane djece sasvim drugačija nego u neretardirane. Philips i Williams (1975) uvjereni su u suprotno, naime da mentalno raterdirana djeca obolijevaju od sasvim istih psihičkih bolesti kao i neretardirana. Simptomatologija kod retardiranih bi prema ovim autorima bila ista kao u neretardiranih. Opet drugi autori kao Szymanski (1980), Eaton i Menolascino (1982), Corbett (1979) i Reid (1980) smatraju da je psihopatologija ista, ali da simptomatologija kod mentalno retardiranih može biti drugačija nego u neretardiranih.

Ovi zadnji autori upotrebljavaju iste dijagnostičke kategorije za retardiranu kao i za neretardiranu djecu. Engleski autori pri tome upotrebljavaju ICD 9 klasifikacijski sistem, a američki DSM III sistem. Evo nekoliko primjera:

Reid (1980) pravi razliku između slijedećih dijagnoza:

- dječji autizam
- manično-depresivna psihoza
- shizofrenija
- organske psihoze
- poremećaji u ponašanju (hiperkineza, stereotipije, autoagresija)

Corbett (1979) je našao slijedeće dijagnoze kod svoje populacije:

- shizofrenija i paranoidna psihoza (6,5%)
- depresija i manično-depresivna psihoza (5,5%)
- rana dječja psihoza (8%)
- poremećaji u ponašanju i poremećaj razvoja ličnosti (25%)
- bez psihičkih poremećaja (55%)

Menolascino (1989) diferencira dijagnoze prema DSM III sistemu i nalazi slijedeće postotke:

- shizofrenija (25%)

- poremećaji u razvoju ličnosti (12%)
- anksiozna stanja (4%)
- reaktivna stanja (18%)
- psiho-organski sindromi (20%)
- depresivna i manično-depresivna stanja (9%)
- psihoseksualni poremećaji (6%)
- rana dječja psihoza (3%)
- drugo (3%)

Pored ovih fenomenološko-etiološki orijentiranih istraživača ima i onih koji traže specifičnosti psihijatrijskih poremećaja u mentalno retardirane djece. Tako nalazi Lund (1985) tzv. autističke psihoze, a Baron i Sandman (1985) pokušavaju rastumačiti autoagresivno ponašanje sa stajališta biološke psihijatrije.

Više-manje, svi navedeni autori smatraju da je klasični psihijatrijski fenomenološko-etiološki pristup u mnogo čemu neprikladan za dijagnostičku diferencijaciju kod mentalno retardiranih osoba. Također više deskriptivni sistemi, kao npr. DSM III, ne mogu ovdje pokriti odstupanja od uobičajene psihijatrijske prakse. S ovim poteškoćama suočavaju se dijagnostičari pogotovo kod slučajeva s umjerenom i težom retardacijom (IQ<50). Sovner i Hurley (1986) navode četiri razloga za ove poteškoće:

- intelektualni zaostatak; zbog kojega osoba ne može adekvatno izraziti svoje osjećaje i misli,
- psihosocijalno maskiranje; ili pomanjkanje socijalne imaginacije zbog čega simptomi bivaju neadekvatno prezentirani, kao npr. obmane kod iste bolesti mogu biti izražene na drugi način nego kod neretardiranih (kod manične psihoze, ideje veličine su kod mentalno retardiranih rijetke jer te ideje kod ovih osoba nemaju isti socijalni značaj kao kod neretardiranih).
- kognitivna dezintegracija u uvjetima stresa ili naginjanje k regresiji funkcioniranja, tj. psihičkom funkcioniranju na nižoj razini.
- bazično pretjerivanje, ili sklonost reagiranju sa značajnim promjenama u ponašanju kod manje značajnih stresnih situacija.

Ovakvo karakteristično reagiranje mentalno retardiranih osoba traži od dijagnostičara izvjesnu dozu iskustva u radu s ovom populacijom ili odredjenu specijalizaciju u ovom smislu. Na žalost, subspecijalizacija za ovaj posao u većini zemalja ne postoji. U nekim državama SAD i u Engleskoj postoje specijalne katedre psihijatrije za mentalno retardirane, dok u drugim zemljama stručnjaci još nisu na čistu treba li za ovu populaciju specijalna psihijatrija ili ne.

6. RAZVOJNI PRISTUP PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI KOD MENTALNO RETARDIRANE DJECE

Kao što je već prije navedeno u današnje vrijeme mentalna retardacija smatra se poremećajem razvoja. Pri tome se podrazumijeva da retardacija nije kvalitetno već kvantitetno drukčija od normalnog razvoja (Grosman 1983). Mentalno retardirano dijete, po ovoj teoriji, prolazi iste razvojne faze kao i neretardirano, samo što ove faze kod retardacije duže traju i konačni doseg razvoja ostaje na nižoj razini od normalnog.

Uzevši u obzir Piaget-ovu (1955) teoriju kognitivnog razvoja mogu se razlikovati slijedeća četiri stupnja mentalne retardacije:

- teška retardacija ; IQ < 20 ; razvojna dob do 2 god.

- teška retardacija ; IQ 20-35 ; razvojna dob 2 do 4 god.

- umjerena retardacija ; IQ 35- 50 ; razvojna dob 4 do 7 god.

- laka retardacija ; IQ 50 - 70 ; razvojna dob 7 do 12 god.

Kao što se iz navedenoga vidi, u novije vrijeme postoji tendencija da se uz kvocijent inteligencije pri odredjivanju stupnja retardacije spomene i razvojna dob. Ova usporedba nivoa retardacije s razvojem normalnog djeteta određene dobi, može olakšati razumijevanje potreba mentalno retardiranog djeteta i tako pospješiti adap-

taciju okoline na dijete. Međutim, s druge strane, mora se pri ovome ukazati na opasnost prevelike simplifikacije problema retardiranog djeteta. Bez sumnje je da kronološka dob i iskustva koja u ovom vremenu ovakvo dijete sakupi, igraju važnu ulogu u njegovom stavu prema okolini i prema samome sebi. Ova iskustva mogu dovesti do stvaranja novih psihičkih kvaliteta u ovih osoba, čime se postavka o samo kvantitativnoj razlici razvoja kod mentalno retardiranih dovodi u diskusiju. I pokraj ovih ograničenja, razvojni pristup nudi mogućnost boljeg sagledavanja esencijalnih potreba ove djece za optimalno mogući razvoj. Također, s ovog stajališta, dijagnostičaru se pruža mogućnost boljeg sagledavanja uzroka poremećaja u raznim razvojnim aspektima kao i otkrivanja etioloških čimbenika u pojavljivanju poremećaja u ponašanju i psihijatrijskih oboljenja.

Svakom od ova četiri nivoa pripisuje se karakteristični način agiranja i reagiranja (Menolascino 1972). U slučaju gdje se uz kognitivni razvoj paralelno razvijaju emocionalne i socijalne fasete, takvo dijete će u povoljnim uvjetima okoline (u milijeu adaptiranom na potrebe djeteta) pokazivati za svoj nivo, normalno ponašanje. U slučajevima gdje emocionalni i socijalni razvoj dodju u raskorak s kognitivnim, nastaju najčešće inadekvatne reakcije i problemi u ponašanju djeteta, čak i u milijeu koji je naizgled adaptiran na kognitivni nivo djeteta (Menolascino 1977, 1990, Došen, 1987, 1989 A, 1990 A).

Na temeljima razvojnog pristupa psihijatrijskim poremećajima, kod ove djece učinjeni su pokušaji dijagnostičke diferencijacije. Prema tzv. razvojno-dinamičkom modelu (Došen 1987, 1988 a, 1990 a) izdiferenciran je jedan broj deskriptivnih psihijatrijskih dijagnoza, koje se temelje na čestim kliničkim nalazima specifično poremećenoga emocionalnoga i socijalnog razvoja ove djece. Ovaj dijagnostički pristup bit će podrobnije ovdje prodiskutiran.

7. PSIHIJATRIJSKE DIJAGNOSTIČKE KATEGORIJE

U ovom odjeljku, različite dijagnostičke kategorije, kako klasične fenomenološko-etiološke, tako i razvojno-dinamičke, bit će ukratko prodiskutirane. Akcent će biti stavljen na različitosti pojavljivanja ovih poremećaja kod retardirane djece, u usporedbi s normalno razvijenom djecom s istim psihičkim oboljenjima.

7.1. Poremećaji kontakta

Ova dijagnoza potječe iz razvojno-dinamičkog pristupa, a odnosi se na relativno čestu pojavu kod teže retardirane djece, posebice u prvih 5 godina života. Neki autori (Wing i Gould 1979) našli su ovaj poremećaj, čak kod 50% djece do 15 godina s IQ manjim od 50. Kod mentalno retardirane djece upućene na klinički pregled i liječenje zbog problema u ponašanju i psihičkih oboljenja ovo stanje je dijagnosticirano u 15% slučajeva (Došen 1983, 1989).

Kako to već sam naziv kaže, najuočljiviji simptom ovoga poremećaja je odbijanje ili nepodnošenje taktalnog kontakta s odgojiteljem. Ova djeca žive više-manje u svom vlastitom svijetu i preokupirana su radije elementarnim senzornim stimulusima nego socijalnom interakcijom. U mnogo čemu, ova djeca daju dojam infantilnog autizma, i u pravilu manje iskusni dijagnostičar postavlja kod ove djece dijagnozu autizma. Kod boljeg dijagnostičkog uvida, posebice tijekom eksplorativnog tretmana upadaju u oči razlike između ove dvije dijagnostičke kategorije.

Kod poremećaja kontakta dijete nije sasvim neosjetljivo na socijalnu interakciju. Dobrom promatraču upada u oči da ovakvo dijete posebice ima poteškoća s prihvaćanjem senzoričkih podražaja jakog intenziteta. Jaki akustički podražaji, isto tako kao intenzivni vizuelni ili taktilni stimulusi mogu prouzročiti kod ovakvog djeteta uznemirenost, povlačenje u sebe, ili eksploziju bijesa. Tretman temeljen na

usklađenoj senzornoj stimulaciji prema mogućnostima integracije senzornih stimulusa djeteta, pokazuje kod ove djece u pravilu relativno brzo, dobre rezultate. Kako taktilni kontakt, tako se i socijalna interakcija, može značajno popraviti. Ovo unapređenje socijalnoga i emocionalnog razvoja omogućuje djetetu da ubrza napredovanje na kognitivnom polju. Prema kliničkim iskustvima, smatra se da ovaj poremećaj nastaje kao posljedica neadekvatne senzoričke i socijalne stimulacije retardiranog djeteta (Došen 1990 a). Dijete biva blokirano u svom socio-emocionalnom razvoju u pre-attachement fazi u smislu Bowlby-a.

Autistična djeca, u pravilu, pokazuju također ozbiljne probleme u socijalnom kontaktu, ali njihov otpor prema socijalnoj interakciji je upadljivo veći. Pri tomu, izgleda, da se ne radi o problemu senzoričke integracije nego o strahu od socijalnog zbivanja. Pri tretmanu ova djeca mogu pokazati veću toleranciju taktalnog kontakta, ali unatoč tome, njihovo nesnalaženje i neugoda u socijalnoj interakciji ostaje značajan problem.

Prema ovim iskustvima vrlo je važno da se kod ovakve djece postavi ispravna dijagnoza, jer to može biti od presudne važnosti za daljnji tretman kao i za planiranje života djeteta i njegove porodice.

7.2. Psihotička stanja

Prema raznim istraživačima na ovom području, psihotička stanja u mentalno retardirane djece nastaju češće nego u neretardirane djece i uvjetovana su specifičnošću bio-psiho-socijalne retardirane djece (Menolascino 1977, Haracopos i Kelstrup 1978, Gillberg et.al. 1986, Parsons et.al. 1984, Corbett 1985). Učestalost psihotičkih stanja, prema ovim autorima, bio bi u 5 do 20% slučajeva retardirane djece. Učestalost kod umjereno i teže retardirane djece, ocjenjuje se kao značajno viša nego kod lako retardiranih. Tako neki nalaze razne oblike psihoze u čak više u od 50%

ove djece (Gillberg et.al. 1986, Wing i Gould 1979).

Globalno uzevši, ovi autori se slažu da kod mentalno retardirane djece nastaju isti psihopatološki sindromi kao u neretardirane, ali ovdje se mora dodati da je očevidno, da specifični biološki čimbenici u određenim uvjetima okoline, mogu prouzročiti specifične kliničke slike.

Poznato je da kod mentalno normalne djece u različitoj dobi nastaju različiti simptomi i sindromi. Ova dobna podjela može se koristiti za dijagnostičku diferencijaciju i kod mentalno retardirane djece ako se umjesto kalendarske uzme u obzir razvojna dob. Slijedeća tri razvojna razdoblja uzimaju se kao karakteristična za određenu patologiju:

- razdoblje do 3 godine (razvojna dob)
- razdoblje od 4 do 11 godina (razvojna dob)
- razdoblje od 12 do 17 godina (kalendarska dob)

U razdoblju do 3 godine spominju se slijedeće dijagnostičke kategorije:

- Infantilni autizam i pervazivni razvojni poremećaji (prema DSM III: Pervasive Developmental Disorders) sa sekundarnim psihotičkim stanjima.

- Psihotičke reakcije prouzročene stresom ili nepovoljnim uvjetima okoline kao što su anaklitična depresija (Spitz 1945), konzervacijsko povlačenje (Conservational Withdrawal, Engel i Schmale 1973) trijada poremećaja u govoru i socijalnom ponašanju (Ving i Gould 1979) i blokada emocionalnog razvoja (Došen 1987 a).

- Psihotička stanja kao posljedica neurodegenerativnih promjena u CNS-u kao što su dezintegrativne psihoze.

Obilježje svih ovih psihotičkih stanja je, da je simptomatologija, unatoč različitim etiologijama, kod svih ovih tipova psihoze slična, ako ne i ista. Kod ove djece nalaze se simptomi poremećaja osnovnih govornih, socijalnih i motoričkih funkcija, koje prouzrokuju gubitak psihofizičke homeostaze djeteta u njegovoj okolini i usporavaju ili zaustavljaju psihosocijalni razvoj u raznim oblicima. Prema ovim nalazima, izgleda da je simptomatologija u ove djece prije

određena fazom razvoja u kojoj se poremećaj pojavljuje, nego etiologijom bolesti (Došen 1990 a). Mnoga dosadašnja dijagnostička razgraničavanja traže daljnja znanstvena istraživanja da bi se moglo odgovoriti na goruća pitanja kao napr. : da li je dijagnostički opravdano svrstavati infantilni autizam i srodne razvojne poremećaje pod dijagnozu psihoze; da li je dobna granica pojavljivanja simptoma od 30 mjeseci valjana za diferencijaciju između autizma i drugih simptomatski sličnih poremećaja kao što su pervazivni razvojni poremećaji i dezintegrativna psihoza i druga.

U razvojnoj dobi od 4 do 11 godina nalaze se slijedeći oblici psihoze:

- Psihotička stanja kao posljedica neurodegenerativnih promjena, kao napr. : Helle-rova bolest, dezintegrativne psihoze na bazi neuroloških i genetičkih poremećaja kao što su tubero-skleroza, lipoidoze, infantilni spazam, rubeola-embriopatija, fragilni x-sindrom, Rett sindrom i drugi.

- Shizofrenija

- Depresivna i manično-depresivna psihoza

Ovo razvojno razdoblje je karakterizirano većom diferencijacijom simptoma koji omogućuju postavljanje psihijatrijskih dijagnoza sličnih odrasloj dobi kao napr. shizofrenija, depresija i manično-depresivna psihoza. Ova viša diferencijacija simptoma i sindroma, očevidno stoji u vezi s višom diferencijacijom kvaliteta ličnosti i većim kompleksitetom općeg psihičkog života u ovoj razvojnoj dobi.

U kalendarskoj dobi od 12 godina i starijoj, kod mentalno retardirane mladeži najčešće se postavljaju slijedeće dijagnoze:

- Depresivna i manično-depresivna psihoza
- Shizofrenija

- Psihotičke reakcije u pubertetu i ranoj adolescenciji

- Psihotička stanja temeljena na organskim cerebralnim sindromima

Kod ove mladeži govori se, ne o razvojnoj, već o kalendarskoj dobi jer, u pravilu, mentalno retardirana osoba ne može doseći

razinu razvoja višu od 12 godina. Ipak izgleda da fiziološke promjene u ovoj starosnoj dobi mogu imati takav utjecaj na pojavljivanje psihijatrijskih oboljenja da ova dobijaju karakteristike oboljenja u odraslih, mentalno normalnih osoba. Ovdje treba ipak naglasiti određene razlike u kliničkim slikama. Napr.: kod shizofrenije, obmane i halucinacije ne trebaju uvijek biti prisutne (Menolascino 1983), a kod depresivnih psihoza ne nalazi se uvijek depresivnost kao najuočljiviji simptom (Došen 1990 a). Dok shizofrenija i depresivne psihoze pokazuju istu frekvenciju pojavljivanja kao u neretardiranih, psihotičke reakcije psihogenog ili organskog karaktera kod metnlano retardiranih u ovoj kalendarskoj dobi nastaju znatno češće (Došen 1990 a).

7.3. Depresivna stanja

U novije vrijeme nema više sumnje da depresivna stanja svih vrsta mogu nastati u mentalno retardirane djece i mladeži. Dok se depresija psihotičkog tipa pojavljuje u istom postotku kao kod neretardirane djece (oko 2% - Way 1983, Došen 1990 b), drugi tipovi depresije pojavljuju se znatno češće (Way 1983, Lamon i Reiss 1987, Benson 1985, Došen 1990 b). Nalazi istraživača na ovom području govore o učestalosti depresija neurotičkog i reaktivnog tipa u oko 15 % slučajeva upućenih na specijalni psihijatrijski ili psihološki pregled zbog poremećaja u ponašanju ili drugih psihičkih poteškoća. Ova visoka učestalost djelomično se pripisuje nepovoljnim uvjetima sredine u kojoj ova djeca odrastaju. Pri ovome vrlo važnu ulogu igraju stigmatizacija (napr. upadni vanjski izgled) i premala socijalna podrška ovim osobama (Lamon i Reiss 1987). Sa stajališta razvojno-dinamičkog modela, govori se o tzv. razvojnoj depresiji (Došen i Bojanin, 1990). Ovdje se pretpostavlja da depresivno stanje kod ove djece može nastati kao posljedica specifične socio- emocionalne problematike s kojom se ova djeca susreću od svoga ranog djetinjstva i koja s vremenom dovodi

od iscrpljenja kompenzatornih psihičkih snaga i do depresivno obojene egzistencije. Tijek razvoja ovakvog djeteta se usporava a pri težim sukobima s okolinom, mogu nastati izraženija patološka stanja.

Simptomatologija depresije psihotičkog tipa kod mentalno retardirane djece, neovisno o stupnju retardacije, može se svesti na slijedeća četiri tipa simptoma:

- disforija ili žalosno raspoloženje
- promjene vegetativnih funkcija
- promjene u motoričkoj aktivnosti
- iritabilnost

Ove četiri temeljne grupe simptoma karakteristične su takodjer za neretardiranu djecu koja pate od depresije psihotičkog tipa. Kod teže retardiranih, pored ovih simptoma, mogu se često naći agresivnost, autoagresivnost i stereotipije, a kod lako retardiranih smanjeni osjećaj vlastite vrijednosti, smrt kao tema razgovora ili mišljenja, te halucinacije ili obmane s depresivnim sadržajem (Došen 1990 b).

Simptomi neurotičke i reaktivne a isto tako i razvojne depresije, kod mentalno retardirane djece više su ovisni o razini razvoja djeteta nego u slučaju depresije psihotičkog tipa. Kod ovih vrsta depresije vodeći simptom nije depresivno raspoloženje već poremećaj ponašanja. Pri tome problem ponašanja može varirati od izrazite agresivnosti prema drugoj djeci (a katkad i prema odraslima) do upadne povučenosti i pasivnosti. Motorički nemir čest je pratio ovih stanja, a uz to problemi učenja čest su uzrok velikih poteškoća u didaktičkom pristupu ovoj djeci. Problemi jela i spavanja, inkontinencija urina i fecesa te somatske poteškoće mogu biti popratni simptomi. Pokraj ovih simptoma, obično ova djeca pokazuju veliku potrebu da budu prihvaćena i voljena od važnih odraslih osoba. Ovaj simptom nazvan je još "afektivna glad". Ovakvo dijete "gladno je ljubavi" i kad jednom nađe izvor topline i prihvaćanja ne ispušta ga iz ruke. Ovaj simptom uzima se kao prilično karakterističan za razvojnu depresiju i može biti važan oslonac pri dijag-

nostičkoj diferencijaciji prema neurotičnim stanjima (Došen 1984).

7.4. Neurotični poremećaji

Neuroza se, do ne tako davno, smatrala kao "privilegija" normalno inteligentnih osoba. Mentalno retardirana djeca, prema ovom shvaćanju, nisu mogla biti neurotična jer nisu imala izgrađene kvalitete ličnosti koje su potrebne za nastanak neurotičnoga mehanizama. Danas se smatra da djeca s razvojnom dobi 4 godine i starija, mogu razviti razne oblike neuroze od somatskih i hipohondričkih do histeričkih i fobičkih stanja (Reid 1982).

Karakteristični nalazi kod ove djece su slijedeći (Došen 1990 a):

- Poremećaji u ponašanju i motorici

a) pomanjkanje vlastite inicijative ili suprotno: nastojanje da se inicijativa pri komunikaciji stalno drži u vlastitoj ruci (napr.: stalno postavljati pitanja ne čekajući na odgovor).

b) zakočena motorika, nesigurnost ili nespretnost pri kretanju ili suprotno: upadljivi motorički nemir koji raste s porastom zahtjeva od okoline.

- Upadljiv strah od greške (ovaj strah pojavljuje se pri svakoj konfrontaciji djeteta sa zahtjevima okoline).

- Nesigurnost u ophodjenju s odraslima i malo interesa za vršnjake.

- Problemi sa spavanjem, jelom, enureza ili enkopreza.

- Slabo napredovanje u školi ili čak stagnacija kognitivnog razvoja.

Neurotična stanja nadjena su u 10% djece primljene na kliničko liječenje ili dijagnostiku zbog problema u ponašanju i učenju (Došen 1990 a). Sva djeca s dijagnozom neuroze pokazivala su naglašeni strah da ne budu prihvaćena od važnih osoba u okolini ili da budu diskvalificirana zbog njihove nespretnosti i stalnih grešaka. Kod većeg dijela djece, ovi problemi nastali su početkom školske dobi. Može se pretpostaviti da tijekom njihova prijašnjega socioemocionalnog razvoja, ova djeca nisu stekla dovoljno

umijeća i snage da se uhvate u koštac s promjenom koja je nastala s polaskom u školu, gdje naročito važe pravila prestiža i konkurencije. Pored ovoga upravo u školskoj dobi dolaze do izražaja česti nedostaci ove djece kao što su poteškoće govora, poremećaji motorike i senzoričke i drugi. Ne samo problemi kod djeteta nego i porodični problemi, često igraju važnu ulogu u nastanku neuroze. Upadljivo često roditelji ove djece, ne mogu se pomiriti s hendikepom djeteta i pokušavaju na sve moguće načine stimulirati dijete da kompenzira svoj prirodjeni nedostatak, ili nastoje potisnuti spoznaju da je dijete takvo kakvo je, pa traže razlog njegovim neuspjesima izvan kuće; u školi, kod nastavnika i sl. Ova grčevita nastojanja imaju najčešće za posljedicu još veću izolaciju djeteta i još veći njegov osjećaj neprihvaćenosti i ugroženosti. Prisilno-kompulzivna mišljenja i aktivnosti kod ove djece relativno čest su nalaz.

7.5. Problemi u ponašanju

"Poremećaji u ponašanju" vrlo je čest termin, kad se radi o problematičnome mentalno retardiranom djetetu. Mnogi autori smatraju da se ovaj termin upotrebljava kod ove djece tako često jer je dijagnostika psihičkih oboljenja još relativno nerazvijena. S boljim uvidom u uzroke problema ponašanja često se dijagnoza mijenja i dobija značajke fenomenološko-etiološke psihijatrijske dijagnoze.

Ovdje će se obratiti nešto više pažnje pojavama u mentalno retardirane djece kao što su negativističko-destruktivno ponašanje, hiperkinetičko stanje, agresivno, te auto-agresivno ponašanje.

Pod negativističko-destruktivnim ponašanjem (Došen 1990 a) opisuje se problematično ponašanje koje nastaje relativno često u mentalno retardirane djece u životnom razdoblju od 2 do 4 godine, karakterizirano slijedećim simptomima:

- izraziti motorički nemir i kaotično ponašanje

- stalno traženje pažnje, često na izazivački, negativni način
- destruktivnost prema materijalnim objektima i agresivnost prema drugoj djeci
- izražena tvrdoglavost i nepodnošenje odgadjanja ugone
- dijete se ne zna samo zabavljati i igrati
- problemi s jelom i spavanjem
- problemi kontrole sfinktera
- zaostatak razvoja govora

Ovakvo ponašanje može ostati godinama nepromjenjivo i prolongirati se do školske dobi ili čak kasnije. 13% kliničkih slučajeva pokazivalo je ove simptome (Došen 1990 a).

Ovakvo ponašanje često navodi na dijagnozu hiperkinetičkog sindroma ili "conduct disorder" (prema DSM III). Prema kliničkim iskustvima radi se kod ove djece o emocionalnoj problematici i poteškoći individuacije. Naime, izgleda da se kod ove djece motorika razvija brže nego socio-emocionalna spremnost da se uzme odstojanje od tjelesne vezanosti za odgojitelja i da se učine prvi koraci k individuaciji. U ovoj situaciji dijete dolazi u ambivalentno stanje u kome želi istovremeno napustiti krilo majke i zadržati majku uz sebe. Ono kreće u prostor, ali čini apel na majku da bude stalno na doseg njegovih čula. Vrlo brzo ono uočava da agiranje na negativni način daje bolji rezultat kad se radi o pažnji majke nego pozitivne aktivnosti. Tako dijete uči da preko negativističko - destruktivnog agiranja zadrži temelj svoje emocionalne sigurnosti na doseg ruke. Reakcije okoline nesvjesno nagrađuju i podržavaju ovaj način ponašanja.

Hiperkinetički sindrom može se naći kao relativno česta dijagnoza kod mentalno retardirane djece. Neki istraživači na ovom području navode ovu dijagnozu u oko 8% djece (Corbett 1979, Reid 1980).

Karakteristični simptomi za ovaj sindrom su upadljiv motorički nemir, slaba mogućnost pažnje, niski prag frustracije, porast nemira s intenzitetom senzoričkih stimulusa i dr.

Iako još nije sa sigurnošću utvrđeno kojoj etiologiji se ovaj sindrom može pripisati,

mnogi istraživači pretpostavljaju da se ovdje radi o funkcionalnom poremećaju poglavito frontalnog dijela korteksa. Kako je hiperkineza kao simptom vrlo čest nalaz u mentalno retardirane djece, a da se ne radi o hiperkinetičkom sindromu, zbog potreba terapije od velike je važnosti dijagnostička diferencijacija između ovog sindroma i ostalih dijagnoza gdje se pojavljuje ovaj simptom. Kao što je već ranije spomenuto, hiperkineza kao simptom može se pojaviti kako kod psihotičkih stanja, tako i kod depresija, neuroza i negativno-destruktivnog stanja.

Agresivno ponašanje kod mentalno retardirane djece, čini se, pojavljuje se češće nego u ne-retardirane. Uzroci za veću učestalost najčešće se traže među slijedećim, za mentalnu retardaciju specifičnim razlozima:

- disfunkcija određenih dijelova mozga
- naučena reakcija u određenim okolnostima
- obrambeni mehanizam kod frustracija i u prijetećim situacijama
- određena psihička oboljenja

Prema ovome, učestala agresivnost kod ove djece može se pripisati kako njihovom biološkom substratu i specifičnim uvjetima okoline, tako i određenim psihopatološkim stanjima. Zbog adekvatne terapije vrlo je važno da se pravi uzroci otkriju, jer svaki od ovih uzroka iziskuje drugi prilaz tretmanu.

Auto-agresivno ponašanje u mentalno retardirane djece jedna je od najvećih poteškoća s kojom se suočavaju odgojitelji ove djece. Ovaj poremećaj javlja se u 5-10% slučajeva retardirane djece, od čega mnogo veći broj pripada teže retardiranima. Uzroci ovom poremećaju traže se među slijedećim specifičnim aspektima postojanja mentalno retardiranog djeteta:

- primitivna forma izražavanja agresivnosti
- posljedica intenzivne autostimulacije
- posljedica poremećene interakcije s okolinom
- posljedica nekih specifičnih poremećaja CNS-a ili poremećaj metabolizma
- simptom nekih psihičkih oboljenja

Isto kao kod agresivnog ponašanja, auto-agresija se mora uzeti ne kao sindromalna pojava, već prije kao jedan simptom biološkog, psihičkog ili socijalnog poremećaja. Svaki od ovih čimbenika traži drugi terapijski pristup. Otkrivanje ovih uzroka, međutim, iziskuje veliku spremnost i iskustvo dijagnostičara, uključujući dobru opservaciju ponašanja i eksplorativnu terapiju.

7.6. Psiho-organska struja

Mišljenje da organski defekti centralnoga živčanog sustava kod mentalno retardiranih osoba igraju odlučujuću ulogu u njihovim poremećajima u ponašanju i kod psihičkih oboljenja dugo vremena imalo je značajan utjecaj na stav psihijataru prema ovim osobama. Danas istraživači na ovom području smatraju da organski poremećaji mogu igrati ulogu pri nastajanju ovih poremećaja, ali da nema dokaza da bi specifično oštećenje mozga moglo dovesti do nastanka specifičnog poremećaja ponašanja ili specifičnog psihičkog oboljenja (Shaffer 1977, Rutter 1978). U većini slučajeva radi se o nepovoljnom zbroju niza čimbenika, gdje organski aspekt povećava rizik nastajanja oboljenja.

Tako je poznato da djeca s fragilnim x-sindromom naginju k hiperkinetičkom ponašanju ili k autistiformnom stanju (Bregman e.a. 1987), kod adolescenata s Downovim sindromom, nadjena je sklonost k depresivnim stanjima (Szyman-ski i Biederman 1984), kod fenilketonuričkog sindroma nađu se često hiperkineza, autistiformno ponašanje i auto-agresivnost (Parsons e.a. 1984), Gilles de la Tourette sindrom dovodi često do prisilno-kompulzivnih i depresivnih stanja (Corbett i Turpin 1985), a epilepsija može luksirati psihotična stanja (Corbett i Pond 1979, Reid 1982). Poznato je, također, da neki organski sindromi kao napr. Rett sindrom i presenilna demencija tipa Alzheimer bivaju često popraćeni psihotičkim, autističkim ili depresivnim

kliničkim slikama (Drukker 1989, Reid 1982).

Pokraj ovih izrazitih kliničkih organskih sindroma, poremećaji u ponašanju i psihijatrijske kliničke slike, mogu se naći pri manje jasnim nalazima disfunkcije određenih dijelova korteksa ili dubljih moždanih struktura. Uzročna veza između ovih fizioloških poremećaja i kliničkih slika često je nejasna, a dijagnoza ovisi više o kliničkom iskustvu dijagnostičara nego o objektivnim neurološkim i psihijatrijskim nalazima.

7. TRETMAN

Do nedavno, tretman mentalno retardirane djece s problemima u ponašanju i psihijatrijskim poremećajima bio je ograničen na psihofarmakoterapiju i bihevioralnu terapiju. Smatralo se da kod ove djece psihoterapija nema izgleda na uspjeh zbog problema komunikacije i niskog kognitivnog nivoa. U zadnjih desetak godina stručnjaci iz raznih zemalja otkrivaju da se kod ove djece uglavnom mogu primijeniti sve psihoterapijske metode koje su u upotrebi kod intelektualno normalne djece. Pri tom se naglašava da postojeće metode moraju biti prilagodjene mentalnoj razini djeteta i da se komunikacija može odvijati ne samo verbalno, već preko onih senzornih kanala koji su kod djeteta u najboljoj funkciji (napr. : vizuelnim kanalom - upotrebom raznog materijala, taktilnim kanalom - tjelesnim kontaktom s terapeutom i sl.). Pored ovih mogućnosti tretmana, dobri rezultati se navode upotrebom socio-edukativnih metoda, gdje se pažnja poklanja stimuliranju i učenju socijalnog ponašanja, i sistem-teorijskim pristupom, gdje se čitav porodični sistem uzima u tretman.

Kod medikamentnog tretmana treba naglasiti da mentalno retardirana djeca mogu drukčije reagirati na medikaciju nego normalna djeca. Ova pojava, izgleda, stoji u vezi s čestim organskim oštećenjima moždanog tkiva u ove djece, zbog čega ona mogu biti osjetljivija na djelovanje psihofar-

maka ili čak reagirati suprotno od očekivanog (napr. kod upotrebe sedativa umjesto sedacije nastupi ekscitacija, a antidepresivi izazovu pojačanje agresivnoga ili auto-agresivnog ponašanja) (Došen 1988 b). Opće je mišljenje da za poremećaje u ponašanju kao napr. agresivnost, destruktivnost, auto-agresivnost i druge, nema specifičnih medikamenata. Psihofarmaci mogu utjecati tek na neke aspekte ponašanja ali ne i na čitav fenomen. Iskusan kliničar može ovo djelovanje lijeka upotrijebiti kao potporanj za druge terapijske pristupe, kao napr. za psihoterapiju ili bihevioralnu terapiju.

Kako obujam ovoga poglavlja ne dozvoljava detaljniji prikaz raznih psihoterapijskih metoda, ograničit ću se na nabrojavanje nekolicke pristupa i na upućivanje na odnosnu literaturu.

U uporabi su razne psihoterapijske metode, kao napr. : Rodgerijanska metoda (Peters 1989), psihoanalitičke terapije (Hollins 1990 , Sinason 1990) i razvojno orijentirane terapije kao što su reedukacija psihomotorike (Bojanin i Ispanović- Radojković 1990) i terapija odnosom (Došem 1989 b) . Svaki od ovih terapijskih pristupa traži od terapeuta tehniku prilagodjenu djetetu koje se nalazi pod terapijom. To iziskuje od terapeuta određenu dozu inventivnosti i elastičnosti. Unatoč svim nepoznanicama i poteškoćama s kojima se terapeut u ovom radu može suočiti, prema dosadašnjim iskustvima može se izvući zaključak da mentalno retardirana djeca pokazuju povoljne rezultate pri psihoterapiji.

9. RAZVOJ BRIGE ZA MENTALNO ZDRAVLJE MENTALNO RETARDIRANE DJECE

Otkrivanje psihijatrijske problematike kod mentalno retardirane populacije povlači za sobom pitanja oraganizacije odgo-

varajuće brige za mentalno zdravlje. Ovakva organizacija morala bi razvijati kako kurativnu, tako i preventivnu brigu. Kao što je već prije naglašeno, u raznim zemljama zapadne Europe i SAD već su učinjeni prvi koraci k adekvatnijem pružanju pomoći mentalno ugroženim i mentalno retardiranim osobama. Specijalne kliničke i polikliničke ustanove , kao i specijalni timovi za ambulantnu pomoć postoje u raznim zemljama. Ove ustanove bave se ne samo direktnom pomoći ugroženim osobama već igraju važnu ulogu u specijalnoj naobrazbi raznih profila stručnih suradnika. Otvaraju se sveučilišne katedre za psihologiju, pedagogiju i psihijatriju mentalno retardiranih (Menolascino i McCann 1983, Day 1985, Došen 1989 c).

Kao što je već prije naglašeno, cilj ovakve organizacije morao bi , pored ostaloga, biti i rad na prevenciji psihičkih poremećaja. Kako znamo da su mentalno retardirana djeca izložena velikom riziku psihičkih oboljenja, preventivni rad je od esencijalne važnosti.

Specijalni timovi stručnjaka morali bi usko surađivati s drugim stručnjacima na polju društvene brige za dobrobit mentalno retardiranih i pomagati roditeljima da pronađu najbolji put u odgoju i naobrazbi ove djece. Ovi timovi morali bi također surađivati sa školama u koje ova djeca polaze, kao i s drugim ustanovama s kojima ova djeca dolaze u dodir. Ovakva organizacija traži ne samo materijalna sredstva već i visoko specijalizirane stručnjake. Smatra se da bi kod dobre raspodjele broja psihijatarata, s retardiranim moralo raditi 5 do 8 % od ukupnog broja psihijatarata.

Pokraj direktne i indirektno pomoći retardiranoj djeci i njihovim roditeljima, ovakva organizacija služila bi i za unapređenje nauke i znanja na ovom polju.

LITERATURA

1. Baron J., Sandman C. (1985): Paradoxical excitement to sedative - hypnotics in mentally retarded clients; *Am. J. Ment. Def.* 90, 2, 124 - 129.
2. Beck D.C., Carlson G.A., Russell A.T., Brownfield F.E. (1987): Use of depression rating scales in developmentally and educationally delayed adolescents; *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 26, 97- 100.
3. Besnon B.A., (1985): Behaviour disorder and mental retardation; associations with age, sex and level of functioning in an outpatient clinic sample. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 79 - 88.
4. Bojanin S., Ispanovic-Radojković R. (1990): Treatment of depression in mentally retarded children, a developmental approach, in Dosen A., Menolascino F.: *Depression in mentally retarded children and adults*, Logon Publ., Leiden
5. Bregman J.D., Dijkens E., Wetson M., Ort S., Leckman J. (1987): Fragile-x syndrome: Variability of phenotypic expression: *J.Am. Ac. Child psychiat.* 26, 4, 463 - 471.
6. Chess S., (1977): Evolution of behaviour disorders in an group of mentally retarded children. *J.Am. Child Psychiat.* 16, 1 -18.
7. Corbett J., (1979): Psychiatric morbidity and mental retardation, in James, F.E., Snaith, R.P. (ed.). *Psychiatric illness and mental handicap*, Gaskell, London.
8. Corbett J., (1985): Mental retardation, psychiatric aspects, in Rutter, M., Hersoy, L. (ed.). *Child and adolescent psychiatry*, Blackwell scient. Publ., London.
9. Corbett J., Pond D. (1985): The management of epilepsy in: Craft N. Bisknell J., Hollins S. (ed.): *Mental handicap, a multi disciplinary approach*; Bailliere Tindall, London.
10. Corbett J., Turpin G. (1985): Tics and Tourett's syndrome in: Rutter M. Hersov L. (ed): *Child and adolescent psychiatry*, Blackwell Sc. Publ. London.
11. Day K.A. (1985): A hospital based psychiatric unit for mentally retarded adults; *Mental handicap* 11, 137 - 140.
12. Day K.A. (1988): Depression in moderately and mildly mentally handicapped people , in: Dosen A., Engelen P.F.J. (ed.): *Depression in the mentally retarded*; PAOS, Leiden.
13. Day K.A. (1990): Depression in mentally retarded adults; in Dosen A., Menolascino F.J. (ed.): *Depression in mentally retarded children and adults*; in press.
14. Došen A. (1983); *Psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
15. Došen A. (1984): Depressive conditions in mentally handicapped children; *Acta Paedopsychiat.* 50, 29 - 40.
16. Došen A. (1988 A): *Ontwikkeling-dynamische benadering van de diagnostiek van psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen*; *T. voom Psychiat.* 30, 578-594.

17. Došen A. , BOjanin S. (1990): Developmental and biological factors inthe mentally retarded and vulnerability to depression, in Dosen A., Menolascino F.: Depression in mentally retarded children and adults, Logon Publ. Leiden.
18. Došen A. (1988A): Psychofarmaca bij mentaal geretardeerde kinderen. Pharm. Weekbl. 123, 204 - 208.
19. Došen A. (1989 A): Diagnostic and Treatment of mental illness in mentally retarded children; a developmental model; Child Psychiat. and Human Develop. 20, 1, 73-84.
20. Došen A. (1989 B): Terapija odnosom: Terapijski pristup mentalnom oboljenju kod mentalno zaostale djece, Psihijatrija danas, 21, 4, 297-306
21. Došen A. (1987): Razvojno-dinamički pristup dijagnostici psihičkih poremećaja kod mentalno retardirane djece, Psihijatrija danas, 4, 383-388.
22. Došen A. (1989 C): Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen en de behoefte tot vorming van speciale zorg voor geestelijke gezondheid bij deze populatie; in: Dosen A., Flikwert D. (ed.): Zorg voor geestelijke gezondheid bij zwakzinnigen ; NGBZ, Utrecht.
23. Došen A. (1990 A): Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen: Een ontwikkelingsdynamische benadering. Boom, Meppel, Amsterdam.
24. Došen A. (1990B): Depression in mentally retarded children, in Dosen A., Menolascino F.J. (ed.): Depression in mentally retarded children and adults; Logon Publ., Leiden.
25. D.S.M. III-R (1987): Diagnostical and statistical manual of mental disorders - third edition - revised; American Psychiatric Association Washington D.C.
26. Eaton L.F., Menolascino F.J. (1982): Psychiatric disorders in the mentally retarded, types problems and challenges; American J. of Psychiat. 1297-1303.
27. Gillberg. C., Persson E., Grufman M., Themmer V. (1986): Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents; epidemiological aspects. Brit. J. of psychiat. 149, 68- 74.
28. Gilson S.F., Levitas A.S. (1987): psychological crisis in the lives of mentally retarded people; Psychiatric aspects of Mental Retardation Reviews 6, 27-32.
29. Grossman H.J., (1983): Classification in mental retardation; AAMD, Washington.
30. Haracopos D., Kelstrup A. (1978): Psychotic behaviour under the institutions for the mentally retarded in Denmark. J. Aut. and Child Schizo., 1-12.
31. Hollins S. (1990); Psychoanalytic group therapy of the mentally retarded; International congres on treatment of the mentally retarded; Amsterdam.
32. Ineichen B. (1984)): Prevalence of mental illness among mentally handicapped people; discussion paper; J. of Royal Society of Medicine 77, 761-765.
33. Laman D.S., Reiss S. (1987): Social skill deficiencies associated with depressed mood of mentally retarded adults; Am.J.ment. defic., 92, 2, 224-229.

34. Lund J. (1986): Treatment of psychiatric morbidity in the mentally retarded adult; *Acta psychiatr. scand*; 73, 429-436.
35. Lund J. (1988): Treatment of depression in mentally retarded adults; in Dosen A., Engelen P. (ed.): *Depression in the mentally retarded*, PAOS, Leiden.
36. Menolascino F.J. (1977): *Challenges in Mental retardation*, Human Sciences Press, New York.
37. Menolascino, F.J. (1983): Bridging the gap between mental retardation and mental illness; in: Menolascino, F.J. Mc. Cann, B.M. (ed) . *Mental health and mental retardation*, Univ. Park Press., Baltimore.
38. Menolascino F. & McCann B. (1983). *Mental health and mental retardation: Bridging the gap*. Baltimore, Maryland: University Park Press.
39. Menolascino F.J. (1990): Mental retardation and the risk, nature and types of mental illness, in: Dosen A., Menolascino F.J. (ed.): *Depression in mentally retarded children and adults*; in press.
40. Nirje B. (1969): The normalization principles and its human management implications, in Kugel R., Wolfensberger W.: *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*, U.S. Government Printing Office, Washington.
41. Parsons J.A., May J.G., Menolascino F.J. (1984): The nature and incidence of mental illness in mentally retarded individuals; in: Menolascino F.J., Stark J.A. (ed.): *Handbook of mental illness in the mentally retarded*; Plenum Press, New York.
42. Peters H. (1984): *Client centered therapie en gedragstherapie; een aanzet tot integratie*; Swets en Zeitlinger, Lisse.
43. Philips I., Williams N. (1975): Psychopathology of mental retardation: *Am. J. Psychiat.* 132, 12, 1265-1271.
44. Piaget J. (1955): *The child's construction of reality*, Routledge and Kegan, London.
45. Reid, A.H. (1980): Psychiatric disorders in mentally handicapped children: clinical and follow-up study. *J. Ment. Def. Res.* , 24/4. 287 - 298.
46. Reid A.H. (1982). *The psychiatry of mental handicap*. London: Blackwell.
47. Reid A.H. (1985). *Psychiatry and mental handicap*; in: Craft M., Bicknell J., Hollins , S. (ed.): *mental handicap, a multi- disciplinary approach*. Bailliere Tindall, London.
48. Rutter M., Graham P., Yule W. (1970): A neuropsychiatric study in childhood; *clinics in developmental medicine nos. 35/36*. Heinemann/Spastics, International med. publ., London.
49. Rutter M. (1978): Brain damage syndromes in childhood, concepts and findings. In: Chess S., Thomas T., eds. *Annual progress in child development*. New York: Brunner Mazel.

50. Shaffer D. (1977): Brain injury. In. Rutter M., Hersov. L. eds. Child psychiatry, modern approach. London: Blackwell.
51. Sinason V. (1990): Psychoanalytic therapy in mentally retarded individuals; International congress on treatment of the mentally retarded. Amsterdam.
52. Sovner R., Des Noyers-Hurley A. (1986): Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. Psychiatric aspects of mental retardation reviews; 5, 9.
53. Szymanski L.S. (1977): Psychiatric diagnostic evaluation of mentally retarded individuals. J. Am. Ac. Child Psychiat. 16, 67- 87.
54. Szymanski L.S. Tanguay (1980): Emotional disorders of mentally retarded persons, University Park Press, Baltimore.
55. Szymanski L.S., Biederman J. (1984): Depression and anorexia nervosa of persons with Down syndrome; Am. J. Ment. def., 89, 246 - 251.
56. Way M.C. (1982): The symptoms of affective disorder in severely retarded children; Paper to VI IASSMD Congress, Toronto.
57. Webster T.G. (1970): Unique aspects of emotional development in mentally retarded children; in Menolascino F.J. (ed.): Psychiatric approaches to mental retardation, Basic Books, New York.
58. Wing L., Gould D. (1979): Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children; epidemiology and classification. J. Autism and Develop. Dis., 9, 11- 29.

PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN AND YOUTH WITH MENTAL RETARDATION

Summary

Explanation of some concepts connected with the problem area of psychiatric disorders in children and youth with mental retardation is given, as well as the statistical survey of the incidence of the behavioral and psychic disorders in this population.

Questions of the etiology of these disorders and their diagnostics are discussed and detailed diagnostic categories are presented as well. Some comments about the treatment and the care for mental health in children with mental retardation are given together with recommendations.