

Psihopatologija kod osoba s intelektualnim teškoćama

Raguž, Anastazija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:659578>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-28**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Psihopatologija kod osoba s intelektualnim
teškoćama

Anastazija Raguž

izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović

prof.dr.sc. Daniela Bratković

Zagreb, rujan 2023

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Psihopatologija kod osoba s intelektualnim
teškoćama

Anastazija Raguž

izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović

prof.dr.sc. Daniela Bratković

Zagreb, rujan 2023

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Psihopatologija kod osoba s intelektualnim teškoćama* i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Anastazija Raguž

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2023.godine

Psihopatologija kod osoba s intelektualnim teškoćama

Studentica: Anastazija Raguž

Mentor: izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović

Sumentorica: prof.dr.sc. Daniela Bratković

Modul: Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

Sažetak rada: Nekada se mislilo da su nepoželjni oblici ponašanja značajka intelektualnih teškoća samih po sebi i da osobe s IT-om ne mogu doživjeti emocionalni stres. Suprotno prijašnjim vjerovanjima, danas znamo da se kod osoba s intelektualnim teškoćama poremećaji u ponašanju i psihički poremećaji pojavljuju nekoliko puta češće nego u općoj populaciji. Uzroci mogu biti povezani s biološkim, psihološkim i genetskim osobinama, ali i s nepovoljnim uvjetima okoline u kojoj ove osobe odrastaju i žive. Teži stupanj intelektualnih teškoća znači i ozbiljnije psihičke poremećaje. Zbog nejasnoća u simptomatologiji i problema u komunikaciji ovih osoba, postoje određene teškoće kod prepoznavanja, dijagnostike i klasifikacije poremećaja njihovog mentalnog zdravlja. Zbog pružanja prikladne pomoći i podrške i podizanja razine kvalitete života psihički oboljelih osoba s intelektualnim teškoćama, potrebno je specijalno znanje i iskustvo kliničara na ovom polju.

Cilj ovog diplomskog rada je dati pregled literature o problemima mentalnog zdrava kod osoba s intelektualnim teškoćama. Kroz integriranje spoznaja o intelektualnim teškoćama, naglašava se važnost holističkog i multidisciplinarnog pristupa u dijagnostici i tretmanu poremećaja u ponašanju i psihičkih poremećaja ove populacije osoba. Ovaj pregledni rad pruža uvid u uzroke i pojavnost psihopatologije kod osoba s IT-om, a posebno se osvrće na problematiku organizacije skrbi i kvalitete života ovih osoba. Svakako, za razumijevanje opisane problematike, potrebno je objašnjenje pojmova povezanih s mentalnim zdravljem i psihopatogenezom.

Ključne riječi: problemi u ponašanju, psihički poremećaji, intelektualne teškoće, mentalno zdravlje

Psychopathology in people with intellectual disabilities

Studentica: Anastazija Raguž

Mentor: izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović

Sumentorica: prof. dr. sc. Daniela Bratković

Modul: Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

Abstract: It used to be thought that behaviour problems were a characteristic of intellectual disabilities themselves and that people with intellectual disabilities could not experience emotional distress. Contrary to previous beliefs, today we are aware that behavioral disorders and psychological disorders occur several times more often in people with intellectual disabilities than in the general population. The causes can be related to the biological, psychological and genetic characteristics of the child, but also to the inadequate environmental conditions in which these people live and grow up in. A more severe degree of intellectual difficulties also means more serious psychological disorders. Due to the ambiguities in the symptomatology and communication problems of these people, there are certain complications in the recognition, diagnosis and classification of their mental health disorders. In order to provide appropriate help and support and to raise the quality of life of mentally ill persons with ID, special knowledge and experience of clinicians in this field is required.

The aim of this thesis is to provide an overview of the literature on mental health problems in people with intellectual disabilities. Through the integration of knowledge about intellectual disabilities, the importance of a holistic and multidisciplinary approach in the diagnosis and treatment of behavioral and psychological disorders of this population is emphasized. This review paper provides an insight into the causes and occurrence of psychopathology in people with IT, and it especially looks at the issue of organization of care and quality of life of these people. To understand the described problem, it is necessary to explain terms related to mental health and psychopathology.

Keywords: behavioral problems, psychological disorders, intellectual disabilities, mental health

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Problemska pitanja	3
3.1. Definicija mentalnog zdravlja	4
3.2. Problemi mentalnog zdravlja.....	5
4. Psihopatologija	6
4.1. Definiranje psihopatologije	6
5. Intelektualne teškoće	7
5.1. Definiranje intelektualnih teškoća.....	7
5.2. Dijagnostički kriteriji	8
5.3. Klasifikacija intelektualnih teškoća.....	9
5.4. Etiologija	10
5.5. Epidemiologija	11
6. Mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama	12
6.1. Specifičnosti mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama.....	12
6.2. Problemi u ponašanju i intelektualne teškoće.....	14
6.3. Psihički poremećaji i intelektualne teškoće.....	15
6.3.1. Poremećaji kontakta i IT	17
6.3.3.2. Psihoza i IT.....	17
6.3.3.3. Depresija i IT.....	18
6.4. Psihijatrijska dijagnostika.....	19
6.4.1. Pristupi u dijagnostici psihopatologije	19
6.4.2. Instrumenti za procjenu psihopatologije.....	21
6.5. Tretman i liječenje.....	23
6.6. Etiologija	28
6.7. Epidemiologija	30
7. Organizacija skrbi.....	32
8. Kvaliteta života.....	34
9. Zaključak	35
10. Literatura	37

1. Uvod

Pojam mentalnog (psihičkog) zdravlja definiran od strane Svjetske zdravstvene organizacije podrazumijeva uravnoteženost, posjedovanje mjesta i uloge u okolini pojedinca i djelovanje osobe u skladu s vlastitim mogućnostima (WHO, 2007; prema Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković, 2013). U okviru psihodinamske i sistemske teorije mentalno zdravlje uvjetovano je uravnoteženom ličnošću, vlastitim mjestom i ulogom u okolini i djelovanjem prema vlastitim mogućnostima (Došen, 1994). Pojedinaac koji uz tjelesno zdravlje posjeduje i navedene značajke je psihčki zdrava osoba, neovisno o stupnju inteligencije (Došen, 1990; prema Došen, 1994). Temelj mentalnog zdravlja u mladoj i odrasloj dobi je mentalno zdravlje u ranoj dobi, stoga suvremeni pristup mentalnom zdravlju u središte stavlja dijete smješteno unutar različitih sklopova utjecaja unutar kojih djeluju zaštitni i rizični čimbenici (Ljubešić, 2010; prema Ključević i sur., 2016). Odstupanje od uobičajenog doživljavanja ili ponašanja može biti kategorizirano kao psihčki simptom, poremećaj ili bolest, ali ne neophodno i loše mentalno zdravlje (Begić, 2014; prema Muslić, Jovičić Burić, Markelić i Musić Milanović, 2020). Psihčki poremećaj je odstupanje u jednoj ili manjem broju psihčkih funkcija, dok psihčka bolest dulje traje u odnosu na poremećaj, manje je povoljne prognoze i češće ostavlja trajne posljedice (Begić, 2015; prema Begovac i sur., 2021). U literaturi se riječ „psihopatologija“ upotrebljava za označavanje predmeta psihijatrije, odnosno patologije psihe, a PsycINFO Thesaurus definira psihopatologiju kao proučavanje mentalnih poremećaja, emocionalnih problema ili neprilagodljivih ponašanja (Stanghellini, 2009). Osnovna pretpostavka razvojne psihopatologije je da se osoba neprestano kroz život kreće između patološkog i nepatološkog funkcioniranja, a funkcioniranje nikada nije u cijelosti patološko ili nepatološko u svim kategorijama (Vulić-Prtorić, 2001).

DSM-V definira intelektualnu onesposobljenost kao poremećaj s početkom za vrijeme razvojnog razdoblja. Uključuje kako intelektualne deficite, tako i deficite adaptivnog funkcioniranja u konceptualnom, socijalnom i praktičnom području (Žuliček, Žikić Kralj i Žižek, 2022). S obzirom na Piagetovu teoriju kognitivnog razvoja, razlikujemo četiri stupnja intelektualnih teškoća, od kojih svaki stupanj odgovara određenoj razvojnoj dobi (lake IT - razvojna dob djeteta od 7 do 12 godina, umjerene IT- razvojna dob djeteta od 4 do 7 godina, teže IT- razvojna dob od 2 do 4 godine, teške IT- razvojna dob od 0 do 2 godine) (Došen, 1994). Problematici mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama posvetila se pažnja prije

dvadesetak godina u SAD-u i Velikoj Britaniji, a ondje se počelo i sa specijalizacijom za navedeno područje (Not, 2008). Suprotno prijašnjim vjerovanjima, intelektualne teškoće ne smiju se poistovjećivati sa psihičkim oboljenjem Svakako da osobe s intelektualnim teškoćama mogu psihički oboljeti isto kao i osobe urednog intelektualnog funkcioniranja (Došen 1994). Naime, velik broj epidemioloških istraživanja pokazuje kako 30 do 50% osoba s intelektualnim teškoćama pokazuje poremećaje u ponašanju i psihičke poremećaje (Tomljanović i Jokić-Begić, 2021). Došen (1994) opisuje negativističko- destruktivno, hiperkinetičko stanje, agresivno i autoagresivno ponašanje kao tri istaknute pojave poremećaja u ponašanju. Najčešći problem ponašanja je agresivnost (kod oko 10% osoba s IT-om), dok je kod psihičkih poremećaja to depresija (15- 20%) (Tomljanović i Jokić-Begić, 2021). Došen i suradnici razvili su razvojno dinamički pristup prema kojem pojavu psihičkih poremećaja određuju sljedeći faktori: specifični biološki faktori, specifične psihičke okolnosti, specifični uvjeti okoline, specifičan tijek razvoja (Došen, 1994, Ruter, 2001; prema Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković, 2013). Postoje neslaganja po pitanju imenovanja, definiranja, procjene i klasifikacije/ kategorizacije psihičkih poremećaja kod osoba intelektualnih teškoća (Luckasson i Reeve, 2001; prema Buckless, Luckasson i Keefe, 2013). Tretman za psihički oboljele osobe s intelektualnim teškoćama trebao bi uvažavati uvjete okoline osnovne emocionalne potrebe i adaptivne mogućnosti osobe (Došen, 2000; prema Došen, 2005), a prevladavajući terapijski pristup je primjena psihotropnih lijekova u kombinaciji s metodama bihevioralne modifikacije ponašanja (Willner, 2005).

Kako bi se osobama intelektualnim teškoćama omogućila jednakost i puni pristup uslugama mentalnog zdravlja nužno je obratiti pažnju na nedostatke u kliničkom znanju i problemima dijagnostike koji doprinose slabom prepoznavanju potreba i neadekvatnom liječenju (Whittle i sur., 2017)

2. Problemska pitanja

Cilj ovog diplomskoga rada bio je pružiti prikaz dosadašnjih spoznaja i integrirati istraživanja vezana uz obilježja psihopatogeneze kod osoba s intelektualnim teškoćama. Rad se osvrće na specifičnosti problema mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama i pruža uvid u značajke psihijatrijske dijagnostike, pojavnosti i etiologije poremećaja u ponašanju i psihičkih poremećaja kod ove populacije. Ovim preglednim radom nastoji se ukazati na faktore koji utječu na organizaciju skrbi i kvalitete života psihički oboljelih osoba s intelektualnim teškoćama.

Istraživanja potvrđuju da se problemi mentalnog zdravlja pojavljuju nekoliko puta češće kod osoba s intelektualnim teškoćama nego kod osoba urednog razvoja. Stoga, cilj istraživanja je ukazati na povezanost između intelektualnih teškoća i psihičkih poremećaja i poremećaja u ponašanju, te usmjeriti pažnju na uzroke ove visoke povezanosti.

Rad ukazuje na značajne nedostatnosti u području dijagnostike psihopatologije i na neprikladnosti tradicionalne psihijatrijske dijagnostike za osobe s intelektualnim teškoćama. Kako bi se za osobe s intelektualnim teškoćama omogućila jednakost i puni pristup uslugama mentalnog zdravlja nužno je obratiti pažnju na ove nedostatke koji doprinose slabom prepoznavanju potreba i neadekvatnom liječenju (Whittle i sur., 2017). Zbog potrebe za uvažavanjem simptoma, povijesti, iskustava, okruženja, društvene interakcije i kvalitete života razvio se širi, razvojni pristup (Szymanski i King, 1999) koji se, uzevši u obzir da razvojni aspekti mogu imati bitnu ulogu u razvoju psihopatologije, usmjerio na specifičnosti razvoja osoba s IT (Babić, Škrinjar Frey i Sekušak-Galešev, 2004).

Potrebno je da terapijske metode koje se koriste odgovaraju razvojnoj razini, stupnju oštećenja i verbalnim sposobnostima pojedinca (Došen, 2007), a pregled literature pokazao je kako postoje primjeri dobre prakse pružanja usluga osobama s intelektualnim teškoćama s razvijenom psihopatogenezom.

Kroz prikaz izazova u dijagnostici, liječenju i organizaciji skrbi, u ovom radu se prožima ideja potrebe za stručnošću, kliničkim znanjem i iskustvom stručnjaka na ovom području, a ističe se i ključna važnost suradnje stručnjaka i njegovanja multidisciplinarnosti. Uz to, kao i uključenost i prihvaćenost u društvo, osobe s intelektualnim teškoćama mogu živjeti zdrav mentalni život.

3. Mentalno zdravlje

3.1. Definicija mentalnog zdravlja

Pojam zdravlja definiran od strane Svjetske zdravstvene organizacije označava stanje potpunog fizičkog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo slabosti i bolesti, dok mentalno (psihičko) zdravlje osobe podrazumijeva uravnoteženost, posjedovanje mjesta i uloge u okolini pojedinca i djelovanje osobe u skladu s vlastitim mogućnostima (WHO, 2007; prema Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković, 2013).

Mentalno zdravlje određeno je, prema Svjetskoj zdravstvena organizaciji (SZO), kao stanje dobrobiti u kojem osoba može ostvariti njezine ili njegove potencijale, može se nositi s uobičajenim stresom života, može raditi produktivno i plodno i sposobna je doprinijeti svojoj zajednici (Begić, 2011; prema Tomljanović i Jokić-Begić, 2021), te je neizostavan i neizmjenjivo važan dio sveukupnog zdravlja, a ne samo odsustvo bolesti i nemoći (Muslić, Jovičić Burić, Markelić i Musić Milanović, 2020).

„Premda je u definiciji pojma zdravlje „mentalno“ njegova jednakovrijedna sastavnica kao i „tjelesno“, nevjerojatan je i po čovjeka štetan disbalans u poziciji, vrjednovanju i resursima koje javno zdravstvo troši na taj aspekt zdravstvene zaštite ljudi“ (Božičević, Brlas i Gulin, 2012; str. 15). Stoga je potrebno naglasiti kako je psihičko zdravlje dio općeg zdravlja i temeljni je uvjet za kvalitetan život (Begić, 2011; prema Tomljanović i Jokić-Begić, 2021).

U okviru psihodinamske i sistemske teorije mentalno zdravlje uvjetovano je sljedećim faktorima (Došen, 1994):

- uravnotežena ličnost
- vlastito mjesto i uloga u okolini
- djelovanje prema vlastitim mogućnostima

Stabilna ličnost je ona koja ima uravnotežene aspekte formiranja ličnosti (kognitivni, socijalni, emocionalni). Vlastito mjesto pojedinac koji posjeduje čvrsto prostorno mjesto za sebe (teritorij) koje je u skladu s potrebama osobe, a njegova uloga prihvaćena je od samoga sebe i od drugih osoba koje ga okružuju. Djelovanje prema vlastitim mogućnostima znači moći usmjeriti svoje psihičke i fizičke aktivnosti na način koji zadovoljavajuće djeluje na okolinu i dovodi do povoljnih promjena u njoj. Pojedinac koji posjeduje navedene značajke i uz to je tjelesno zdrav jest psihički zdrava osoba, neovisno o stupnju inteligencije (Došen, 1990; prema Došen, 1994).

Mentalno zdravlje u ranoj dobi temelj je mentalnog zdravlja u mladoj i odrasloj dobi, a emocionalni, kognitivni, socijalni i motorički razvoj u ranoj dobi su međusobno povezani. Bitan utjecaj na razvoj djeteta, pa tako i na mentalno zdravlje, imaju odnosi s bliskim osobama, posebno roditeljima. Suvremeni pristup mentalnom zdravlju u središte stavlja dijete smješteno unutar različitih sklopova utjecaja unutar kojih djeluju zaštitni i rizični čimbenici (Ljubešić, 2010; prema Ključević i sur., 2016). Zaštitni čimbenici usporavaju ili smanjuju utjecaj rizičnih (povoljan odnos dijete-roditelj, socijalna podrška, blizina brižnih osoba, samopoštovanje, temperament), dok u rizične čimbenike ubrajamo slabu kvalitetu odnosa majka-dijete, genetske predispozicije, siromaštvo, loša prehrana, impulzivnost djeteta i drugo. Preventivne aktivnosti u okviru mentalnog zdravlja, uklanjaju/smanjuju rizične i jačaju zaštitne čimbenike tijekom razvoja (Wenar, 2003; prema Ključević i sur., 2016). Uslijed porasta urbanizacije, industrijalizacije i individualizacije pojedinca javlja se sve više psihičkih oboljenja uslijed čega se povećavaju zahtjevi za adekvatnom organizacijom skrbi za mentalno zdravlje cjelokupne populacije (Došen, 2004). Bez mentalnog zdravlja ne može postojati osjećaj životne radosti koja daje svrhu postojanju, kao ni zdravlje uopće. Mentalno funkcionalna osoba je ona čiji je konstrukt osobnosti takav da joj omogućuje da svoje resurse, od inteligencije do tjelesnih dispozicija, koristi zadovoljavajući osobne, ali i doprinoseći potrebama zajednice. Stoga, u svim elementima ljudskog ponašanja ogleda se mentalna funkcionalnost osobe (Božičević, Brlas i Gulin, 2012).

3.2. Problemi mentalnog zdravlja

Odstupanje od uobičajenog doživljavanja ili ponašanja može biti kategorizirano kao psihički simptom, poremećaj ili bolest, ali ne neophodno i loše mentalno zdravlje. Psihički poremećaji i bolesti predstavljaju izazov u ostvarenju punog potencijala i optimalnog funkcioniranja. (Begić, 2014; prema Muslić, Jovičić Burić, Markelić i Musić Milanović, 2020). Podrazumijevaju cjelokupnu psihološku i biološku disfunkciju, a odnose se na razne smetnje (poremećaje afekta, opažanja, mišljenja, inteligencije, pažnje, nagona, volje, svijesti) i njihove kombinacije koje čine kliničku sliku. Svakako, valja naglasiti da i loše mentalno zdravlje može nepovoljno utjecati na funkcioniranje osobe u svakodnevnom životu (Muslić, Jovičić Burić, Markelić i Musić Milanović, 2020).

Razlikujemo više definicija psihičkog poremećaja. Psihički poremećaji i psihičke bolesti su odstupanja od normalnog razvoja, odnosno odstupanja od pojedinih normi. Psihički poremećaj opisan utvrđenim početkom nastanka, tijekom i eventualnim vremenskim završetkom

naglašava razvojnu dimenziju, stupanj funkcionalnosti djeteta, tijek i gubitak funkcionalnosti u razvojnim zadaćama (Mattejat i SchulteMarkwort, 2013; prema Begovac i sur., 2021). Slično navedenom, drugi izvori navode kako je ponašanje i/ili subjektivno doživljavanje (primjerice emocionalno doživljavanje) određeno kao psihički poremećaj onda kada je ono abnormalno s obzirom na dob i/ili dodatno uzrokuje funkcionalno oštećenje (Steinhausen, 2010; prema Begovac i sur., 2021).

Drugi autori čine razliku između termina psihičkog poremećaja od psihičke bolesti. Psihički poremećaj je odstupanje u jednoj ili manjem broju psihičkih funkcija. Funkcioniranje je u ovom slučaju manje narušeno i najčešće ne postoje strukturne promjene središnjeg živčanog sustava. Kada je prisutno odstupanje u više psihičkih funkcija, ozbiljnije narušeno emocionalno, kognitivno i socijalno funkcioniranje te postoje strukturne promjene SŽS- a, riječ je o psihičkoj bolesti. Psihička bolest dulje traje u odnosu na poremećaj, manje je povoljne prognoze i češće ostavlja trajne posljedice (Begić, 2015; prema Begovac i sur., 2021).

4. Psihopatologija

4.1. Definiranje psihopatologije

U literaturi, riječ „psihopatologija“ upotrebljava se za označavanje predmeta psihijatrije, odnosno patologije psihe, a PsycINFO Thesaurus definira 'psihopatologiju' kao 'proučavanje mentalnih poremećaja, emocionalnih problema ili neprilagodljivih ponašanja (Stanghellini, 2009).

Stanghellini, (2009) navodi kako su navedene definicije psihopatologije trivijalne, te opisuje tri tipa psihopatologije- deskriptivnu, kliničku i strukturalnu. Dakle, svrha deskriptivne psihopatologije je sustavno proučavanje svjesnih iskustava i njihovo klasificiranje, te stvaranje valjane i pouzdane terminologije . Kako bi se opisano postiglo, fokus je na pacijentovom unutarnjem stanju. Ponašanja se smatraju važnima, ali manje specifičnima od osobnih iskustava. Deskriptivna psihopatologija oslanja se na dvije glavne metodološke pretpostavke; izbjegavanje teorijskih objašnjenja i postavljanje empatije u središte. Klinička psihopatologija je usmjerena na identifikaciju simptoma koji su značajni u pogledu nozografije. Ona je usmjerena na prepoznavanje abnormalnih psihičkih fenomena tijekom psihopatološkog ispitivanja, koji će zatim pomoći kliničaru utvrđivanje pouzdane dijagnoze. Naposljetku, strukturalna psihopatologija pretpostavlja da je kompleksnost fenomena mentalnog poremećaja smisljena cjelina, odnosno struktura. Simptomi poremećaja povezani su, a potrebno je otkrivati unutarnje veze između različitih aspekata iskustva osobe.

Vulić-Prtorić (2001) napominje kako područje psihopatologije sadrži neadekvatnost modela psihopatologije odraslih i tradicionalnih modela za adolescente i djecu. Zbog potrebe da se psihički poremećaji u doba djetinjstva i adolescencije sagledavaju u okviru maturacijskih i razvojnih procesa, razvojni psihopatolozi 1970-tih do danas stvaraju novu, razvojnu perspektivu tumačenja psihopatologije. Razvojna psihopatologija kao temelj interesa ima najprije razvoj, zatim psihopatologiju. Osnovna pretpostavka je da se osoba konstantno kroz život kreće između patološkog i nepatološkog funkcioniranja, a funkcioniranje nikada nije u cijelosti patološko ili nepatološko u svim kategorijama. Razvojna psihopatologija istražuje porijeklo i vremensku komponentu razvoja, kao i odnos s poremećajima u ponašanju. Dakle, važno je poznavati normalan razvoj da bismo uopće mogli razumjeti patologiju. Isto vrijedi i obratno, saznanja o patologiji razjašnjavaju procese i mehanizme koji su temelj razvoja

Ekološki, pristup u razvoju normalnog i patološkog ponašanja i doživljavanja sagledava kontekst, odnosno karakteristike djetetovog okruženja. Uzimaju se u obzir odnosi između djeteta i njegovih bioloških, genetskih i psiholoških osobina, kao i odnosi njegove okoline (braća, sestre, mama, tata, vršnjaci, škola, zajednica), kao i specifični načini na koje ovi čimbenici utječu jedan na drugoga u kontekstu razvoja. Dok u jednoj dobi, situaciji, okruženju određeno ponašanje može biti normalno, u drugoj može biti shvaćeno kao patološko (Vulić-Prtorić, 2001). Tijekom razvoja, dolazi do međusobnog djelovanja čimbenika, stoga se u promatranju psihičkih poremećaja treba osvrnuti na multidimenzionalnost tih čimbenika. Kroz razvoj, pojedinac se susreće s razvojnim zadaćama, a mehanizmi obrane, specifični oblici reagiranja i vještine suočavanja stvaraju se u odnosu na uvjete okoline i prirodene uvjete. Budući da znamo da je pojedinac aktivan u svojoj prilagodbi, a ne tek pasivni sudionik vlastitog razvoja, danas se na razvoj gleda kao na transakcijski koncept između pojedinca i okoline (Remschmidt 2011; prema Begovac i sur., 2021).

5. Intelektualne teškoće

5.1. Definiranje intelektualnih teškoća

Nije jednostavno dati opću definiciju intelektualnih teškoća koja bi poštovala sve aspekte i stupnjevost pojave. Uzrok je kriterij za medicinsku definiciju, stupanj socijalne adaptacije za socijalnu, a sposobnost za odgoj o obrazovanje za pedagošku definiciju (Not, 2008). Terminologija prošlog stoljeća za osobe s intelektualnim teškoćama bila je razna, te su često bili izloženi diskriminaciji i stigmatiziranju. „Mentalna retardacija“, „teškoće učenja“, „nesposobnost učenja“, „duševna zaostalost“, „oligofrenija“ samo su neki od pojmova koji su

se upotrebljavali. Promjena terminologije nastala je kao promjene društvenog stava prema ovoj populaciji koja je nastupila zahvaljujući velikom trudu stručnjaka na ovom području (Simonoff 2015; prema Begovac i sur.,2021).

Međunarodna klasifikacija bolesti definira intelektualne teškoće (duševnu zaostalost) kao stanje zaostalog ili nepotpunog razvoja uma, posebno karakterizirano oštećenjem sposobnosti koje se očituju tijekom razdoblja razvoja, odnosno, sposobnosti koje pridonose cjelokupnom stupnju razvoja inteligencije (mišljenje, govor, motorika i sposobnosti ostvarivanja društvenog kontakta). Iz definicije je vidljivo da je uz niži kvocijent inteligencije, za dijagnozu IT-a potreban i kriterij oštećenja adaptivnih sposobnosti (Begovac i sur., 2021). Uz definiciju, MKB ističe i četiri razine intelektualnih teškoća, a to su laka, umjerena, teža i teška (Not, 2008).

American Psychiatric Association (APA) definira intelektualne teškoće kao heterogeni poremećaj koji podrazumijeva ispodprosječnu inteligenciju, odnosno oštećenje kognicije, motorike, jezika, socijalnih sposobnosti). Uključuje i oštećenja u adaptivnim vještinama koje su nastupile prije 18. godine. Stoga, ne odnosi se na osobe koje u mlađoj odrasloj dobi dožive traumu glave i kao posljedicu toga imaju nizak kvocijent inteligencije jer se u ovom primjeru radi o neurokognitivnom poremećaju (Begovac i sur., 2021).

DSM-V definira intelektualnu onesposobljenost kao poremećaj s početkom za vrijeme razvojnog razdoblja. Uključuje kako intelektualne deficite, tako i deficite adaptivnog funkcioniranja u konceptualnom, socijalnom i praktičnom području (Žuliček, Žikić Kralj i Žižek, 2022).

AAMD-a (Američko udruženje za mentalnu retardaciju) intelektualne teškoće definira i klasificira intelektualne teškoće kao značajna ograničenja u intelektualnom i adaptivnom ponašanju izražena u pojmovnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim vještinama. Oštećenje se javlja prije osamnaeste godine (Not, 2008).

5.2. Dijagnostički kriteriji

Proces određivanja dijagnoze intelektualnih teškoća odvija se kroz tri koraka. Prvi korak podrazumijeva postavljanje dijagnoze na temelju utvrđenog sniženog intelektualnog funkcioniranja, znatnih teškoća u dva ili više područja adaptivnog ponašanja i na temelju nastanka prije osamnaeste godine. Zatim slijedi klasifikacija i opis jakih i slabih strana djeteta i potreba za podrškom na tri područja (psihološko-emocionalnom, području tjelesnog zdravlja i etiologije, sadašnjem području djeteta u okolini). Na posljetku se određuje profil i intenzitet

podrške za intelektualno funkcioniranje i adaptivnog ponašanje, psihološko – emocionalno područje, tjelesno zdravlje i za uvjete okoline (Sekušak-Galešev, 2012).

Osnovno pitanje kod postavljanja dijagnoze je koji su koraci procjene potrebni za ispitivanje pojedinca. Dijagnoza intelektualnih teškoća temelji se na tri kriterija (Schalock i Luckasson, 2013).

1. Značajno ograničenje u intelektualnom funkcioniranju
2. Značajna ograničenja u adaptivnom ponašanju izražena u kognitivnim, socijalnim i adaptivnim vještinama
3. Nastupanje teškoće prije 18.godine života

Pojam intelektualnog funkcioniranja odnosi se na inteligenciju, odnosno mentalnu sposobnost koja se odnosi na rasuđivanje, razmišljanje zaključivanje, planiranje, rješavanje problema, apstraktno mišljenje, razumijevanje kompleksnih ideja, brzo učenje i učenje kroz iskustvo (Sekušak- Galešev, 2012). Kvocijent inteligencije, koji se mjeri standardiziranim testovima inteligencije prikazuje ograničenja u intelektualnom funkcioniranju, a odstupa približno -2 standardne devijacije od aritmetičke sredine (Not, 2008). Adaptivno ponašanje odnosi se na skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koja je osoba usvojila kako bi mogla funkcionirati u svakodnevnom životu. U područja adaptivnog ponašanja spadaju: komunikacija, briga o sebi, stanovanje, snalaženje u okolini, samousmjeravanje, zdravlje, sigurnost, slobodno vrijeme, rad te funkcionalna akademska znanja (Sekušak- Galešev, 2012). Ljestvica socijalne zrelosti Vineland jedan je od najšire primjenjivih instrumenata za mjerenje adaptivnog ponašanja kod osoba s intelektualnim teškoćama i osoba s poremećajima iz spektra autizma (Mamić i Fulgosi- Masnjak, 2014).

5.3. Klasifikacija intelektualnih teškoća

MKB – 10, navodi podjelu intelektualnih teškoća prema ozbiljnosti u četiri sljedeće skupine (Došen,2005):

- lake intelektualne teškoće; IQ 50 – 70
- umjerene intelektualne teškoće; IQ 35 –50
- teže intelektualne teškoće; IQ 20 – 35
- teške intelektualne teškoće; IQ 0 – 20

U literaturi će se često primijetiti kako se pri navođenju stupnja intelektualne teškoće navodi i razvojna dob. Komparacija razine intelektualnog oštećenja s tipičnim razvojem djeteta određene dobi može razjasniti potrebe djece s intelektualnim teškoćama, a time povoljno utjecati na prilagodbu okoline na dijete (Došen, 1994). S obzirom na Piagetovu teoriju kognitivnog razvoja, razlikujemo četiri stupnja intelektualnih teškoća od kojih svaki stupanj odgovara određenoj razvojnoj dobi (lake IT -razvojna dob djeteta od 7 do 12 godina, umjerene IT- razvojna dob djeteta od 4 do 7 godina, teže IT- razvojna dob od 2 do 4 godine, teške IT- razvojna dob od 0 do 2 godine) (Došen, 1994).

Kod osoba s lakim intelektualnim teškoćama (IQ =50 do 69) u školskoj dobi, adaptivne vještine očituju se kao poteškoće u školi, pa je potrebna pomoć u praktičnim domenama, dok je komunikacija nezrela. Budući da su njihove socijalne vještine i komunikacija adekvatne u predškolskoj dobi, moguće je da djeca s lakim IT-om ne budu prepoznata do polaska u školu (Renschmidt i Niebergall 2011; prema Begovac i sur., 2021). Ipak, kroz vrijeme ističe se slaba sposobnost apstrakcije, nedostaci u komunikaciji, egocentrično mišljenje, nisko samopoštovanje i ovisničko ponašanje prema drugima (Begovac i sur., 2021).

Osobe s umjerenim intelektualnim teškoćama (IQ = 35- 49) sposobne su brinut se o sebi, te ostvaruju određeni stupanj neovisnosti. Mogu komunicirati i učiti, (Kocijan- Hercigonja i sur., 2000), te su nerijetko svjesni svojih ograničenja zbog čega se mogu javiti osjećati izolirano i frustracijom. Potreban im je nadzor u visokoj mjeri, no ipak su sposobni u zaštićenoj okolini obavljati radne zadaće (Begovac i sur., 2021).

Populacija osoba s težim intelektualnim teškoćama (IQ = 20- 34) pokazuje istaknuta ograničenja u socijalnom i razvojnom području (Kocijan- Hercigonja i sur., 2000). Osobe zahtijevaju stalan nadzor, a potrebne su ponašajne intervencije za potrebe skrbi o sebi (Begovac i sur., 2021).

Populacija osoba s teškim intelektualnim teškoćama (IQ – manji od 20) često ima identificirane abnormalnosti mozga. Pokazuju znakovita ograničenja u kretanju i komunikaciji (Kocijan- Hercigonja i sur., 2000). S vremenom se, u ograničenom stupnju, mogu razviti neke jezične vještine. U odrasloj dobi potreban im je stalni nadzor (Begovac i sur., 2021).

5.4. Etiologija

Suvremeno društvo pojavu intelektualnih teškoća povezuje uz međusobno djelovanje različitih prenatalnih, perinatalnih i postnatalnih uzroka. Prenatalni uzroci odnose se na kromosomski

poremećaj, mutaciju specifičnog gena, poremećaj metabolizma, razvojne malformacije mozga i okolinske utjecaje. Perinatalni bi bili intrauterine infekcije i oboljenja, prematuritet, ozljede mozga i neonatalna oboljenja, dok su postnatalni uroci intelektualnih teškoća traumatsko oštećenje mozga, infekcije, demijelinizirajući, degenerativni ili metabolički poremećaji, pothranjenost te zlostavljanje, zanemarivanje i kronična psihosocijalna deprivacija djeteta (Buljevac, 2012).

Huang, Zhu, Qu i Mu (2016) su istraživanjem prenatalni, perinatalnih i neonatalnih faktora rizika za nastanak intelektualnih teškoća zaključili da su među značajnim faktorima starija dob majke (>35 godina), crna rasa majke, nisko obrazovanje majke, konzumacija alkohola kod majke, epilepsija kod majke, prijevremeni porod, muški spol i niska porođajna težina. Drugi značajni čimbenici (s nižom povezanošću) bili su konzumacija duhana, dijabetes, hipertenzija i astma majke. Autori napominju kako je fetus vrlo osjetljiv na promjene majčinog stanja. Čimbenici rizika poput izloženosti majke toksinima ili metabolički poremećaji mogu značajno utjecati na genetski programirani razvoj mozga fetusa. Valja spomenuti i povezanost između starosti oca i pojave intelektualnih teškoća koja je također značajna.

Pojedini autori ističu psihosocijalne čimbenike kao moguće uzroke nastanka intelektualnih teškoća. Ovdje se ističe narušen odnos majke i djeteta, odnosi s ukućanima, životna i školska okolina. Važno je spomenuti i genska istraživanja koja opisuju više od 500 genskih poremećaja, od kojih mnogi uključuju intelektualne teškoće. Sve u svemu, kada govorimo o etiologiji intelektualnih teškoća, velik broj autora dijeli mišljenje kako intelektualne teškoće nastaju kao rezultat povezanosti genskih čimbenika, okruženja, razvojne preosjetljivosti i trauma (Kocijan-Hercigonja i sur., 2000).

5.5. Epidemiologija

Brojna istraživanja navode prevalenciju intelektualnih teškoća u općoj populaciji manju od 1%, međutim velik broj zemalja nailazi na podatke o zastupljenosti od 3 % budući da se uključuju brojni čimbenici koji dovode do promjena u funkcioniranju osobe. Na prevalenciju utječu i socioekonomski uvjeti življenja osoba s intelektualnim teškoćama. U procjeni prevalencije intelektualnih teškoća značajnu ulogu imaju demografske analize (godine, spol, socioekonomsko stanje, gradska/seoska sredina). Manji broj istraživanja provodi se u obiteljima, a veći u institucijama s većim selekcioniranim uzorkom na temelju kojeg se vrši procjena. U školskoj dobi procjena se provodi na temelju adaptivnog ponašanja, dok se u adolescentskoj dobi ona vrši na temelju samozbrinjavanja i mogućnosti zapošljavanja osobe.

Genetske anomalije koje su povezane s intelektualnom teškoćom imaju veze sa spolnim kromosomima što objašnjava prevalencija intelektualnih teškoća koja je veća kod dječaka u odnosu na djevojčice (Kocijan-Hercigonja i sur., 2000).

Cilj meta-analize provedene 2011.godine bio je prikupiti podatke studija objavljenih u razdoblju od 1980 do 2009.godine. Podatci su zabilježili najveće stope intelektualnih teškoća u zemljama srednjeg i niskog standarda. Prevalencija je bila veća među djecom i adolescentima u odnosu na odrasle. (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua i Saxena, 2011).

Zastupljenost intelektualnih teškoća različita je kod pojedinih skupina osoba s invaliditetom (oštećenja vida -20%, oštećenja sluha- 10%, poremećaji govora- 80%) (Kocijan-Hercigonja i sur., 2000)

6.Mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama

6.1. Specifičnosti mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama

Kod osoba s intelektualnim teškoćama često su prisutna komorbidna medicinska stanja, uključujući probleme mentalnog zdravlja, a uglavnom je prisutan i veći stupanj zdravstvenih teškoća. Ipak, osobe s intelektualnim teškoćama doživljavaju istu razinu mentalnih i tjelesnih stanja kao i opća populacija, te se njihov životni vijek produžio (Eady, Courtney i Strydom, 2015). Valja napomenuti kako zdravlje tijela, povoljna genetska dispozicija i izvrsna inteligencija ne isključuju mogućnost da osoba bude posve neučinkovita u svom funkcioniranju, da ima probleme u ponašanju ili da je pak suicidalna unatoč povoljnim trenutnim životnim okolnostima (Božičević, Brlas i Gulin, 2012).

Problematici mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama posvetila se pažnja prije dvadesetak godina u SAD-u i Velikoj Britaniji, te se počelo i sa specijalizacijom za navedeno područje. Na našim područjima situacija nije izrazito povoljna uslijed nedostatka interesa i malog broja onih koji se bave spomenutom tematikom (Not, 2008). Događanja u području skrbi za mentalno zdravlje opće populacije uvjetuju sadašnju situaciju u razvoju skrbi kod osoba s intelektualnim teškoćama (Došen, 2004).

Kao što je prethodno naglašeno, prema novim shvaćanjima, intelektualne teškoće ne smiju se poistovjećivati sa psihičkim oboljenjem Svakako da osobe s intelektualnim teškoćama mogu psihički oboljeti isto kao i osobe urednog intelektualnog funkcioniranja. (Došen 1994). Razlike, međutim, postoje. Naime, osobe s intelektualnim teškoćama obolijevaju tri do šest puta češće od opće populacije (razlika u učestalosti), njihovi simptomi mogu biti drugačiji (razlika u

simptomatologiji), te drukčiji procesi mogu dovesti do bolesti (razlika u simptomatologiji) (Došen, 2005). Velik broj epidemioloških istraživanja pokazuje kako 30 do 50% osoba s intelektualnim teškoćama pokazuje poremećaje u ponašanju i psihičke poremećaje (Tomljanović i Jokić-Begić, 2021). Nekada se smatralo da su nepoželjni oblici ponašanja značajka intelektualnih teškoća samih po sebi. Vladalo je mišljenje kako je nemoguće da osobe s lakim intelektualnim teškoćama budu zabrinute, a da osobe s teškim intelektualnim teškoćama dožive emocionalni stres. Danas znamo da se kod osoba s intelektualnim teškoćama problemi mentalnog zdravlja pojavljuju se nekoliko puta češće u odnosu na opću populaciju (Sekušak-Galešev, 2014). Najčešći problem ponašanja je agresivnost (kod oko 10% osoba s IT-om), dok je kod psihičkih poremećaja to depresija (15- 20%) (Tomljanović i Jokić-Begić, 2021).

Rezultati istraživanja skupine talijanskih istraživača koji su pratili su osobe s intelektualnim teškoćama tijekom njihovog odrastanja pokazalo je izraženu povezanost između socijalno-okolinskih uvjeta i životnih događaja s ishodima njihovog mentalnog zdravlja. Osobe s intelektualnim teškoćama su kvalitativno drugačije doživljavale životna iskustva, podložnije su njihovim nepovoljnim utjecajima. Potvrđena je i veća povezanost životnih događaja i psihopatoloških značajki, kao i pretežitost takvih događaja (posebno iskustvo gubitka, odbacivanja, neuspjeha) (Mamić i Fulgosi- Masnjak, 2014).

Psihički poremećaji češće se javljaju kod djece s intelektualnim teškoćama u odnosu na njihove vršnjake. Psihopatološke tegobe izraženije su kod djece s umjerenim nego lakim intelektualnim teškoćama. Smatra se da su razlog tome naglašenije smetnje adaptivnog ponašanja, jezične i komunikacijske barijere, teškoće socijalizacije. Niži ekonomski status znači veći rizik za pojavom psihopatoloških smetnji, a na njihov razvoj mogu značajno utjecati i obiteljske karakteristike. Svakako, što je dijete starije i dugotrajnije izloženo nepovoljnom pristupu od okoline, to su poremećaji psihičkog zdravlja dublji i veći. Koskentausta, Livanainen i Almgvist, 2007) . Egzistencijalni problemi kao što su samoća, socijalna deprivacija, nedostatak autonomije, nedostatak slobode, strah od gubitka emocionalno vezanih osoba i neizvjesno/negativno životno gledište mogu uzrokovati veliku patnju, sukobe s okolinom, te depresivna i (rjeđe) psihotična stanja (Došen, 2005). Psihopatologija nije samo najčešća komplikacija povezana s intelektualnim teškoćama, već je i ona s najkritičnijim posljedicama. Obitelji djece s intelektualnim teškoćama bilježe poremećaje u ponašanju kao znatno veći izvor stresa od stalnih zahtjeva fizički nepokretne i potpuno ovisne djece (Quine i Phal, 1985).

6.2. Problemi u ponašanju i intelektualne teškoće

Paralelno uz kognitivni razvoj odvija se i razvoj emocionalnog i socijalnog aspekta ličnosti. To znači da će dijete u povoljnim uvjetima okoline iskazivati ponašanje koje je očekivano s obzirom na njegov razvoj. S druge strane, ako emocionalni i socijalni razvoj nisu u skladu s razvojem kognicije, nastupaju problemi ponašanja i neprimjerene reakcije djeteta. Opisano se događa čak i u okruženju koje je naizgled prilagođeno djetetovim potrebama (Menolascino, 1979).

Problemi u ponašanju odnose se na bilo koji značajan problem ponašanja, emocija ili osobnosti, a javljaju se zbog neadaptivne prilagodbe (Mamić i Fulgosi-Masnjak, 2014). Nerijetko se javljaju u ranoj dobi, te povećavaju učestalost i težinu tijekom adolescencije i rane odrasle dobi. Obično nastaju postupno pojavljuju se u sve više životnih okolnosti (Emerson, 2001), a nastaju kada unutarnje ili vanjske nepovoljne okolnosti nadjačaju osobne mogućnosti osobe.

Puno je čimbenika koji mogu uzrokovati pojavu problema u ponašanju. Među najvažnijima valja istaknuti životnu snagu, osobine ličnosti, kapacitet osobe za nošenje s problemima i razinu razvoja. Kada govorimo o mogućim čimbenicima nastanka problema u ponašanju važno je istaknuti razvoj osobe (uključujući biološke i psihosocijalne aspekte), kao i medicinski, funkcionalni i okolinski uvjeti i njihovo međusobno djelovanje (Došen, Gardner, Griffiths, King i Lapointe, 2015).

Problemi ponašanja osoba s intelektualnim teškoćama su ponašanja kao fizička agresivnost, uništavanje imovine i destruktivno ponašanje. Možemo ih razlikovati prema; učestalosti, težini (za fizičku/psihološku štetu za samu osobu/druge osobe/materijalna dobra), trajanju (ovisno o vremenu/situacijama u kojima se pojavljuje). Tako recimo, neki problemi ponašanja mogu imati malu učestalost, no visok intenzitet (što ih čini teškima), dok drugi mogu biti velik izazov zbog učestalosti i ponavljajućeg pojavljivanja (iako malog intenziteta) (Emerson, 2001).

Došen (1994) opisuje negativističko- destruktivno, hiperkinetičko stanje, agresivno i autoagresivno ponašanje kao tri istaknute pojave poremećaja u ponašanju. Negativističko-destruktivno ponašanje prilično je učestalo kod djece s intelektualnim teškoćama i javlja se u dobi od 2 do 4 godine, može se prolongirati do školske ili čak kasnije dobi. Karakteristike ovog ponašanja su izražen motorički nemir, traženje pažnje na negativan način, destruktivnost usmjerena prema materijalnim objektima, agresivnost prema drugoj djeci, izražena tvrdoglavost, netrpeljivost prema odgodi ugone, nemogućnost djeteta da se samostalno igra,

problemi s jelom i spavanje, problemi kontrole sfinktera i problemi u razvoju govora (Došen,1994; prema Došen,1990). Značajke hiperkinetičkog stanja su motorički nemir, problemi s pažnjom, nizak prag frustracije, nemir povezan s izraženim senzoričkim podražajima. Hiperkineza kao simptom česta je kod psihotičnih stanja (Došen, 1994). Agresivno ponašanje češće se javlja kod djece s intelektualnim teškoćama nego kod djece urednog razvoja iz više razloga; disfunkcija nekih dijelova mozga, naučene reakcije u pojedinim situacijama, obrambeni mehanizmi u stanju frustracije i prijetećim situacijama, psihička oboljenja. Primjena adekvatne terapije zahtijeva otkrivanje uzroka agresivnosti kod djeteta s intelektualnim teškoćama budući da pojedinom uzroku odgovara određena terapija. Uzroci mogu biti psihopatološka stanja, ali isto tako mogu biti biološki i uvjetovani okolinom (Došen, 1994). Auto- agresivno ponašanje posebno je velik izazov s kojim se susreću odgajatelji djece s intelektualnim teškoćama, a ponašanje je najprisutnije kod djece s težim stupnjem intelektualnih teškoća. Do auto- agresije može doći zbog primitivne forme izražavanja agresivnosti, posljedica prenaplašene auto stimulacije, posljedica poremećene interakcije s okolinom, posljedica specifičnih poremećaja središnjeg živčanog sustava, poremećaja metabolizma. Ovaj problem u ponašanju može biti i simptom nekih psihičkih oboljenja. Svaki od navedenih faktora iziskuje određen terapijski pristup (Došen, 1994).

Fraser, Leudar, Gray i Campbell (2008) predlažu šest dimenzija poremećaja ponašanja kod osoba s intelektualnim teškoćama. To su: agresivno ponašanje, poremećaj raspoloženja, povlačenje, antisocijalno ponašanje, idiosinkratični manirizam, samoozljeđivanje.

6.3. Psihički poremećaji i intelektualne teškoće

Došen (1994) navodi kako je psihički poremećaj određen kao poremećaj emocionalnog funkcioniranja kombiniran s neprimjerenim doživljajem sebe i svoje okoline, poremećajima mišljenja i kognitivnog funkcioniranja.

Svaki individualac posjeduje, kako kapacitet za razvoj vlastitih potencijala, tako i rizik za razvoj psihičkih poremećaja (Koskentausta, Livanainen i Almgvist, 2007). Širenje svijesti o životnim potrebama i o primjerenom pristupu osobama s intelektualnim teškoćama dovelo je do upoznavanja misaonog i psihičkog svijeta ove populacije. Time, stručnjaci se u radu s osobama s intelektualnim teškoćama suočavaju s nizom psihičkih poremećaja i psihijatrijskih simptoma usporedivih s onima koji se javljaju kod opće populacije (Došen, 1994). Od iznimne je važnosti da se složenost svakog psihičkog poremećaja tumači uzimajući u obzir međuodnos bioloških,

psiholoških i socijalnih čimbenika (biološko-psihološko-socijalni koncept) (Begić, 2011; prema Mamić i Fulgosi- Masnjak, 2014).

U suvremenom društvu naglasak se, umjesto na proučavanje simptoma i sindroma, stavlja na psihičke procese i psihičke funkcije koje dovode do pojave psihičkih bolesti, odnosno na patogenezu (van Praag, 2000; prema Došen, 2004). U skladu s ovakvim pristupom, psihopatološka stanja su stanja slabe sposobnosti prilagodbe na nepovoljne vanjske ili unutarnje uvjete (Došen, 2004).

Potrebno je da stručnjaci koji se bave dijagnostikom i tretmanom psihičkih poremećaja osoba s intelektualnim teškoćama posjeduju kliničko iskustvo i specijalističko znanje stečeno u radu s ovom populacijom. Bavljenje problematikom psihičkih poremećaja osoba s intelektualnim teškoćama dovelo je do toga da današnja psihijatrijska literatura nerijetko obrađuje ovu temu (Došen, 1994).

Odnos između poremećaja u ponašanju i psihičkih poremećaja u literaturi nije jasno definiran i diferenciran, te ima važne implikacije za procjenu i liječenje. Nije jasno jesu li određena ponašanja simptomi psihičkog poremećaja ili predstavljaju zasebne poremećaje u ponašanju. Analitičari ponašanja uglavnom zanemaruju psihopatologiju u pozadini i usredotočuju se na ponašanje koje se pojavilo u kontekstu situacije. Sagledavaju čimbenike koji su prethodili ponašanju, kao i posljedice koje su uslijedile nakon ponašanja, bez identificiranja problema u ponašanju kao „poremećaja“ (Mace, 1994). S druge strane, stručnjaci koji u svom pristupu koriste medicinski model usmjereni su na propisivanje lijekova, osobito ako se smatra da psihopatologija ima biološku osnovu ili je fenotipski izraz genetske dispozicije (Dykens, 2000).

Dakle, postoje komplikacije po pitanju imenovanja, definiranja, procjene i klasifikacije/kategorizacije psihičkih poremećaja kod osoba intelektualnih teškoća (Luckasson i Reeve, 2001; prema Buckless, Luckasson i Keefe, 2013). Glede psihijatrijskih stanja, različiti dijagnostički priručnici mogu koristiti različite nazive i/ili definicije (Buckless, Luckasson i Keefe, 2013).

Razvojni pristup pružio je temelj raznim pokušajima dijagnostičke diferencijacije. Stoga je, temeljem većeg broja kliničkih nalaza djece s intelektualnim teškoćama diferenciran određen dio deskriptivnih psihijatrijskih dijagnoza (Došen, 1994).

6.3.1. Poremećaji kontakta i IT

Poremećaji kontakta kao dijagnoza dolaze iz razvojno- dinamičkog pristupa. Često se javlja kod djece s težim intelektualnim teškoćama, posebno u prvih pet godina života (Došen, 1994). Autori Wing i Gould (1979) pronašli su da se kod djece do 15 godina s IQ-om manjim od 50 ovaj poremećaj pojavljuje u 50% slučajeva. Pospiš (2001) kao glavnu značajku pojave navodi odbijanje ili nepodnošenje taktilnog kontakta. Ova djeca u većoj su mjeri zaokupljena su senzornim podražajima nego socijalnom interakcijom. Neki dijagnostičari kod djece koja imaju ovaj poremećaj mogu pogrešno postaviti dijagnozu autizma. Međutim, postoje razlike između dvaju dijagnostičkih kategorija. Osnovna razlika je u tom što su djeca s poremećajem kontakta manje osjetljiva na socijalnu interakciju od djece s poremećajem iz spektra autizma (PSA) kod kojih je otpor primjetno veći. Iako osjetljivi na senzoričke podražaje jakog intenziteta, uz primjeren tretman u pravilu relativno brzo pokazuju pozitivne promjene. Djeca s PSA također mogu postići veću toleranciju na senzoričke podražaje, međutim nesnalaženje u socijalnoj interakciji ostaje značajan izazov (Pospiš, 2001).

6.3.3.2. Psihoza i IT

Psihoza je poremećaj koji utječe na ponašanje, odnose i sve sfere svakodnevnog života, a liječi se antipsihoticima. Osobe koje boluju od psihoze doživljavaju halucinacije, deluzije i poremećeno ponašanje (agitacija ili povlačenje) Tri puta je češća kod osoba s intelektualnim teškoćama (Ayub, Saeed, Munshi i Naeem, 2015), a znatno je veća prisutna su u djece s umjerenim i težim stupnjem intelektualnih teškoća (različiti oblici psihoze pronalaze se u više od 50% ove djece) (Gillberg, Perrson, Grufman i Themner, 1986). Bitno je istaknuti kako je čest slučaj da se ponašanja, koja su kod osoba s intelektualnim teškoćama uobičajena i tipična, doimaju „psihotičnima“ (regresija, držanje tijela, razgovor sa samim sobom, „imaginarni prijatelj“). Takva ponašanja kod ove populacije mogu se pojaviti kao odgovor na stresne životne događaje i ne moraju predstavljati psihotični poremećaj (O’Dwyer, 2000; prema Hurley i sur., 2003; prema Bradley, Lunksy, Palucka i Homitidis, 2011). Kako bi se osigurala čvrsta dijagnoza psihotičnog poremećaja u ovih pojedinaca, potrebno je razumijevanje utjecaja intelektualnih teškoća, uzimanje u obzir mogućega istodobnog postojanja poremećaja iz spektra autizma, te razumijevanje konteksta u kojem se javljaju simptomi slični psihotičnim (Bradley, Lunksy, Palucka i Homitidis, 2011). Provedeno je jako malo psiholoških istraživanja intelektualnih teškoća i psihoze, a posebno sporo istraživali su se rani znakovi upozorenja ove dualne dijagnoze. Osobe s ovom dijagnozom mogu imati poteškoća u opisivanju svojih

simptoma i misli, a postoje različita mišljenja o tome jesu li pokazani simptomi slični onima koje pokazuju osobe odrasle dobi opće populacije (Crowley i sur., 2008).

6.3.3.3. Depresija i IT

Mogu li ili ne osobe s intelektualnim teškoćama patiti od depresije bila je sporna točka u literaturi do ranih 1980-tih. Od tada, mnoge studije su zaključile da se depresija uistinu pojavljuje u ovoj populaciji, a neki idu toliko daleko da tvrde da je depresivno raspoloženje među najčešćim psihijatrijskim simptomima koje doživljavaju odrasle osobe s intelektualnim teškoćama. Dijagnoza depresije u velikoj se mjeri oslanja na samoprocjenu pacijenta. Ovo otežava dijagnostiku budući da osobe s intelektualnim teškoćama ne posjeduju ili tek u maloj mjeri posjeduju komunikacijske vještine. (McBrien, 2003). Hurley (1996) pregledao je sve studije slučaja na engleskom jeziku (objavljene u periodu od 1960 do 1994) vezane uz depresiju odraslih osoba s Downovim sindromom, te naveo prijavljene simptome, među kojima se ističu gubitak vještina samopomoći, povlačenje, halucinacije, deluzije, odsustvo kognitivnih aspekata, unutarnjih osjećaja). Istraživanje povezanosti kognitivnih čimbenika sa simptomima depresije kod osoba s intelektualnim teškoćama istaknulo je neke važne odnose. Na primjer, učestalost negativnih automatskih misli, samoprijekora i osjećaja beznada pokazalo se značajno povezanim sa simptomima depresija kod osoba s blagim intelektualnim teškoćama. Također, depresivne osobe s blagim intelektualnim teškoćama izvještavaju niže stope samoojačanja od osoba bez intelektualnih teškoća (Nezu, 1995; prema McCabe, McGillivray i Newton, 2006). Dagnan i Sandhu (2001) otkrivaju negativan odnos između depresije i samopoštovanja kod osoba s blagim i umjerenim stupnjem intelektualnih teškoća. Dakle, kognitivni čimbenici snažno su povezani s depresijom kod osoba s intelektualnim teškoćama na što se treba obratiti pažnja u liječenju depresivnih poremećaja kod ove populacije (McCabe, McGillivray i Newton, 2006). Pojedini autori ističu iritabilnost (irritable mood) kao poseban simptom depresije kod osoba s IT-om. Iritabilnost se javlja u velikom intenzitetu, a posebno je naglašena kod osoba s nižim stupnjem kognitivnog funkcioniranja, dok kod osoba s lakim, a dijelom i umjerenim stupnjem IT-a prevladava depresivno raspoloženje (depressed affect, ICD-10). Zbog toga, iritabilnost je uključena u dijagnostičke kriterije depresije kod osoba s teškim intelektualnim teškoćama. Poremećaji spavanja i prehrane, socijalna izolacija i gubitak interesa simptomi su karakteristični za sve stupnjeve intelektualnih teškoća (Marston, Perry i Roy, 1997).

6.4. Psihijatrijska dijagnostika

Kada govorimo o dijagnosticiranju poremećaja mentalnog zdravlja kod djece s intelektualnim teškoćama, prisutni su određeni izazovi (Došen, 2005). Sovner i Hurley (1986) navode kako poteškoće u dijagnostici na ovom polju proizlaze 4 razloga. Jedan od njih je intelektualno zaostajanje koje onemogućuje osobi primjereno izražavanje osjećaja i misli. Sljedeći razlog je psihosocijalno maskiranje, a označava manjak socijalne imaginacije. Ovo znači da će simptomi osoba s intelektualnim teškoćama biti neprikladno predočeni. Tako recimo, u slučaju manične psihoze osobe s intelektualnim teškoćama rijetko pokazuju ideju veličine. Razlog tome je činjenica da takve ideje za ovu populaciju ne nose isti socijalni značaj kao što je slučaj kod osoba bez intelektualnih teškoća. Kao treći razlog navode kognitivnu dezintegraciju ili psihičko funkcioniranje na nižoj razini u stresnim uvjetima. Kao posljednji razlog navode značajne promjene u ponašanju kod stresnih situacija koje nisu pretežito znakovite.

6.4.1. Pristupi u dijagnostici psihopatologije

Sturmey (1999) kategorizirao je dijagnostičke metode osoba s intelektualnim teškoćama u tri kategorije, a to su:

- 1- racionalni pristupi (koristi DSM i ICD sustave)
- 2- empirijski pristupi (koristi podatke iz procjene i promatranja koje se podlažu statističkim analizama)
- 3- alternativni pristupi (kao funkcionalna analiza simptoma)

Značajno je spomenuti i pristupe kao što su razvojni, neurobihevioralni i genetičko-bihevioralni Sturmey (1999).

Pojedini autori kod djece s intelektualnim teškoćama koriste iste dijagnostičke kriterije kao kod djece urednog razvoja (Došen, 1994). Reid (1980) razlikuje dijagnoze dječji autizam, manično depresivnu psihozu, shizofreniju, organske psihoze, i poremećaje u ponašanju (hiperkineza, stereotipije, autoagresija). Prateći DSM III sistem, Menolascino (1989; prema Došen, 1994) razlikuje sljedeće dijagnoze s postotcima: shizofrenija (25%), poremećaj 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%) i drugo (3%).

DSM i MKB nisu prikladni za klasificiranje bolesti u slučaju težih i teških intelektualnih teškoća. U slučaju umjerenih IT-a ovi klasifikacijski sustavi za psihičke bolesti tek su djelomično upotrebljivi, dok su kod lakih intelektualnih teškoća najčešće upotrebljivi (Došen, 2005). Dijagnostika koja počiva na fenomenima (simptomima) koji čine pojedinačne dijagnostičke entitete/psihijatrijske simptome onemogućuje praktičarima da se primjereno nose s praktičnim problemima, posebice ako je riječ o djeci, starijim osobama, osobama iz različitih kultura (Došen, 2004). Ovaj problem dijagnosticiranja posebno je izražen u slučaju umjerenih i težih teškoća intelektualnog funkcioniranja.

Zbog potrebe za uvažavanjem simptoma, povijesti, iskustava, okruženja, društvene interakcije i kvalitete života razvio se širi, razvojni pristup (Szymanski i King, 1999) koji se, uzevši u obzir da razvojni aspekti mogu imati bitnu ulogu u razvoju psihopatologije, usmjerio na specifičnosti razvoja osoba s IT (Babić, Škrinjar Frey i Sekušak-Galešev, 2004). Ovakav pristup pruža bolje razumijevanje ponašanja osobe na pojedinoj razini razvoja što dovodi do shvaćanja patogeneze i unapređenja dijagnostike. Razumijevanjem motivacije osobe utječe se planiranje adekvatnog tretmana (Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković, 2013).

Zbog nedostatnosti tradicionalne psihijatrijske dijagnostike Došen i suradnici razvili su razvojno dinamički pristup prema kojem je pojava psihičkih poremećaja određena sljedećim faktorima (Došen, 1994, Ruter, 2001; prema Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković, 2013):

- 1) Specifični biološki čimbenici
- 2) Specifične psihičke okolnosti
- 3) Specifični uvjeti okoline
- 4) Specifičan tijek razvoja

Specifični biološki čimbenik (Sy fragilni X kromosom, fenilketouranija) može utjecati na to da se u specifičnim uvjetima okoline u određenom razdoblju javi psihički poremećaj. Specifične psihičke okolnosti odnose se na ličnost djeteta s intelektualnim teškoćama koja je emocionalno i socijalno osjetljiva i samim tim time, u lošim okolnostima, podložna razvoju problema ponašanja i psihičkih poremećaja. Primjer za to je sklonost depresivnim reaktivnim stanjima prilikom odvajanja od okoline ili bliske osobe. Specifični uvjeti okoline su recimo promjene u obitelji. Poznato je kako je specifičnost tijeka razvoja osoba s intelektualnim teškoćama u raskoraku s tjelesnim i psihičkim razvojem. Uz to, kognitivni razvoj nerijetko je neusklađen s emocionalnim i socijalnim razvojem (Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković, 2013).

Došen (2005) iznosi kako se razvojna perspektiva pokazala korisnom u objašnjenju simptoma, a razvojna psihijatrijska dijagnoza pomaže u razumijevanju fenomenološke dijagnoze. Napominje kako integrativna dijagnoza pruža bolje razumijevanje kliničke slike i temeljnih uzročnih procesa. Rezultati procjene iz različitih izvora ispitivanja stavljaju se u jedan integrativni okvir tvoreći tako cjelovitu kliničku sliku. Valja napomenuti kako se za holističko razumijevanje osobe s intelektualnom teškoćom mora imati, ne samo jasna klinička slika, već i uvid u ispoljavane karakteristike u interakciji tijekom procjene, te na koji način to dovodi do psihičkog poremećaja. Integrativna dijagnostika usmjerena je više na proces nego li na simptome; pokušava se pojasniti patogeneza i pružiti narativno objašnjenje kliničke slike svima na koje ona utječe.

Poremećaji mentalnog zdravlja nepovoljno utječu na funkcioniranje djeteta s intelektualnim teškoćama, ali i na njihove obitelji i osobe koje s njima rade. U komunikaciji s djetetom s intelektualnim teškoćama nije jednostavno utvrditi uzroke koji ga ograničavaju i destabiliziraju. Dakle, dijagnostika zahtijeva holistički, multidisciplinarni pristup uz uvažavanje mišljenja bitnih članova djetetove okoline (Tomljanović i Jokić-Begić, 2021).

6.4.2. Instrumenti za procjenu psihopatologije

Wallander, Dekker i Koot (2003) daju pregled instrumenata za procjenu psihopatologije koji zadovoljavaju sljedeće kriterije:

- a) Procjenjuju širok raspon psihopatologije za najmanje pet različitih sindroma ili klastera
- b) Imaju empirijski izvedene ljestvice s tehnikama faktorske analize
- c) Dizajnirani za djecu do 18 godina
- d) Dizajnirani za djecu koja žive u zajednici
- e) Mogu se ispuniti od strane laičkih ispitanika (roditelji, učitelji)
- f) Postoje dostupne informacije o pouzdanosti ili valjanosti nakon 1980.

Četiri instrumenta zadovoljavaju ove kriterije. Jedan od njih je ABC (The Aberrant Behavior Checklist) izvorno je bio upitnik sastavljen od 58 pitanja, a razvijen u svrhu mjerenja učinaka farmakološke intervencije osoba koje žive u stambenim objektima. Poslije je instrument prilagođen za upotrebu od strane učitelja i roditelja. Strukturu instrumenta čini pet faktora (razdražljivost/ agitacija, letargija/socijalno povlačenje, stereotipno/hiperaktivno nesudjelovanje, neprikladan govor) (Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Drugi instrument, DBC (The Developmental Behavior Checklist) sastoji se od nadređene verzije od 96 stavki i verzije za nastavnike od 94 stavke (Einfeld i Tonge, 1992,1995;prema Einfeld i sur., 1998; prema Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Kao treći instrument spominje se NCBRF (The Nisonger Child Behavior Rating Form) koji originalnoj verziji nadodaje 16 stavki povezanih uz samoozljeđivanje, stereotipna i sramežljiva ponašanja (Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Posljednji navedeni instrument je RSC-DD (The Reiss Screen for Children's Dual Diagnosis) (Wallander, Dekker i Koot, 2003). Riječ je o alatu od 38 stavki koji se koristi za prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod adolescenata i odraslih osoba svih stupnjeva intelektualnih teškoća. Stavke opisuju kategorije ponašanja s ljestvicom odgovora od tri stupnja: (1) nema problema, (2) problem, (3) veliki problem. Reissova ljestvica sadrži 8 subskala s 8 čestica: agresivno ponašanje, simptomi autizma, psihoza, paranoja, depresivni bihevioralni simptomi, depresivni tjelesni simptomi, ovisni poremećaj ličnosti, izbjegavajuće ponašanje. Osim toga, ljestvica sadrži 6 posebnih stavki maladaptivnog ponašanja koje nisu uključeni u 8 subskala (McIntyre, Blacher i Baker, 2002).

Povodom potrebe za stvaranjem adaptiranih klasifikacijskih sustava i dijagnostičkih vodiča Royal College of Psychiatrists je 2001.godine objavio DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for use with adults with Learning Disability) (Došen, 2005).

Autori DC-LD-a navode dijagnostičke kriterije za probleme u ponašanju, a to su (Došen, Gardner, Griffiths, King, Lapointe, 2015).

- Učestalost, težina ili kroničnost koji zahtijevaju kliničku procjenu i posebne intervencije
- Problemi u ponašanju ne smiju biti dio ili posljedica nekog drugog psihičkog poremećaja, rezultat uzimanja psihoaktivnih tvari ili posljedica tjelesnih bolesti
- Problemi u ponašanju utječu na kvalitetu života osobe s IT i njezine okoline/nosi znatan rizik za zdravlje i sigurnost osobe s IT i okoline
- Trajnost i sveobuhvatnost

Prema DC-LD postoje sljedeći tipovi poremećaja u ponašanju: verbalno agresivno ponašanje, fizički agresivno ponašanje, protestno/ometajuće ponašanje, destruktivno ponašanje, seksualno neprilično ponašanje, zahtjevno ponašanje, skitnja, samoozljeđujuće ponašanje, miješano ponašanje, ostali PP i ostali miješani PP (Došen, Gardner, Griffiths, King, Lapointe, 2015).

Došen (2005) ističe kako ispitivanje emocionalnog razvoja kod osoba s intelektualnim teškoćama predstavlja problem jer, za razliku od ispitivanja kognitivne i socijalne razine, u ovom slučaju nedostaju odgovarajući instrumenti procjene. U cilju kreiranja alata za procjenu u ovu svrhu upotrijebljeno je 10 aspekata psihosocijalnog razvoja koji su proizašli iz prijašnjih istraživanja funkcija povezanih s emocijama kod djece s intelektualnim teškoćama. Ovi aspekti psihosocijalnog razvoja su:

- 1- Odnos osobe prema vlastitom tijelu
- 2- Interakcija sa skrbnikom
- 3- Interakcije s vršnjacima
- 4- Odnos prema materijalnim stvarima
- 5- Razlikovanje emocija
- 6- Verbalna komunikacija
- 7- Anksioznost
- 8- Konstantnost objekta
- 9- Poimanje sebe
- 10- Regulacija agresije

Ovi aspekti trajno su prisutni tijekom života, a posljedično podložni promjenama tijekom različitih razvojnih faza. SEAD (Schema of Appraisal of Emotional Development) je alat za procjenu koji je razvijen u skladu s promjenama koje se odvijaju u 10 aspekata psihosocijalnog razvoja tijekom pet razvojnih faza. SEAD popunjavaju iskusni profesionalci koji promatraju osobu o kojoj se radi ili intervjuiraju skrbnike (Došen, 1990; prema Došen, 1997; prema Došen, 2005).

Moss i sur. (1998) ispitali su pouzdanost i valjanost PAS-ADD checkliste za otkrivanje psihijatrijskih poremećaja kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. PAS-ADD je screening instrument posebno osmišljen kako bi pomogao stručnjacima da prepoznaju probleme mentalnog zdravlja kod osoba a IT-om za koje skrbe. Instrument sadrži checklistu od 29 simptoma. Stavke su napisane na svakodnevnom jeziku, čineći ovaj instrument prikladnim za pojedince koji nemaju iskustvo na području psihopatologije.

6.5. Tretman i liječenje

Tretman za psihički oboljele osobe s intelektualnim teškoćama trebao bi uvažavati uvjete okoline osnovne emocionalne potrebe i adaptivne mogućnosti osobe (Došen, 2000; prema Došen, 2005).

U tretiranju psihijatrijskih stanja na prvom mjestu treba biti osoba. Potreba za tretmanom osobe definirana je multidimenzionalnom i multiprofesionalnom procjenom. Važno je odrediti početnu točku i cilj tretmana, te se tako postiže zadovoljavanje osnovnih emocionalnih potreba. Svrha ovakvog tretmana je, kroz prihvaćanje pojedinca, osnažiti ga da pronađe svoje mjesto i ulogu u okruženju. Druga bitna stavka je uklanjanje ili smanjenje psihijatrijskog poremećaja kroz integrativni pristup (Došen, 2007).

Prevladavajući terapijski pristup u liječenju psihopatologije kod osoba s intelektualnim teškoćama je primjena psihotropnih lijekova u kombinaciji s metodama bihevioralne modifikacije ponašanja (Willner, 2005).

Potrebno je da terapijske metode koje se koriste odgovaraju razvojnoj razini, stupnju oštećenja i verbalnim sposobnostima pojedinca (Došen, 2007).

Psihosocijalne intervencije

ABA (engl. Applied Behaviour Analyses)

ABA, primijenjena analiza ponašanja pristup temeljen na prirodnim znanostima. Za cilj ima za promijeniti društveno značajno ponašanje temeljeno na osnovnim načelima učenja, uključujući klasično i operantno uvjetovanje. ABA se bavi mijenjanjem i objašnjavanjem ponašanja, ali izbjegava pripisivanje promjena ponašanja nevidljivim mentalnim stanjima ili strukturama. Iako biheviorizam priznaje važnost bioloških i kulturnih značajki u uzrokovanju ponašanja, stavljen je veći naglasak na operantno ponašanje i trenutne komponente okruženja koje kontroliraju ponašanje (Baer, Wolf, i Risley, 1968).

Mnogi stručnjaci i obitelji djece s teškoćama izjednačavaju primijenjenu analizu ponašanja s PDN-om (engl. Discrete trial training). Podučavanje diskriminativnim nalogima vrlo je često strukturirana tehnika primijenjene analize ponašanja, no samo po sebi ne čini sveobuhvatni program i ne omogućuju prikladnu podršku (Petković, Frey Škrinjar, Hranilović, Divčić i Stošić, 2010).

Nekoliko meta- analiza potvrdilo je da je ABA praksa utemeljena na dokazima za liječenje psihijatrijskih poremećaja maladaptivnog ponašanja i psihijatrijskih poremećaja kod osoba s lakim intelektualnim teškoćama. Meta-analize utvrdile su i kako je ABA učinkovita tretman za stanja kao što su strahovi i fobije (Sturmey, 2012).

Jennett and Hagopian (2008) proveli su sustavni pregled literature tretmana fobija kod osoba s intelektualnim teškoćama. pokazalo se kako je bihevioralni tretman, usmjeren na bihevioralnu komponentu fobije, izuzetno pogodan osobe s intelektualnim teškoćama.

Sturmey (2012) navodi kako je nekoliko bihevioralnih intervencija pokazalo da je, uvođenjem željenih aktivnosti osobe povezanih s pozitivnim afektivnim ponašanjem, moguće utjecati na povećanje ponašanja koje pokazuje pozitivno raspoloženje, te utjecati na smanjenje ponašanja koja su povezana s negativnim raspoloženjem odraslih osoba s intelektualnim teškoćama bez depresije.

Travis i Sturmey (2008) govore kako studije demonstriraju efikasnost tretmana utemeljenih na analizi ponašanja u smanjenju deluzivnog verbalnog ponašanja kod osoba s intelektualnim teškoćama.

KBT (engl. Cognitive Behaviour Therapy)

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) je skup bihevioralnih intervencija, a uključuje učenje vještina, terapiju izlaganjem, vježbe opuštanja, te kognitivne intervencije koje utječu na maladaptivne obrasce mišljenja. KBT počeo se znatno primjenjivati kao tretman za ljutnju i depresiju, ali ima ograničenu empirijsku potvrdu (Sturmey, 2012).

McCabe, McGillivray, i Newton, (2006) proveli su studije o učinkovitosti programa intervencije za depresiju kod osobe s lakim i umjerenim intelektualnim teškoćama. Nalazi studije pokazuju da je sudjelovanje u programu intervencije imalo značajan utjecaj na simptome depresije i druge psihosocijalne varijable. Rezultati su pokazali da je eksperimentalna skupina imala značajno niže rezultate depresije po završetku programa. Sudionici eksperimentalne skupine postigli su i porast na rezultatima socijalne usporedbe u odnosu na kontrolnu skupinu koja nije bila izložena intervencijskom programu, što znači da su sudionici programa intervencije sebe ocjenjivali pozitivnije prilikom usporedbe s drugima. Uz to, nakon prolaska kroz program, eksperimentalna skupina bilježi znatno smanjen broj negativnih automatskih misli. Nalazi studije sugeriraju da intervencijski program pomaže u smanjenju učestalosti i težine depresivne simptomatologije i da je učinkovit u jačanju osjećaja vlastite vrijednosti sudionika i

doživljavanja sebe na pozitivniji način kada se uspoređuju s drugima. Follow-up studija provedena 3 mjeseca nakon provedene intervencije pokazala je da su se pozitivne promjene održale tijekom vremena. McCabe, McGillivray, i Newton, (2006) napominju kako studija potvrđuje učinkovitost KBT programa za osobe s blagim i umjerenim intelektualnim teškoćama koje pokazuju depresivne simptome, ali studija ne uključuje osobe s depresivnim poremećajem. Posebna pažnja kognitivno- bihevioralnoj terapiji pridaje se u tretmanu ljutnje (Sturmey, 2012). Međutim, Hamelin, Travis, i Sturmey, (2013)proveli su sistematičan pregled nekoliko studija i zaključili kako su sve studije nepouzdana kvalitete. Sturmey (2012) zaključuje kako trenutno postoje samo ograničeni dokazi o učinkovitosti KBT-a kao terapije u slučaju osoba s intelektualnim teškoćama koje pokazuju probleme mentalnog zdravlja.

Psihoterapija

Nadalje, savjetovanje i razni oblici psihoterapije primjenjuju se dug niz godina kod osoba s intelektualnim teškoćama. Za sada, ne postoje eksperimentalna istraživanja ovih intervencija (Almodovar i Sturmey, 2013).

Jackson i Beail (2013) zaključuju kako su, unatoč više od 30 godina prakse, dokazi o učinkovitosti psihoanalitičke i psihodinamske psihoterapije, još uvijek ograničeni.

Shepherd i Beail (2017) pregledom literature zaključuju kako se pojavljuju dokazi koji pokazuju da psihodinamska psihoterapija može biti učinkovita

u smanjenju psihičkog stresa kod osoba s intelektualnim teškoćama. Valja napomenuti da pregled uključuje samo deskriptivne studije slučaja budući da nisu objavljena eksperimentalne studije. U usporedbi s istraživanjem kognitivno-bihevioralne psihoterapije kod osoba s intelektualnim teškoćama, studije na ovom području lošije su kvalitete. Ističu potrebu za istraživanjem ove problematike imajući na umu stupanj intelektualnih teškoća sudionika i razvoj prikladnog mjerenja ishoda istraživanja kada je riječ o ovoj populaciji.

Ostale intervencije

Senzorne intervencije, kao terapija senzorne integracije, postale su aktualne u primjeni. Koriste se u svrhu smanjenja nepoželjnih i uvođenja adaptivnih ponašanja, međutim trenutno ne postoje dokazi o učinkovitosti ovih tretmana (Sturmey, 2012).

Terapija glazbom u ovom slučaju ima male i kratkoročne učinke. Svakako, nije moguće sa sigurnošću to tvrditi jer je mal broj istraživanja na ovom području, osobito onih s klinički značajnim rezultatima povezanim s trajanjem tretmana i značenju koje ima na individualnoj razini (Sturmey, 2012).

Farmakoterapija

Primjena lijekova ima dobrobiti za liječenje psihički oboljele osobe s intelektualnim teškoćama. Odabir lijekova treba provoditi kliničar sa znanjem o brizi za mentalno zdravlje ovih osoba. Međutim, postoji jako malo dokaza koji bi usmjeravali određivanje bihevioralnih i psihijatrijskih simptoma kod ove populacije, a to je zato što su osobe s IT-om povijesno nedovoljno zastupljeni u studijama ispitivanja lijekova (Häbler, Thome i Reis, 2014).

U Ujedinjenom Kraljevstvu provedeno je veliko istraživanje o propisivanju antipsihotika za 2319 odraslih osoba svih dobnih skupina s IT-om. Utvrđeno je da su najčešći indikacije su bile za psihotičnu bolest (42%) i anksioznost (42 %), dok su za probleme u ponašanju poput agresije (38 %), prijetećeg ponašanja (30 %) i samoozljeđivanja (13 %) također su bile uobičajene indikacije (Paton i sur., 2011).

Risperidon se pokazao kao najpropisivaniji antipsihotik, osobito za agitaciju i anksioznost, zatim slijedi olanzapin, najčešće propisivan za psihotične simptome (Deb i sur., 2014; prema Cohen i sur., 2013; prema Eady, 2015).

Tretman za probleme ponašanja može uključivati primjenu lijekova za pomoć upravljanja ponašanja koja se mogu pripisati psihičkom poremećaju kao što je to anksioznost, poremećaj

raspoloženja ili psihoza. Teško je odrediti uzrok problema u ponašanju, a lijekovi se često koriste bez jasnih indikacija (Eady, 2015).

Većina smjernica farmakoterapiju kod problema ponašanja preporučuju oprezno praćenje reakcije, praćenje nuspojava, i provođenje perioda kratkoročnog tretmana ako je moguće (Deb i sur., 2009; prema Eady, 2015). U jednom vremenskom periodu trebao bi se koristiti samo jedan lijek i to u preporučenoj dozi, a prije nego li se uvede kombinacija terapija trebaju se sagledati mogućnosti samo jedne terapije. Potrebno je provoditi follow-up posjete, a tijekom perioda tretmana potrebno je učestalo sagledavati priliku smanjenja doze ili potpunog prekida uzimanja lijeka (Häßler, Thome i Reis, 2014).

Korištenje psihotropnih lijekova za osobe s IT-om ostaje kontroverzno, posebno kod starijih osoba s demencijom. Trenutne preporuke su koristiti alternativne tretmane (kao bihevioralne intervencije) kao prvi izbor, a u slučaju korištenje psihotropnih lijekova treba biti kratkotrajno, a uzimanje treba pažljivo pratiti. Treba se istražiti je li najnovija generacija antipsihotika kao što je aripiprazol sigurnija i podnose li ga osobe s IT-om lakše i sigurnije. Lijekovi za liječenje demencije kod osoba s IT-om je sigurno i dobro se podnosi, dok se problemi sa spavanjem liječe melatoninom. U svakom slučaju, postoji velik nedostatak dokaza i kvalitetno osmišljenih studija o učinkovitosti većine tretmana lijekovima kod ove populacije (Eady, 2015).

6.6. Etiologija

Wallander, Dekker i Koot (2006) napominju kako kliničari moraju imati na umu da kod djece s intelektualnim teškoćama postoji velika opasnost za razvoj nekog od psihičkih poremećaja. eđutim, unutar ove skupine kod neke djece postoji veći rizik nego kod druge. Najznačajniji faktor rizika u bilo kojem trenutku je ranija psihopatologija, a kao istaknute faktore ovi autori navode i tjelesne simptome, roditeljski stres i obiteljsku disfunkcionalnost. Individualne razlike u razvoju kompetencije ili socijalni kontekst nisu se pokazali kao uzročni faktori psihopatologije.

Povezanost između tjelesnih simptoma i psihopatologije postoji kada je somatska indikacija psihopatologije isključena iz razmatranja, a može označavati biološku ranjivost za razvoj psihopatologije. Biološka disfunkcija je kod djece s intelektualnim teškoćama prisutna u većoj stopi nego u općoj populaciji, čak i kada nedostaju jasno identificirani organski uzroci njihove

invalidnosti. Osim ugrožavanja tjelesnog zdravlja, biološka disfunkcija može povećati rizik od psihopatologije (Wallander, Dekker i Koot 2006).

Podatci o povezanosti između psihopatologije djeteta i roditeljske i obiteljske disfunkcionalnosti ne određuju je li roditeljska/obiteljska disfunkcija uzrok ili posljedica psihopatologije. Vrlo je moguće da je ova povezanost prisutna zbog prijenosa psihološke disfunkcije na dijete genetikom ili okolinom što potom povećava stres članova obitelji i narušava funkcioniranje obitelji. Znamo da su osobe s IT-om izloženi riziku od psihičkog stresa, od čega velik dio može proizaći iz negativno percipiranih međuljudskih odnosa. Postoji mogućnost da roditeljski stres i obiteljska disfunkcionalnost dodatno opterećuju sposobnost suočavanja sa psihičkim stresom djece s intelektualnim teškoćama (Wallander, Dekker i Koot 2006).

Uzevši u obzir temeljne spoznaje razvoja i kognitivnog funkcioniranja djece s intelektualnim teškoćama, mogu se predvidjeti faktore za razvoj psihopatologije. Suvremeni pristupi kao moguće uzroke psihičkih poremećaja i bolesti posebno naglašavaju važnost međusobnog odnosa bioloških, socijalnih i psiholoških faktora (biopsihosocijalni model) (Lindau, Laumann, Levinson i Waite, 2003).

Koskentausta, Livanainen i Almgvist (2007) iznose rezultate svog istraživanje prema kojem iznose da se rizik od psihopatologije kod djece s IT najznačajnije povećava ograničenjima u adaptivnom ponašanju, poremećenim razvojem jezika, lošom socijalizacijom, životom sa samo jednim biološkim roditeljem, niskom socioekonomskim statusom, te u slučaju umjerenih intelektualnih teškoća.

Autori Koskentausta, Livanainen i Almgvist (2007) navode kako, iako su rezultati istraživanja o povezanosti stupnja intelektualnih teškoća i psihopatologije u sukobu, njihovi rezultati idu u prilog povećanom riziku psihopatologije kod djece s umjerenim stupnjem IT.

Povezanost komunikacijskih vještina i psihopatologije je složena. Teškoće u razumijevanju i, povodom toga, osjećaj neuspjeha koji se javlja, uzrokuje frustraciju čineći ispitanike podložnima iskazivanju problema u ponašanju. Siromašna komunikacija otežava procjenu psihopatologije (Koskentausta, Livanainen i Almgvist, 2007).

Autori Koskentausta, Livanainen i Almgvist (2007) pronašli su nalaze povezanosti slabe socijalizacije i ograničenja u adaptivnom ponašanju s razvojem psihopatologije. Danas su djeca s IT uglavnom integrirana u zajednicu, što može biti zahtjevno za dijete s ograničenim

adaptivnim funkcioniranjem. S druge strane, psihijatrijski poremećaji kompliciraju učenje društvenih i svakodnevnih životnih vještina

6.7. Epidemiologija

Ne postoji mnogo istraživanja vezanih uz prevalenciju psihijatrijskih poremećaja kod djece i adolescenata s i bez intelektualnih teškoća (Emerson, 2003). Osim toga, istraživanja se međusobno značajno razlikuju s obzirom na definicije psihopatologije, instrumente, s obzirom na metode korištene za odabir uzorka ispitanika, te dob i stupanj intelektualnih teškoća ispitanika. Stoga, ne iznenađuje činjenica da se prevalencija psihopatologije u različitim studijama kreće od 4 do 65% (Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Procjene o prevalenciji psihijatrijskih poremećaja kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama variraju u rasponu od 10 do 70%, dok pre među djecom i adolescentima varira između 10% i 60% (Koskentausta, Livanainen i Almqvist, 2002). Navedene razlike otežavaju postizanje „najbolje“ procjene prevalencije (Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Studije provedene u Engleskoj, Škotskoj, Finskoj, Nizozemskoj i Sjedinjenim Američkim državama iznose značajno povećani rizik za razvoj psihopatologije kod djece s intelektualnim teškoćama u odnosu na opću populaciju (Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Nekoliko autora kao referentnu točku u svojim istraživanjima koristi usporednu skupinu djece urednog razvoja. Tako recimo, Rutter i sur. (1970; prema Wallander, Dekker i Koot, 2003) navode četverostruko Koller, Stephen, Richardson, Katz i McLaren (1982; prema Wallander, Dekker i Koot, 2003) sedmerostruko, a Stanković (2002; prema Wallander, Dekker i Koot, 2003) šesterostruko veći rizik od psihopatologije kod djece s IT-om. Važno je napomenuti kako su spomenute studije kao uzorak odabrale djecu s blagim stupnjem intelektualnih teškoća. Dakle, provodili su istu procjenu psihopatologije kod obje skupine ispitanika. Djeca s težim stupnjevima intelektualnih teškoća pokazuju simptome koji se rijetko viđaju u općoj populaciji (samoozljeđivanje, eholalija, stavljanje predmeta u usta, smijanje „bez razloga“). Ovakva ponašanja obično ne mogu biti procijenjena instrumentima koji se koriste kod opće populacije što znači da je nemoguća usporedba s cijelim spektrom intelektualnih teškoća (Wallander, Dekker i Koot, 2003).

Buckley i suradnici (2020) objavljuju rezultate o prevalenciji od 38% i 49% psihičkih simptoma kod djece i adolescenata s intelektualnim teškoćama. Prema provedenom istraživanju najčešće zabilježeni psihički poremećaji uključuju: ADHD (39%), anksiozni poremećaji (7–34%), poremećaji ponašanja i eksternalizirajući poremećaji (3–21%) i depresivni poremećaj (3–5%). Dobiveni podatci su uglavnom slični procjenama prevalencije u svijetu objavljenim u meta-analizi koja je dala pregled 41 studije u 27 zemalja. Dobiveni podatci prevalencije su: disruptivni poremećaji (5,7%), anksiozni poremećaji (9,6%) i depresivni poremećaji (2,6%) (Polanczyk i sur., 2015). Navedeni rezultati upućuju na činjenicu da formalne psihijatrijske dijagnostičke kategorije (osim ADHD-a) ne mogu obuhvatiti puni opseg problema psihički oboljelih osoba s intelektualnim teškoćama (Buckley i sur., 2020).

Sekundarna analiza ONS istraživanja o mentalnom zdravlju djece i adolescenata u Velikoj Britaniji navodi tri zaključka (Meltzer i sur., 2000; prema Emerson, 2003):

- a) Stope poremećaja ponašanja, anksioznih poremećaja, ADHD-a, hiperkineze i prevazivnih razvojnih poremećaja veće su među djecom s intelektualnim teškoćama u odnosu na djecu bez intelektualnih teškoća
- b) Nema statistički značajnih razlika između djece s i bez IT u stopama depresivnih poremećaja, poremećaja prehrane i psihoza
- c) Čimbenici povezani s povećanim rizikom od psihopatologije uključuju dob, spol, socijalnu deprivaciju, obiteljske značajke i funkcioniranje obitelji, mentalno zdravlje skrbnika, brigu o djetetu

Ispravnost rezultata ove studije ovisi valjanosti primijenjene definicije intelektualnih teškoća i valjanosti dijagnostičkog instrumenta procjene DAWBA (Developmental and Well-Being Assessment) za procjenu psihijatrijskih poremećaja kod djece i adolescenata i intelektualnim teškoćama (Emerson, 2003).

Pojavnost poremećaja u ponašanju i psihičkih poremećaja djece s intelektualnim teškoćama povećava se smanjenjem kognitivnih sposobnosti. Kognitivne sposobnosti odražavaju se i na nastajanje vrste poremećaja i ispoljavanje poremećaja. Ističe se kako se određene psihijatrijske dijagnoze češće uspostavljaju kod djece s težim IT nego kod djece s lakim IT (Došen, 1994). Gillberg napominje kako se kod djece s IQ-om ispod 50 psihički poremećaji pojavljuju u 64%, dok se kod djece s IQ-om između 50 i 70% pojavljuju u 57% slučajeva (Mamić, 2012). Dakle,

razina inteligencije djeteta ima bitnu ulogu za vrstu psihopatologije (koja se javlja u određenim uvjetima) i za simptomatologiju s kojom se psihopatologija javlja (Došen, 1994).

Visoka prevalencija povezana je s nepovoljnim biološkim, psihološkim i socijalnim čimbenicima, a njih vežemo uz biološko stanje i psihosocijalno funkcioniranje osobe s intelektualnim teškoćama u okolini. Ako imaju pozitivno iskustvo s okolinom, odnosno ako su prihvaćene i primjereno uključene u društvo, većina osoba s intelektualnim teškoćama može imati zdrav psihički život (Not,2008).

7. Organizacija skrbi

Skrb za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama, kako kod nas, tako i u svijetu, nije na razini skrbi za druge bolesnike. U skrbljenju za psihički oboljele osobe s IT-om treba sudjelovati više specijaliziranih stručnjaka, kao što su edukacijski rehabilitatori, logopedi, psiholozi, socijalni pedagozi, socijalni radnici, radni terapeuti, medicinske sestre, psihijatri, neurolozi i liječnici opće prakse. Budući da se radi o osobama koje često nemaju razvijen govor i imaju višestruke teškoće, podrazumijeva se da i opća zdravstvena skrb zahtijeva poseban pristup različitih specijalizanata s njihovim timovima (Poredoš Lavor i Radišić, 2011).

Lin, Yen, Li i Wu (2005) proveli su istraživanje na 1026 osoba s intelektualnim teškoćama. Istraživanje je pokazalo da su psihijatrijski poremećaji kod ove populacije prevladavajući, te da su češće koristili usluge zdravstvene skrbi u usporedbi s općom populacijom. Autori istraživanja predlažu da bi zdravstveni sustav trebao razviti sistem praćenja zdravstvenog statusa ovih osoba, te učiniti da usluge za njihovu brigu mentalnog zdravlja budu lako dostupne. Unatoč visokoj prevalenciji problema mentalnog zdravlja, potrebe zdravstvene skrbi osoba s intelektualnim teškoćama često su nezadovoljene (Yen, Loh i Lin, 2009). Iako su ove potrebe višestruke, zahtjevne, dugotrajne i skupe (Kolaitis, 2008), primjerena zdravstvena skrb je nužna za održavanje dobre kvalitete brige o osobama s intelektualnim teškoćama unutar zajednice. Kakogod, informacije o općem zdravstvenom statusu ove populacije su manjkave (Yen, Loh i Lin, 2009).

Malo je zemalja koje su uopće nastojale razviti sveobuhvatano pružanje usluga za psihički oboljele osobe s IT-om. Zbog ograničenog broja specijaliziranih centara u područjima s većom populacijom dolazi do toga da se ovo populaciji osoba s IT-om pružaju opće, nespecijalizirane, psihijatrijske usluge (Holt, 2000; prema Cumella, 2007).

Osnovne i dodatne usluge za osobe s IT-om s razvijenom psihopatologijom obuhvaćaju, ako je to moguće multidisciplinarni, integrativni pristup i dijagnozu, specijalizirano liječenje i dodatnu podršku, kao i koordinaciju programa. Pružatelji usluga obvezni su pružiti specijalističke konzultacije unutar zajednice (roditeljske udruge, obitelji, obrazovne ustanove, socijalne službe, regionalne službe za mentalno zdravlje) (Došen, Gardner, Griffiths, King, Lapointe, 2015).

Postoje samo ograničeni podaci koji nude sveobuhvatan prikaz razvoja usluga na međunarodnoj razini za osobe s intelektualnim teškoćama, a generalizacija je otežana zbog različitog razvoja usluga između pojedinih zemalja (Hot i sur., 2000; prema Cumella, 2007).

Razlike postoje vrsti, kvaliteti i razini razvoja usluga. Stoga, dok u pojedinim zemljama postoje dobro strukturirane specijalizirane usluge u području mentalnog zdravlja osoba s IT-om, u drugim zemljama te se usluge suočavaju s različitim organizacijskim i strukturnim problemima. Uz to, neke zemlje spomenute usluge pružaju prvenstveno u ustanovama za opću populaciju, dakle po principima predviđenima za opću populaciju, što je najčešće neučinkovito (Došen, Gardner, Griffiths, King, Lapointe, 2015).

Ipak, postoje primjeri dobre prakse pružanja usluga u ovom kontekstu, a jedan od njih je Ujedinjeno Kraljevstvo gdje se nalaze usluge odvojene samo za ovu populaciju, specijalizirane bolnice za dugi boravak, usluge u zajednici povezane s uslugama u području mentalnoga zdravlja za opću populaciju i uslugama za osobe s intelektualnim teškoćama, te usluge u zajednici integrirane s ostalim uslugama za intelektualne teškoće (Bouras i Holt, 2001; prema Došen i sur., 2015).

Nizozemska ima različite specijalizirane usluge. One uključuju: „specijalizirane odjele za osobe s intelektualnim teškoćama u općim psihijatrijskim bolnicama, specijalizirane centre za djecu i adolescente s blagim intelektualnim teškoćama (MFC) i psihičkim poremećajima te problemima ponašanja, specijalizirane interventne psihijatrijske timove za djecu i adolescente s umjerenim i ozbiljnim intelektualnim teškoćama i problemima mentalnoga zdravlja, centre za konzultaciju i ekspertizu s interventnim funkcijama za djecu i odrasle sa svim razinama intelektualnih teškoća i problemima mentalnoga zdravlja, De Swai, za sve dobi, sve stupnjeve IT, sve vrste psihičkih poremećaja i problema ponašanja“ (Došen and Van Belle-Kusse, 2007; prema Došen i sur., 2015, str. 70).

Budući da smo upoznati s problematikom velikog rizika od psihičkih oboljenja osoba s IT-om, djelovanje u smjeru prevencije od velikog je značaja. Bitna je suradnja između specijalnih timova stručnjaka i pružanje pomoći roditeljima kako bi donijeli najbolje odluke za odgoj i obrazovanje svoje djece. Dakle, stručnjaci trebaju surađivati sa školama i drugim ustanovama

koje djeca posjećuju. Kada bi se provodila optimalne raspodjele psihijataru, s ovom djecom trebalo bi raditi čak 5 do 8% ukupnog broja psihijataru. Osim podrške i pomoći psihički oboljeloj djeci s IT-om i njihovim obiteljima, organizacija poput ove unaprijedila bi znanja na ovom području. Sve to iziskuje materijalna sredstva, ali i visoko specijalizirane stručnjake (Došen, 1994).

Whittle i sur. (2017) ističu kako se osobe s intelektualnim teškoćama mogu suočiti sa značajnim preprekama u pristupu uslugama za mentalno zdravlje. Međutim, podaci su nedostadni da bi se odredile specifičnosti barijera s kojima se osobe susreću na ovom području. Autori zaključuju kako prepreke postoje u četiri dimenzije. Organizacijske prepreke su najznačajnije, dok su nedostatak usluga i nedostatak slaganja oko najprikladnijeg modela usluge isto tako su prepoznati kao bitne dimenzije. Kvaliteta dostupnih usluga također je određena kao problematična. Kako bi se za osobe s intelektualnim teškoćama omogućila jednakost i puni pristup uslugama mentalnog zdravlja nužno je obratiti pažnju na nedostatke u kliničkom znanju i problemima dijagnostike koji doprinose slabom prepoznavanju potreba i neadekvatnom liječenju.

8. Kvaliteta života

Kvaliteta života osoba s intelektualnim teškoćama određena je, isto kao i u ostatku populacije, posrednim i neposrednim međusobnim odnosima u društvu, zajednici, politici, proizvodnji, kulturi, odgoju, obrazovanju i vrstama podrške koje ovim osobama stoje na raspolaganju (Galeša, 1996; prema Bratković i Rozman, 2007). Paradigma kvalitete života određena je konceptima kao što su je samoodređenje, emancipacija, inkluzija i osnaživanje. Međutim, u svakodnevnoj praksi stručnjaci nailaze na poteškoće u primjeni ovih načela kvalitete života. Ove teškoće posebno su izražene u slučaju osoba s intelektualnim teškoćama sa psihičkim problemima (Schalock, 2005).

Morrise i sur. (2013) istražuju je li osam domena mentalnog zdravlja (osobni razvoj, samoodređenje, interpersonalni odnosi, socijalna uključenost, prava osobe, emocionalna dobrobit, tjelesna dobrobit, materijalna dobrobit) primjenjivo na psihički oboljele osobe s intelektualnim teškoćama. Unutar domene samoodređenja autori objašnjavaju da je potrebno osobama osigurati mogućnost izbora, u okviru u kojem to mogu podnijeti. Pri izboru, preporučuje se ograničen broj mogućnosti jer prevelik izbor može biti zbunjujući i apstraktan, što dovodi do stresa i anksioznosti. Napominju i kako na kvalitetu života utječe količina sloboda

koju ove osobe doživljavaju, posebno pri prelasku u odraslu dob kada iznenada dobivaju veću slobodu što može izazvati problem. Mogu se pojaviti i problemi vezani uz granice. Naime, osobe s IT-om koje imaju problema s mentalnim zdravljem imaju teškoće pri postavljanju granica (recimo u prehrani, što može biti uzrokovano stresom i nemirom na emocionalnoj razini). Nadalje, interpersonalni odnosi isto tako imaju bitan odraz na kvalitetu života. Psihički oboljele osobe s intelektualnim teškoćama, kao i svi ostali, imaju potrebu za socijalnom interakcijom i dugoročnim odnosima. Nažalost, često je njihov društveni krug ograničen na obitelj, stručnjake i ostale klijente kojima su okruženi. Glede socijalne inkluzije ističe se potreba osoba da imaju partnera, posao, kuću i prijatelje, a izostanak osjećaja pripadnosti ostavit će svoj trag na kvaliteti života pojedinca. Naposljetku, unutar domene emocionalne dobrobiti, na kvalitetu života osoba s intelektualnim teškoćama i problemima mentalnog zdravlja doprinosi bliskost, struktura, pozitivna pažnja, potvrda, poštivanje ritma osobe, doživljavanje osobe na ozbiljan način, prilagodba zahtjeva okoline.

Linna i sur. (1999) navode da kognitivni nedostaci mogu biti povezani s privrženošću rutini, disfunkcija središnjeg živčanog sustava često je povezana sa simptomima ADD-a, a iskustva iz okoline kao što su neuspjeh, odbacivanje ili doživljavanje roditeljskog razočaranja mogu dovesti do niskog samopouzdanja i regresije. Pretjerano zaštićivanje ili infantilizacije od strane skrbnika doprinosi osjećaju nedostatnosti, te potiče ovisnost i nisku toleranciju na frustraciju.

Noorthoorn i sur. (2021) ističu povezanost traume i intelektualnih teškoća, kao i povezanost traume s lošim općim funkcioniranjem i nižom kvalitetom života osoba s IT i psihičkim bolestima. Napominju važnost ranog identificiranja trauma i intelektualnih teškoća kod osoba sa psihičkim bolestima kako bi se utjecalo na opće funkcioniranje i kvalitetu života.

Kramarić, Sekušak-Galešev i Bratković (2013) svojim istraživanjem zaključili su kako je povezanost kvalitete života i pojave psihičkih poteškoća i poremećaja u ponašanju statistički značajna kod ispitanika u obitelji, kao i kod ispitanika smještenih u instituciji, što nam govori da u oba slučaja postoje zaštitni i rizični faktori povezani s kvalitetom života koji utječu na mentalno zdravlje ispitanika.

9. Zaključak

Prije oko pola stoljeća vladalo je mišljenje da djeca s intelektualnim teškoćama ne mogu psihički oboljeti što je dovelo do zaostajanja u razvoju psihijatrija i skrbi za ovu populaciju. U vremenu od tada, dječja psihijatrija znatno je napredovala, te se sada smatra je za

sveobuhvatno shvaćanje psihičke problematike djeteta izuzetno bitno razumijevanje psihičkih bolesti odraslih. Stručnjaci na području intelektualnih teškoća drže da uvid u psihički razvoj i psihopatologiju djece s intelektualnim teškoćama može biti od ključne važnosti za napredak opće psihijatrije, dječje psihijatrije, psihologije i drugih struka koje se bave mentalni zdravljem opće populacije (Došen, 2005).

Postoje čvrsti dokazi da su poremećaji ponašanja (agresija, napadi bijesa, stereotipije, samoozljeđivanje) česti kod djece i odraslih s intelektualnim teškoćama. Podatci o prevalenciji raspoloženja, anksioznosti i psihotičnih poremećaja manje su pouzdani zbog brojnih metodoloških problema, kao što je problemi u valjanosti dijagnosticiranja ovih poremećaja kod osoba s intelektualnim teškoćama. Iako su podatci o prevalenciji psihopatologije nedostadni, znamo da je u tretmanu učestalo prepisivanje psihotropika. Posebno je raširen tretman psihopatologije osoba s IT-om koji uključuje Applied Behaviour Analyses (ABA) i ostalih bihevioralnih intervencija (Sturmeij, 2012). Određivanje faktora rizika pomaže u dijagnosticiranju i mogućoj prevenciji razvoja psihopatologije kod ove djece (Koskentausta, Livanainen i Almgvist, 2007).

Otkriti simptomatske ekvivalente između osoba s i bez intelektualnih teškoća može biti izazovno, stoga postoje teškoće u organizaciji skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama (Babić, Škrinjar Frey i Sekušak-Galešev, 2004). Teškoće u dijagnostici psihičkih poremećaja kod osoba s umjerenim i težim intelektualnim teškoćama proizlaze iz intelektualnog nedostatka (mogućnost neadekvatnog izražavanja misli i osjećaja), psihosocijalne nezrelosti (neprepoznatljivost simptoma), kognitivne dezintegracije u uvjetima stresa i zbog bazičnog reagiranja (Sauner i Hurley, 1986; prema Došen, 1994). S obzirom da osobe s intelektualnim teškoćama mogu imati izmijenjene simptome istih poremećaja kao kod opće populacija, korištenje DSM I ICD dijagnostičkih kriterija može biti složeno. (Babić, Škrinjar Frey i Sekušak-Galešev, 2004). Dok neki autori koriste iste dijagnostičke kriterije za djecu s intelektualnim teškoćama i djecu urednog razvoja, drugi su razvili skale za psihijatrijske dijagnoze ove populacije (The Reiss Screen for Children's Dual Diagnosis). U današnje doba, postoje sofisticiraniji instrumenti procjene kao što je PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities i DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities Mental Retardation).

Babić i sur. (2004) navode kako je vremenom nastupilo uviđanje psihijatara da je za adekvatnu strategije za pomoć nužno imati, kako uvid u patogenezu, tako i u pacijentove subjektivne

unutarnje doživljaje. Prepoznavanje potreba pojedinca je temelj dobrih strategija, individualiziranih programa i terapijskih intervencija.

Za kraj, smatram da je problematika psihopatogeneze kod osoba s intelektualnim teškoćama, u kontekstu edukacijsko-rehabilitacijske znanosti i prakse, od osobitog značaja i da je potrebno djelovati u smjeru podizanja svijesti i provođenja edukacija vezanih uz ovu problematiku. Na taj način, kao edukacijski rehabilitatori djelujemo u smjeru očuvanja i skrbi za mentalno zdravlje ove osjetljive populacije.

10. Literatura

2. Ayub, M., Saeed, K., Munshi, T. A., & Naeem, F. (2015). Clozapine for psychotic disorders in adults with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
3. Babić, G., Frey Škrinjar, J., & Sekušak-Galešev, S. (2004). Primjena razvojne psihijatrijske dijagnostike u procjeni psihičkih poremećaja kod osoba s mentalnom retardacijom i autizmom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40(1), 129-138.
4. Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). *Some current dimensions of applied behavior analysis*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91–97.
5. Begovac, I., Antić, M., Arbanas, G., Bačan, M., Bambulović, I., Barišić, N., ... & Žaja, O. (2021). Dječja i adolescentna psihijatrija. Preuzeto s <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:3027>

6. Božičević, V., Brlas, S., i Gulin, M. (2012). Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-Podravske županije, Virovitica.
7. Bradley, E., Lunskey, Y., Palucka, A., & Homitidis, S. (2011). *Recognition of intellectual disabilities and autism in psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 5(6), 4–18.* doi:10.1108/20441281111187153
8. Bratković, D., & Rožman, B. (2006). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 42(2), 101-112.* Preuzeto na <https://hrcak.srce.hr/file/27279>
9. Buckles, J., Luckasson, R., & Keefe, E. (2013). A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6(3), 181-207.* doi: [10.1080/19315864.2011.651682](https://doi.org/10.1080/19315864.2011.651682)
10. Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., ... Downs, J. (2020). *Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*
11. Buljevac, M. (2012). Institucionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama: što nas je naučila povijest?. *Revija za socijalnu politiku, 19(3), 255-272.*
12. Crowley, V., Rose, J., Smith, J., Hobster, K., & Ansell, E. (2008). *Psycho-educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disabilities, 12(1), 25–39.* doi:10.1177/1744629507086606
13. Cumella, S., Bouras, N., & Holt, G. (2007). Mental health and intellectual disabilities: The development of services. In *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities (2nd Edition)*
14. Dagnan, D., & Sandhu, S. (2001). *Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 43(5), 372–379*
15. Došen A, Gardner WI, Griffiths DM, King R, Lapointe A. (2015). *Praktične smjernice i principi – procjena, dijagnoza, tretman i pridružene službe podrške za osobe s intelektualnim teškoćama i problemima ponašanja.* Zagreb: Medicinska naklada

16. Dosen, A. (2007). *Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. Journal of Intellectual Disability Research, 51(1), 66–74.*
17. Došen, A. (2005). Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom. Croatian Medical Association – Rijeka. Preuzeto s <https://hdl.handle.net/1807/7408>
18. Došen, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I–assessment. *Journal of Intellectual Disability Research, 49(1), 1-8.* doi: [10.1111/j.1365-2788.2005.00656.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00656.x)
19. Došen, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part II–diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research, 49(1), 9-15.* doi: [10.1111/j.1365-2788.2005.00657.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00657.x)
20. Došen, A. (2004). Dijagnostika i tretman poremećaja ponašanja i psihičkih oboljenja kod odoba s mentalnom retardacijom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 40(2), 165-174.* Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/108630>
21. Došen, A. (1994). Psihijatrijski poremećaji djece i mladeži s mentalnom retardacijom. *Defektologija, 30(2), 169-185.* Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/108630>
22. Dykens, E. M. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41(4), 407-417.* doi: [10.1111/1469-7610.00626](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00626)
23. Eady, N., Courtenay, K., Strydom, A. (2015). Pharmacological Management of Behavioral and Psychiatric Symptoms in Older Adults with Intellectual Disabilities. *Drugs Aging, 32, str. 95-102.*
24. Emerson, E. (2003). *Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 47(1), 51–58.*
25. Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities.* Cambridge University Press.
26. Fraser, W. I., Leudar, I., Gray, J., & Campbell, I. (1986). Psychiatric and behaviour disturbance in mental handicap. *Journal of Intellectual Disability Research, 30(1), 49-57.*

27. Gillberg, C., Persson, E., Grufman, M., & Themner, U. (1986). *Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects*. *The British Journal of Psychiatry*, *149*(1), 68–74. doi:10.1192/bjp.149.1.68
28. Häßler, F., Thome, J., & Reis, O. (2014). *Polypharmacy in the treatment of subjects with intellectual disability*. *Journal of Neural Transmission*, *122*(S1), 93–100.
29. Hagopian, L. P., & Jennett, H. K. (2008). Behavioral assessment and treatment of anxiety in individuals with intellectual disabilities and autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *20*, 467-483.
30. Hamelin, J., Travis, R., & Sturmey, P. (2013). Anger management and intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, *6*(1), 60-70.
31. Huang, J., Zhu, T., Qu, Y., & Mu, D. (2016). Prenatal, perinatal and neonatal risk factors for intellectual disability: a systemic review and meta-analysis. *PloS one*, *11*(4), e0153655. doi:10.1371/journal.pone.0153655
32. Hurley, A. D. Hurley, AD (1996). Identifying psychiatric disorders in persons with mental retardation: A model illustrated by depression in Down syndrome. *Journal of Rehabilitation* *15*, 6-31. *Mental Health*, *2*, 2.
33. Jackson, T., & Beail, N. (2013). *The practice of individual psychodynamic psychotherapy with people who have intellectual disabilities*. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *27*(2), 108–123
34. Ključević, Ž. (2016). *Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih: uloga javnozdravstvenih projekata*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Služba za mentalno zdravlje.
35. Kocijan-Hercigonja, D., Došen, A., Folnegović-Šmalc, V., & Kozarić-Kovačić, D. (2000). Mentalna retardacija: biologijske osnove, klasifikacija i mentalno-zdravstveni problemi. Naklada Slap.
36. Kolaitis, G. (2008). *Young people with intellectual disabilities and mental health needs*. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*(5), 469–473.
37. Koskentausta, T., Iivanainen, M., & Almqvist, F. (2007). Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *51*(1), 43-53. doi: [10.1111/j.1365-2788.2006.00871.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00871.x)

38. Koskentausta, T., Iivanainen, M., & Almqvist, F. (2002). Psychiatric disorders in children with intellectual disability. *Nordic Journal of Psychiatry*, *56*(2), 126-131. doi: [10.1080/080394802753617944](https://doi.org/10.1080/080394802753617944)
39. Kramarić, M., Sekušak-Galešev, S., & Bratković, D. (2013). Problemi mentalnog zdravlja i objektivni pokazatelji kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, *49*(Supplement), 50-63. Preuzeto s mrežne stranice <https://hrcak.srce.hr/109414>
40. Lin, J. D., Yen, C. F., Li, C. W., & Wu, J. L. (2005). *Health, healthcare utilization and psychiatric disorder in people with intellectual disability in Taiwan. Journal of Intellectual Disability Research*, *49*(1), 86–94.
41. Lindau, S. T., Laumann, E. O., Levinson, W., & Waite, L. J. (2003). *Synthesis of Scientific Disciplines in Pursuit of Health: The Interactive Biopsychosocial Model. Perspectives in Biology and Medicine*, *46*(3), S74–S86.
42. Linna, S. L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., & Almqvist, F. (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European child & adolescent psychiatry*, *8*, S77-S82.
43. Mace, F. C. (1994). The significance and future of functional analysis methodologies. *Journal of applied behavior analysis*, *27*(2), 385-392.
44. Maffei-Almodovar, L., & Sturmey, P. (2013). *Evidence-Based Practice and Crisis Intervention. Issues in Clinical Child Psychology*, 49–69.
45. Mamić, D. i Fulgosi-Masnjak, R. (2014). Psihički poremećaji i socijalna zrelost djece i mladih s poremećajima iz autističnog spektra i djece i mladih s većim intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija*, *42*(1), 21-32.
46. Marston, G. M., Perry, D. W., & Roy, A. (1997). *Manifestations of depression in people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research*, *41*(6), 476–480
47. Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*, *32*(2), 419-436.
48. McCabe, M. P., McGillivray, J. A., & Newton, D. C. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *50*(4), 239-247.
49. McBrien, J. A. (2003). *Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research*, *47*(1), 1–13. doi:10.1046/j.1365-2788.2003.00455.x

50. McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2002). Behaviour/mental health problems in young adults with intellectual disability: The impact on families. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(3), 239-249. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00371.x
51. Menolascino, F. J. (1979). Handicapped children and youth: Current-future international perspectives and challenges. *Exceptional Children*, 46(3), 168-173. doi: [10.1177/001440297904600302](https://doi.org/10.1177/001440297904600302)
52. Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., & Vandeveldel, S. (2013). Quality of life in persons with intellectual disabilities and mental health problems: An explorative study. *The Scientific World Journal*, 2013.
53. Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A. (2000). *Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour*. *British Journal of Psychiatry*, 177(05), 452–456.
54. Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., ... Hatton, C. (1998). *Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(2), 173–183.
55. Muslić, L., Jovičić Burić, D., Markelić, M., & Musić Milanović, S. (2020). Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija*, 48(3), 324-343. Preuzeto s mrežne stranice <https://hrcak.srce.hr/249726>
56. Noorthoorn, E. O., Smits, H. J. H., Penterman, E. J. M., Seelen-de Lang, B. L., Nieuwenhuis, J. G., & Nijman, H. L. I. (2021). The associations of quality of life and general functioning with trauma, borderline intellectual functioning and mild intellectual disability in outpatients with serious mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 115, 103988.
57. Not, T. (2008). Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim teškoćama. *Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja*, 6(3), 339-350. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/clanak/54773>
58. Očurščak Žuliček, S., Žikić Kralj, M., & Žižek, T. (2022). Kako poučiti romske učenike s intelektualnim teškoćama pravilnoj uporabi imenica u rečenici?. *Logopedija*, 12(1), 21-28.
59. Paton, C., Flynn, A., Shingleton-Smith, A., McIntyre, S., Bhaumik, S., Rasmussen, J., ... Barnes, T. (2011). *Nature and quality of antipsychotic prescribing practice in UK*

- psychiatry of intellectual disability services. Journal of Intellectual Disability Research, 55(7), 665–674.*
60. Petković, Z. B., Škrinjar, J. F., Hranilović, D., Divčić, B., & Stošić, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
 61. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). *Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 345–365.*
 62. Poredoš Lavor, D., & Radišić, N. (2011). Otežana životna prilagodba osobe s intelektualnim teškoćama i poremećajem u ponašanju. *Policija i sigurnost, 20(4), 609-615.* Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/clanak/118459>
 63. Pospiš, M. (2001). Pобољшanje kvalitete življenja u domovima socijalne skrbi osoba s cerebralnom paralizom i višestrukim poteškoćama u razvoju. Preuzeto s <https://www.hsucdp.hr/>
 64. Reid, A.H. (1980): Psychiatric disorders in mentally handicapped children: clinical and follow-up study. *J. Ment. Def. Res. ,24/4.287 - 298.*
 65. Schalock, R. L., & Luckasson, R. (2013). What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part I: The power of naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports. *Intellectual and developmental disabilities, 51(2), 86-93.* doi: [10.1352/1934-9556-51.2.086](https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.2.086)
 66. Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X., & Lachapelle, Y. (2005). *Cross-Cultural Study of Quality of Life Indicators. American Journal on Mental Retardation, 110(4), 298.*
 67. Sekušak-Galešev, S. (2012). Razvoj osoba s intelektualnim teškoćama.[Interna skripta za kolegij]. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
 68. Shepherd, C., & Beail, N. (2017). *A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: progress and challenges. Psychoanalytic Psychotherapy, 31(1), 94–117.*
 69. Sovner, R., & Hurley, A. D. (1986). Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews.*
 70. Sturmey, P. (2012). Treatment of psychopathology in people with intellectual and other disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57(10), 593-600.*

71. Sturmey, P. (1999). *Correlates of restraint use in an institutional population. Research in Developmental Disabilities, 20(5), 339–346.*
72. Stanghellini, G. (2009). The meanings of psychopathology. *Current opinion in psychiatry, 22(6), 559-564.* doi: [10.1097/YCO.0b013e3283318e36](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e36)
73. Szymanski, L., & King, B. H. (1999). *Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38(12), 5S–31S*
74. Tomljanović, N., & Jokić-Begić, N. (2021). Upotreba upitnika YP-CORE u procjeni mentalnog zdravlja djece s intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija, 49(2), 113-129.* Preuzeto s mrežne stranice <https://hrcak.srce.hr/clanak/392537>
75. Travis, R., & Sturmey, P. (2008). A review of behavioral interventions for psychotic verbal behavior in people with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 1(1), 19-33.*
76. Vulić-Prtorić, A. (1986). Razvojna psihopatologija: "Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem". *Papers on Philosophy, Psychology, Sociology and Pedagogy, 25(2).*
77. Wallander, J. L., Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2006). *Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. Journal of Intellectual Disability Research, 50(4), 259–268.*
78. Willner, P. (2005). *The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. Journal of Intellectual Disability Research, 49(1), 73–85.*
79. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders, 9(1), 11-29.*
80. Whittle, E. L., Fisher, K. R., Reppermund, S., Lenroot, R., & Trollor, J. (2017). *Barriers and Enablers to Accessing Mental Health Services for People With Intellectual Disability: A Scoping Review. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 11(1), 69–102.*
81. Quine, L., & Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *The British journal of social work, 15(5), 501-517.* doi: [10.1093/oxfordjournals.bjsw.a055135](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a055135)

82. Yen, C.-F., Loh, C.-H., & Lin, J.-D. (2009). *Prevention of mental health problems in people with intellectual disability. Current Opinion in Psychiatry, 22(5), 447–451.*



