

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet



Diplomski rad
**Depresivni poremećaj kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim
teškoćama**

Ime i prezime studenta: Danijela Šarac

Mentor: izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović
Komentorica: prof.dr.sc. Daniela Bratković

Zagreb, rujan 2024. godine

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Depresivni poremećaj kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim 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: Danijela Šarac

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2024. godine

Depresivni poremećaj kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama

Studentica: Danijela Šarac

Mentor: izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović

Komentorica: prof.dr.sc. Daniela Bratković

Modul: Edukacijska rehabilitacija, modul Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Sažetak rada

Broj osoba s dijagnozom depresije naglo se povećao tijekom druge polovice 20. stoljeća i još uvijek raste. Depresija predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u mnogim zemljama Europe i svijeta. Ovaj mentalni poremećaj može imati dugoročne posljedice na osobni razvoj, interpersonalne odnose i cjelokupnu kvalitetu života. U dijagnostici i liječenju psihičkih poremećaja kod osoba s intelektualnim teškoćama nedostaju klinička istraživanja, financijska podrška sustava te svijest i angažiranost zajednice. Naglasak je na razumijevanju depresije kao rezultata socijalnih i okolinskih čimbenika, umjesto isključivo individualnih karakteristika. Uloga multidisciplinarnog tima je neophodna, kao i prilagođeni terapijski pristupi te podrška obitelji kako bi se poboljšalo prepoznavanje, liječenje i prevencija depresivnog poremećaja. Potrebno je bolje razumijevanje čimbenika povezanih s depresijom i anksioznošću kod osoba s intelektualnim i razvojnim teškoćama kako bi se pružile smjernice za pružatelje usluga, kliničare i istraživače, kao i za poboljšanje dijagnostičkog procesa.

Cilj ovog preglednog rada je dati prikaz suvremenih znanstvenih istraživačkih spoznaja o depresivnom poremećaju kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama, uključujući učestalost depresivnog poremećaja kod ovih osoba, faktore rizika, zaštitne čimbenike, dijagnostičku procjenu i pristupe liječenju. U radu je dan pregled koncepta socijalnog modela mentalnog zdravlja kao alternativa medicinskom modelu, fokusirajući se na promicanje inkluzije, dostupnosti usluga, strategija za podršku, te smanjenje stigme i diskriminacije, sve u svrhu dobrobiti i samostalnosti osoba.

Ključne riječi: depresivni poremećaj, intelektualne teškoće, razvojne teškoće, mentalno zdravlje

Depressive disorder in people with intellectual and other developmental disabilities

Studentica: Danijela Šarac

Mentor: izv.prof.dr.sc. Saša Jevtović

Komentorica: prof.dr.sc. Daniela Bratković

Modul: Edukacijska rehabilitacija, modul Inkluzivna edukacija i rehabilitacija

Abstract

The number of people diagnosed with depression increased sharply during the second half of the 20th century and is still growing. Depression is one of the leading public health problems in many countries of Europe and the world. This mental disorder can have long-term consequences on personal development, interpersonal relationships and overall quality of life. In the diagnosis and treatment of mental disorders in people with intellectual disabilities, there is a lack of clinical research, financial support of the system, and community awareness and engagement. The emphasis is on understanding depression as a result of social and environmental factors, instead of solely individual characteristics. The role of a multidisciplinary team is essential, as well as tailored therapeutic approaches and family support to improve recognition, treatment and prevention of depressive disorder. A better understanding of the factors associated with depression and anxiety in people with intellectual and developmental disabilities is needed to provide guidance for providers, clinicians, and researchers, as well as to improve the diagnostic process.

The aim of this review is to provide an overview of modern scientific research findings on depressive disorders in persons with intellectual and other developmental disabilities, including the frequency of depressive disorders in these persons, risk factors, protective factors, diagnostic assessment and treatment approaches. The paper provides an overview of the concept of the social model of mental health as an alternative to the medical model, focusing on the promotion of inclusion, availability of services, strategies for support, and reduction of stigma and discrimination, all for the purpose of well-being and independence of persons.

Keywords: depressive disorder, intellectual disabilities, developmental disabilities, mental health

Sadržaj

1. Uvod	7
2. Problemska pitanja	8
3. Pregled dosadašnjih spoznaja	9
3.1. Depresija	9
3.1.1. Definicija	9
3.1.2. Etiologija	10
3.1.3. Klinička slika	11
3.1.4. Dijagnostika i tipovi depresije	11
3.1.5. Liječenje	13
3.2. Intelektualne teškoće	13
3.2.1. Definicija	13
3.2.2. Etiologija	15
3.2.3. Dijagnostika	15
3.2.4. Klasifikacija intelektualnih teškoća	16
3.2.5. Socijalni model	17
4. Povezanost depresije i intelektualnih teškoća	19
4.1. Učestalost	19
4.2. Rizični i zaštitni čimbenici	19
4.3. Dijagnoza i simptomi	20
4.5. Liječenje	21
4.5. Istraživanja	25
5. Drugi razvojni poremećaji	27
5.1. Definicija	27
5.2. Poremećaj iz spektra autizma	27
5.2.1. Definicija	27
5.2.2. Istraživanja	29
5.3. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću	30
5.3.1. Definicija	30

5.3.2. Istraživanja	33
5.4. Teškoće učenja	35
5.4.1. Definicija.....	35
5.4.2. Istraživanja	36
6. Zaključak.....	38
7. Literatura	40

1. Uvod

Postoje mnogobrojne životne situacije koje dovode mentalno zdravlje pojedinca u rizik. Poremećaj mentalnog zdravlja često nastaje uslijed naglih društvenih promjena, teških radnih uvjeta, socijalne diskriminacije, nezdravih životnih navika, fizičkih oboljenja, nasilja i drugih izazova. Način na koji ćemo se nositi s takvim situacijama ovisi o biološkim, psihološkim i socijalnim determinantama. Važno obilježje svakog mentalnog poremećaja je znatan i dugoročan negativni utjecaj na uobičajeno funkcioniranje osobe (Brohan i sur., 2012). Također, mentalno zdravlje pojedinca ovisi o mentalnom zdravlju društva, te je važno da društvo prepozna i ojača zdravstveni pristup na razini populacije.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji u najučestalije poremećaje mentalnog zdravlja ubrajaju se depresija, bipolarni poremećaj, shizofrenija i demencija.

Broj osoba s dijagnozom depresije naglo se povećao tijekom druge polovice 20. stoljeća i još uvijek raste. Depresija predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u mnogim zemljama Europe i svijeta. Ovaj mentalni poremećaj može imati dugoročne posljedice na osobni razvoj, interpersonalne odnose i cjelokupnu kvalitetu života. Osobe s depresijom imaju povećani rizik od suicida, podaci pokazuju da 15% osoba koje su neliječene ili neadekvatno liječene počini suicid (Karlović, 2017).

U dijagnostici i liječenju psihičkih poremećaja kod osoba sa intelektualnim teškoćama nedostaju klinička istraživanja, financijska podrška sustava te svijest i angažiranost zajednice. Uz sve navedeno, prepreka u dijagnostici depresije kod osoba s intelektualnim teškoćama je to što ove osobe vjerojatno neće samostalno potražiti pomoć, već se to očekuje od osoba iz njihove bliske okoline. Obitelj, skrbnici ili njegovatelji osoba s intelektualnim teškoćama obično nisu dovoljno obučeni i mogu propustiti znakove koji upućuju na promjene u psihičkom funkcioniranju. Sve ovo dovodi osobe s intelektualnim teškoćama u značajan rizik od nedovoljnih ili nepotpunih dijagnoza te podcijenjenih stopa prevalencije psihičkih poremećaja (Mileviciute i Hartley, 2015).

Potrebno je bolje razumijevanje čimbenika povezanih s depresijom i anksioznošću kod osoba s intelektualnim i razvojnim teškoćama kako bi se pružile smjernice za pružatelje usluga, kliničare i istraživače, kao i za poboljšanje dijagnostičkog procesa.

2. Problemska pitanja

Depresivni poremećaj predstavlja značajan izazov za sve populacijske skupine, a posebno za osobe s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama. Nedovoljno je istražen i nerazumljiv, ostajući nedovoljno prepoznat te adekvatno liječen. Depresija je često povezana s agresijom, anksioznošću, krivnjom i narcizmom (Sekušak – Galešev i sur., 2014). Došen (2015) navodi kako nije neobično da se kod osoba s intelektualnim teškoćama depresivni poremećaj pojavi u ranoj dobi, te povećava učestalost i težinu tijekom adolescencije i rane odrasle dobi, što za posljedicu ima različite individualne potrebe te traži visoko individualizirani dijagnostički pristup. Ipak, procjene objavljene u literaturi su nedosljedne, predstavljajući potencijalnu prepreku za planiranje i pružanje usluga. Uzroci nedosljednosti u literaturi mogu proizaći iz razlika u mjernim instrumentima, kao i iz uzoraka različitih prema razini intelektualnih teškoća, spolu i dobi (Buckley i sur., 2020).

Prema AAIDD kriterijima intelektualne teškoće su teškoće karakterizirane značajnim ograničenjima u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju izraženim u konceptualnim, društvenim i praktičnim adaptivnim vještinama (AAIDD, 2010.). Iako se uobičajena psihijatrijska dijagnostika i tretman kod osoba s intelektualnim teškoćama pokazao nedostatnim, ukazuje se na: bolje mogućnosti dijagnostike kroz tzv. razvojni pristup, važnost multidisciplinarnog rada te primjene tzv. integrativnog pristupa (od dijagnostike do tretmana). Važnu ulogu kod stvaranja nepoželjnih socijalnih interakcija mogu imati i neprilagodljivi obrasci izazivajući problematično ponašanje i psihijatrijske poremećaje (Babić i sur., 2004). Neprilagodljivi obrasci mogu igrati važnu ulogu kod stvaranja nepoželjnih socijalnih interakcija i mogu uzrokovati problematično ponašanje kao i psihijatrijske poremećaje (Babić i sur., 2004).

Cilj ovog preglednog rada je dati prikaz suvremenih znanstvenih istraživačkih spoznaja o depresivnom poremećaju kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama, uključujući učestalost depresivnog poremećaja kod ovih osoba, faktore rizika, zaštitne čimbenike, dijagnostičku procjenu i pristupe liječenju. U radu će se napraviti pregled koncepta socijalnog modela mentalnog zdravlja kao alternativa medicinskom modelu, fokusirajući se na promicanje inkluzije, dostupnosti usluga, strategija za podršku, te smanjenje stigme i diskriminacije, sve u svrhu dobrobiti i samostalnosti osoba.

Sukladno navedenom cilju rada, postavljena su sljedeća problemska pitanja:

1. Kakva je povezanost depresije i intelektualnih teškoća? Koji čimbenici utječu na ovu povezanost? Koji oblici podrške postoje za osobe s IT i depresijom?
2. Kakva je povezanost depresije i drugih razvojnih teškoća? Koji čimbenici utječu na ovu povezanost? Koji oblici podrške postoje za osobe s drugim razvojnim teškoćama i depresijom?

3. Pregled dosadašnjih spoznaja

3.1. Depresija

3.1.1. Definicija

Depresija je mentalni poremećaj koji je karakteriziran poremećajima raspoloženja, u koje spadaju dugotrajna tuga, nesposobnost uživanja u ranije ugodnim stvarima i duševna bol. Tuga je, kao osjećaj sastavni dio života, no depresija nije tuga, već ozbiljan poremećaj čiji simptomi imaju negativan utjecaj na svakodnevni život pojedinca. Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti i najčešći psihički poremećaj današnjice. Naziv je dobila od latinske riječi *deprimere* što se prevodi kao pritisnuti, pogurati prema dolje, što na slikovit način opisuje samo stanje (Karlović, 2017).

Depresija spada u poremećaje kod kojih je glavno obilježje promjena raspoloženja, a sekundarni simptomi su, između ostalih, poremećaji nagona i kognicije. Pacijenti koji boluju od depresije navode kako pate, osjećaju se tužno, loše, nesretno, beznadno ili pak nemaju osjećaje. Depresivni poremećaj se najčešće javlja kao primarni, no često se može javiti i u kombinaciji s drugim mentalnim poremećajima kao što su zloupotreba sredstava ovisnosti, anksioznost, poremećaji osobnosti. Depresija može biti i predispozicija za razvoj drugih bolesti poput dijabetesa ili kardiovaskularnih bolesti. Ova bolest može pogoditi svakoga, ona nije znak slabosti niti kazna, već bolest koja se može pobijediti ranim prepoznavanjem i primjerenim liječenjem (Ledić, Šušac, Ledić, Babić, Babić, 2019).

3.1.2. Etiologija

Postoji više uzroka depresije, ali najčešće nastaje zbog kombinacije različitih stvari. Depresija se najčešće pojavljuje u dobi između 25 i 50 godine života i dva puta češće se javlja kod žena. U etiologiji sudjeluju biološki čimbenici, čimbenici koji potječu od same osobnosti pacijenta, kao i okolinski čimbenici (Rudan i Tomac, 2009). Okolinski čimbenici koji povećavaju rizik za razvoj depresivnog poremećaja su brojni: stres, traumatični životni događaji, samoća, fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje, fizičke bolesti, prekomjerna konzumacija alkohola ili droge, loši životni uvjeti/loša financijska situacija, nezaposlenost, nepravilna prehrana, nedovoljna tjelesna aktivnost, i drugi. Također, kod nekih osoba moguća je pojava i urođene predispozicije za razvoj depresije, tzv. biološki čimbenici (HZZJ, 2024).

Postoje klinički dokazi koji ukazuju na to da je depresija nasljedna bolest, ali ne postoji jedan određen gen kojim se prenosi. Nasljedna predispozicija povećava rizik od nastanka depresije, što nužno ne znači da je samo obolijevanje od iste neizbježno. Živčane stanice koriste neurotransmitere kako bi prenijeli impulse preko sinapse. Međutim, ukoliko je smanjena aktivnost moždanih hormona u neurotransmiterima, može doći do pojave depresije. Količina neurotransmitera u mozgu je vrlo važna, jer neki od njih, poput dopamina, serotonina i noradrenalina imaju antidepresivni učinak. Jasno je da, ukoliko je njihov broj manji, manji je i antidepresivni učinak (Karlović, 2013). U posljednje vrijeme pojavili su se dokazi koji govore u prilog važnosti glutamata – neurotransmitera koji djeluje putem više različitih receptora te je uključen u regulaciju učenja, pamćenja i neuralnu plastičnost. Klinički nalazi ukazuju na povećane razine glutamata kod pacijenata sa poremećajima raspoloženja i različitim psihijatrijskim stanjima (Kadriu i sur., 2019).

U bitne biološke čimbenike za razvoj depresije ubraja se i stres, odnosno poremećen stresni mehanizam. Povećano lučenje hormona stresa – kortizola, dovodi do razaranja moždanih stanica i samim tim remeti se kemija u mozgu. Više od polovice oboljelih od depresije ima povećanu razinu kortizola (Karlović, 2013).

Čimbenici koji potiču od same osobnosti su također brojni, jedan od njih je objašnjen kroz kognitivni pristup. Ovaj pristup pretpostavlja da određene promjene u razmišljanju mogu prethoditi nastanku depresivnih poremećaja. U te promjene, ubrajaju se kognitivna trijada, negativna slika o sebi i pogrešna obrada informacija. Kognitivna trijada podrazumijeva da osoba negativno razmišlja o sebi, svijetu i budućnosti. Depresivne osobe imaju tendenciju da događaje iz svijeta tumače na nerealno negativan način, dok sebe vide kao nedovoljno dobre, bespomoćne i bezvrijedne. Uslijed pogrešnih, nelogičnih obrazaca mišljenja (u svakoj situaciji

se fokusiraju na najgore, minimiziraju rješenja, sve negativno što im se događa je njihova krivica i slično) javlja se velika tjeskoba ili depresivni poremećaj kod pojedinca (Beck, 2019).

3.1.3. Klinička slika

U posljednje vrijeme nerijetka je pojava da se svaka tuga ili sjetno raspoloženje nazove depresijom. Kao što je gore navedeno, depresija predstavlja ozbiljnu bolest i nekoliko dana lošeg raspoloženja ne znači nužno kako je vrijeme za dijagnozu. Prvi korak je prepoznavanje simptoma. U početku ona može biti akutna ili postupna, a sama bolest može trajati od nekoliko tjedana pa sve do nekoliko godina. U tipične simptome depresije spadaju:

- gubljenje interesa i zadovoljstva pri aktivnostima koje su nekada davale osjećaj ispunjenosti
- smanjenje energije te pojačano umaranje
- pojava suicidalnih misli
- osjećanje krivice, samooptuživanja, smanjeno samopoštovanje
- promjene u apetitu, gubitak tjelesne težine
- problemi sa spavanjem, od nesanice do pretjerane potrebe za spavanjem
- zanemarivanje vanjskog izgleda i osobne higijene
- problemi sa pamćenjem, koncentracijom i nemogućnost donošenja odluka
- usporen ili blokiran misaoni tijek, spori odgovori na pitanja
- psihomotorika može biti usporena ili ubrzana (Hotujac i sur., 2003).

Kumbrija i sur. (2010) navodi kako se svi navedeni simptomi mogu pojaviti kod jedne osobe koja ima depresivni poremećaj, dok kod druge mogu biti zastupljeni samo neki od navedenih. Ujedno simptomi, njihova brojnost i intenzitet, variraju u zavisnosti od stupnja bolesti.

3.1.4. Dijagnostika i tipovi depresije

Prvi korak u dijagnosticiranju depresije je ispravno prepoznavanje. Jedan od čestih problema vezanih za pravovremenu dijagnostiku, je stigma koja i danas postoji vezano uz poremećaje mentalnog zdravlja te dovodi do kasnijeg prepoznavanja bolesti. Kao što je već

spomenuto, depresija pogađa sve dobne skupine, sve slojeve društva u svim dijelovima svijeta i nipošto se ne treba smatrati znakom slabosti.

Kako bi se utvrdila dijagnoza depresije, mora biti ispunjen kriterij za depresivnu epizodu sa 5 do 9 simptoma, koji uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva tijekom najmanje dva tjedna uz promjene u odnosu na prethodno funkcioniranje (Uher i sur., 2014). U Republici Hrvatskoj dijagnoza depresije se postavlja od strane liječnika prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB – 10). Sukladno ovoj klasifikaciji kriteriji za dijagnostiku su kategorizirani u tri skupine simptoma:

1. tipični simptomi (depresivno raspoloženje, pojavnost gubitka interesa i zadovoljstva unutar uobičajenih aktivnosti te smanjenje životne energije);

2. drugi česti simptomi (poremećaj sna, poremećaj apetita, poremećaj koncentracije i pažnje, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, osjećaj krivnje te bezvrijednosti, vrlo pesimističan pogled na budućnost) i

3. tjelesni simptomi (gubljenje interesa i zadovoljstva unutar aktivnosti koje su ranije doživljavane ugodnima, nedostatak reaktivnosti na uobičajeno ugodnu okolinu te događaje, rano buđenje, gubitak apetita, težine, libida) (Mimica i sur., 2004).

Na osnovu navedenih simptoma, prema MKB-10 klasifikaciji izdvajaju se četiri skupine depresivnih epizoda:

1. *Blaga depresivna epizoda* – ona uključuje najmanje četiri simptoma, od kojih su dva tipična te dva druga, uz blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja;

2. *Umjerena depresivna epizoda* – uključuje pet simptoma, od kojih su dva tipična te tri druga, uz umjereni poremećaj socijalnog funkcioniranja;

3. *Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma* – uključuje sedam simptoma, od kojih su tri tipična te četiri druga, uz prisustvo jače uznemirenosti ili pak usporenosti. Somatski sindrom je također prisutan, dok su socijalne i radne aktivnosti vrlo ograničene;

4. *Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima* – uključuje sedam simptoma, od kojih su tri tipična te četiri druga, uz prisutnost psihotičnih simptoma (sumanutosti, halucinacije ili depresivni stupor).

Postavljanje dijagnoze depresije utvrđuje je se na temelju podataka dobivenih od samog pacijenta, ali i od njegove obitelji i bliskih osoba. Također, važno je uzeti u obzir cjelokupnu kliničku sliku, duljinu trajanja simptoma kao i postoji li neki drugi psihijatrijski ili tjelesni problem. Kako bi se što objektivnije odredila prisutnost i izraženost pojedinih simptoma depresivnog poremećaja, koriste se neke od kliničkih ljestvica i upitnika standardiziranih specifično za utvrđivanje depresivne simptomatologije (Mimica i sur., 2004).

3.1.5. Liječenje

Liječenje depresije važno je provoditi u okviru cjelovitog plana liječenja tako da su svi liječnici suglasni o načinu na koji će se ono provoditi. Prvenstveno treba donijeti odluku o tome hoće li se liječenje provoditi ambulantno ili u bolnici. Osnova za liječenje depresije čini farmakoterapija – lijekovi iz skupine antidepresiva. U metode liječenja spadaju i psihoterapija, psihoedukacija i metode samopomoći. U gotovo 70% slučajeva, depresivne epizode su izlječive. Najbolji rezultat u liječenju daje kombinacija farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera. Psihoterapije pomažu oboljelom razumjeti psihološku pozadinu njegove bolesti i uče ga kako se s njome nositi. Međutim, liječenje nije završeno nakon prolaska depresivne epizode. Sam nastavak antidepresivne terapije nerijetko nije dovoljan da se depresivna epizoda više ne pojavi, te pacijente treba osnažiti i uputiti kako promijeniti svoj životni stil (Jakovljević, 2004).

3.2. Intelektualne teškoće

3.2.1. Definicija

Definicija za intelektualne teškoće revidirana je nekoliko puta tijekom proteklih desetljeća. Najšire prihvaćena definicija jeste ona koju je dala Američka asocijacija za intelektualne i razvojne teškoće 2010. godine “značajno ispodprosječno opće intelektualno funkcioniranje koje se javlja istodobno s problemima u adaptivnom ponašanju i manifestira se tijekom razvojnog razdoblja koje nepovoljno utječe na djetetov obrazovni učinak” (AIDD, 2010).

IT su određeno stanje funkcioniranja koje počinje prije osamnaeste godine, a karakteriziraju ga značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju izražena u konceptualnim, socijalnim i praktičnim vještinama (AAMR, 2002).

Ograničenje u intelektualnom funkcioniranju se obično mjeri kvocijentom inteligencije (IQ), koji predstavlja ukupni rezultat dobiven standardiziranim testovima (IQ testovi) razvijenim za procjenu ljudske inteligencije. Adaptivno ponašanje se odnosi na skup konceptualnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba usvojila. Odstupanja se mogu javiti na jednom ili na sva tri područja. Konceptualne vještine uključuju sposobnost razumijevanja vremena, financija i jezika. Socijalne vještine uključuju međuljudske vještine, društvenu odgovornost, samopoštovanje, lakovjernost, naivnost, rješavanje društvenih problema te sposobnost poštivanja društvenih pravila i zakona. Praktične vještine uključuju sposobnost

korištenja alata, obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti i interakcije s drugim ljudima. Sve te vještine uče se tijekom razvoja i provode kao odgovor na uobičajene probleme i jednostavne/složene zadatke, kao i na očekivanja naše zajednice i društva (Not, 2008).

3.2.2. Etiologija

Postoji nekoliko uzročnih čimbenika za pojavu intelektualnih teškoća te je Američka asocijacija za intelektualne i razvojne teškoće, 2002. godine dala prijedlog višefaktorskog pristupa etiologiji:

1. Biomedicinski – čimbenici koji se odnose na biološke procese kao što su genetski poremećaji ili prehrana;
2. Društveni – čimbenici koji se odnose na društvenu i obiteljsku interakciju;
3. Bihevioralni – čimbenici koji se odnose na potencijalno rizična ponašanja kao što su štetne aktivnosti ili zlouporaba štetnih supstanci od strane majke i
4. Obrazovni – čimbenici koji se odnose na odsustvo obrazovne podrške koje utječe na intelektualni razvoj i razvoj adaptivnih vještina (AAMR, 2002).

Na dalje, moderno društvo rizične faktore za pojavu IT dijeli na prenatalne (pojavljuju se prije rođenja), perinatalne (pojavljuju se oko rođenja) i postnatalne (pojavljuju se nakon rođenja). Prenatalni faktori odnose se na kromosomske poremećaje, mutaciju specifičnog gena, poremećaje metabolizma, razvojne malformacije mozga i okolinske utjecaje. Perinatalni bi bile intrauterine infekcije i oboljenja, ozljede mozga i neonatalna oboljenja, dok su postnatalni faktori intelektualnih teškoća traumatsko oštećenje mozga, infekcije, demijelinizirajući, degenerativni ili metabolički poremećaji, pothranjenost te zlostavljanje, zanemarivanje i kronična psihosocijalna deprivacija novorođenčeta (Buljevac, 2012.).

Utvrđivanje uzroka intelektualnih teškoća je težak proces, zapravo za samo polovicu svih slučajeva intelektualnih teškoća može se navesti točan uzrok (Kocijan-Hercigonja, Došen, Folnegović-Šmalc, Kozarić-Kovačić, 2000).

U konačnici, kada spominjemo etiologiju IT, brojni autori promišljaju kako navedene teškoće nastaju kao pokazatelji povezanosti genskih čimbenika, okoline, razvojne preosjetljivosti i trauma (Kocijan Hercigonja i sur. , 2000).

3.2.3. Dijagnostika

Za određivanje dijagnoze intelektualnih teškoća važno je da su prisutna tri kriterija. Prvi kriterij podrazumijeva značajno ograničenje u intelektualnom funkcioniranju. Drugi se odnosi na postojanje znatnih teškoća u adaptivnom ponašanju izraženih u kognitivnim, socijalnim i

praktičnim vještinama, dok treći kriterij podrazumijeva nastanak teškoća prije osamnaeste godine života (Schalock i Luckasson, 2013).

Iako su ova tri kriterija za dijagnozu intelektualnih teškoća ostala dosljedna tijekom vremena, izdanje priručnika od strane Američke asocijacije za intelektualne i razvojne teškoće uspostavilo je veću preciznost u dijagnostičkom procesu. Veća preciznost se odnosi na upotrebu pojedinačno primijenjenih standardiziranih instrumenata za procjenu, definiranje značajnih ograničenja kroz kvocijent inteligencije (IQ) ili rezultat adaptivnog ponašanja koji je približno dvije standardne devijacije ispod prosjeka populacije.

Nakon što su zadovoljeni svi gore navedeni kriteriji te je postavljena dijagnoza intelektualnih teškoća, slijedi klasifikacija i opis jakih i slabih strana djeteta. Definira se profil i intenzitet podrške na tri područja (psihološko-emocionalnom, okolinskom i području tjelesnog zdravlja) (Sekušak-Galešev, 2012).

3.2.4. Klasifikacija intelektualnih teškoća

Klasifikacija intelektualnih teškoća uvjetovana je stupnjem samostalnosti i količinom podrške potrebne za svakodnevno funkcioniranje. Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB – 10), prema kvocijentu inteligencije definira četiri razine intelektualnih teškoća:

- Lake intelektualne teškoće (IQ = 50 – 69)
- Umjerene intelektualne teškoće (IQ = 35 – 50)
- Teže intelektualne teškoće (IQ = 20 – 35)
- Teške intelektualne teškoće (IQ < 20) (Došen, 2005).

Begovac i Bolfan (2021) navode kako osobe s lakim IT su sporije u svim područjima konceptualnog razvoja te društvenih i svakodnevnih životnih vještina. Mogu naučiti praktične životne vještine, uz najmanju razinu podrške, kako bi olakšali svakodnevno djelovanje u svim životnim situacijama. Što za pojedine osobe znači briga o sebi, posjeta poznate okoline u njihovoj zajednici te naučiti osnovne vještine neophodne uz sigurnost i zdravlje. Njihova briga o sebi zahtijeva povremenu razinu podrške. Tijekom predškolske dobi, socijalne vještine i komunikacija sukladna je ili slična razini koju imaju djeca tipičnog razvoja. Najčešće se događa kako djeca s lakim IT zapravo ne budu prepoznata sve do polaska u školu. U toj dobi najviše se naglašava slaba sposobnost apstrakcije, nedostaci u komunikaciji, egocentrično mišljenje, nisko samopoštovanje i ovisničko ponašanje prema drugima (Begovac i Bolfan, 2021).

Osobama s umjerenim intelektualnim teškoćama biti će potrebni neki oblici potpore u životu i radu, ali ipak mogu ostvariti određeni stupanj neovisnosti. Većina ih je sposobna brinuti o sebi, komunicirati i učiti. Nerijetko su svjesni svojih ograničenja zbog čega se mogu osjećati izolirano ili frustrirano. Razumijevanje i uporaba jezika su ograničeni, a jednostavne praktične poslove mogu obavljati uz stručni nadzor (Begovac i Bolfan, 2021).

Teže intelektualne teškoće karakteriziraju značajna kašnjenja u razvoju. Pojedinci često imaju sposobnost razumijevanja govora, ali uz ograničene komunikacijske vještine. Unatoč tome što mogu naučiti jednostavne dnevne rutine i uključiti se u jednostavnu brigu o sebi, osobe sa težim intelektualnim teškoćama trebaju nadzor u društvenim okruženjima i obiteljsku skrb kako bi živjeli u okruženju kao što je organizirano stanovanje (Kocijan Hercigonja i sur., 2000).

Osobe s teškim intelektualnim teškoćama obično imaju značajno ograničene sposobnosti za uspostavljanje verbalne ili neverbalne komunikacije, što može otežati razumijevanje njihovih potreba i želja. Također, fizička ograničenja, odnosno problemi s motoričkim funkcijama otežavaju svakodnevni život (Kocijan Hercigonja i sur., 2000).

Važno je napomenuti da pristup i kvalitetna njega mogu značajno poboljšati kvalitetu života ovih osoba. Razvoj individualiziranih planova skrbi, terapija za poboljšanje komunikacijskih vještina i fizičkih funkcija te pružanje emocionalne podrške mogu imati pozitivan utjecaj na njihovu dobrobit i integraciju u društvo (Kocijan Hercigonja i sur., 2000).

Na temelju opisane podjele moguće je zaključiti kako svaka od razina ima svoje kliničke karakteristike. Simptomi su usko povezani sa specifičnim senzomotornim, lingvističkim i kognitivnim procesima. Zapravo, što su teškoće umjerenije, to su njeni simptomi manje vidljivi (Katz i Lazcano-Ponce, 2008).

3.2.5. Socijalni model

Sve do 70-ih godina 20. stoljeća, uvelike je dominirao medicinski model, koji u svom nastajanju bio od velikog značaja za osobe s invaliditetom, ali je uvijek bio okrenut ka nedostacima, odnosno ka onome što osoba ne može. Ovaj model se prvenstveno fokusira na medicinski utvrđeno oštećenje koje promatra kao genetski, medicinski ili kognitivno – psihološki problem. U okviru tzv. „antipsihijatrijskog pokreta“, medicinski model se zamjenjuje socijalnim.

Socijalni model omogućava novi, drugačiji uvid u potrebe pojedinca, omogućava mu da preuzme kontrolu nad svojim životom i potrebama. Ovaj model stavlja naglasak na dijalog

između korisnika i stručnjaka, zahtjeva od društva preuzimanje odgovornosti za zadovoljenje potreba osoba s invaliditetom, pružanje podrške i prava na rad. Prema socijalnom modelu, ne negiraju se teškoće koje objektivno postoje kod osobe s invaliditetom, već se pravi razlika između invaliditeta i oštećenja (Urbanc K., 2005). Urbanc (2005) navodi kako je invaliditet posljedica interakcije između osobe s oštećenjem i društva, a ne same osobe. U ovom kontekstu, neovisnost se odnosi na sposobnost osobe da donosi odluke koje utječu na njezin život, izrazi svoje želje i potrebe, te sudjeluje u odlučivanju o važnim aspektima svog života, kao što su način života, zdravstvena skrb, obrazovanje i socijalne aktivnosti. Ovo može uključivati pružanje pomoći i podrške na način koji omogućava osobi da ostvari svoje ciljeve i preferencije (Urbanc K, 2005).

Za osobe s teškim intelektualnim teškoćama, to može značiti razvoj i primjena prilagođenih metoda komunikacije, uspostavljanje mreže podrške koja omogućava participaciju u donošenju odluka, te promicanje njihovih interesa i želja koliko god je to moguće. Ključ je u pružanju prilike za izražavanje osobne volje i donošenje odluka, uz podršku koja omogućava ostvarenje njihove kontrole nad vlastitim životom (Urbanc, 2005).

Sve ovo dovodi do promjena u sustavima podrške za osobe s invaliditetom te do pojave veoma značajne ideje, ideje o inkluziji. Osnovna načela se odnose na uvažavanje prava bez obzira na različitosti, različitosti se ne negiraju, ističe se prepoznavanje i uvažavanje svojih i tuđih potreba, stvaranje mogućnosti za sve osobe i pružanje podrške. Odnosno, zajednica može biti potpuna samo ako su u njoj svi dobrodošli. Sve ove promjene grupiraju se oko slijedećih faktora:

- od izvan zajednice prema zajednici
- od dualizma prema pluralizmu
- od dominacije prema međuovisnosti
- od planiranog i predvidivog prema neplaniranom i nepredvidivom (Ostojić Baus, 2018).

Početak 21. stoljeća prihvaća se klasifikacija u okviru koje se na funkcioniranje i invalidnost pojedinca gleda kao na rezultat uzajamnog djelovanja osobe i okruženja. Riječ je o Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja – ICF (Svjetska zdravstvena organizacija - WHO, 2001.), koja objedinjuje medicinski i socijalni model. Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba s invaliditetom osigurava da osobe s invaliditetom imaju ista ljudska prava kao i svi drugi. Konvencija nameće obvezu državi da poduzme odgovarajuće mjere kako bi diskriminacija na osnovu invaliditeta bila eliminirana, te da bi osobe s

invaliditetom mogle živjeti kao punopravni građani i doprinostiti društvu. Ova pravila UN-a su uvrštena u ICF klasifikaciju koja je stoga prihvaćena kao socijalna klasifikacija. Temeljem nje moguće je planirati prirodu, tip i učestalost potpore osobama s invaliditetom (Thompson i sur., 2008).

4. Povezanost depresije i intelektualnih teškoća

4.1. Učestalost

Objavljene procjene u vezi s prevalencijom depresije kod osoba sa intelektualnim teškoćama jako se razlikuju. Razlozi za tako velike razlike u stopama prevalencije su prvenstveno razlike i poteškoće u metodologiji, što studije koje istražuju temu čini neusporedivim. Drugo, za dijagnozu depresije su korišteni različiti mjerni instrumenti. I treće, kao vjerojatno najvažniji uzrok tako velikih razlika jeste raznolikost uzorka. Uzorak se razlikuje po dobi i stupnju invaliditeta. Također, postoji razlika između ljudi koji žive sa svojim obiteljima i onih koji žive u instituciji (Yoo, Valdovinos i Schroeder, 2012). Dalje, prezentirani podaci pokazuju kako je veća stopa depresivnog poremećaja kod osoba sa lakim intelektualnim teškoćama. To bi moglo ukazivati na problem dijagnostike, obzirom da se depresivni poremećaji kod osoba sa težim do teškim intelektualnim teškoćama lako mogu previdjeti zbog nemogućnosti ovih osoba da prepoznaju i izraze misli i osjećaje (Eaton i sur., 2021).

Istraživanje koje je rađeno prije dvije godine, usporedilo je rezultate širom svijeta i došlo do zaključka kako je stopa problema s mentalnim zdravljem kod djece s intelektualnim teškoćama dvostruko veća od one kod djece s tipičnim razvojem. Depresivni poremećaj prisutan je kod otprilike 2,8% djece i adolescenata s intelektualnim teškoćama, s manjim depresivnim poremećajem i velikim depresivnim poremećajem prisutnim u 2,8% odnosno 3,4% djece (Totsika i sur., 2022). Simptomi depresije vrlo su prisutni u Williamsovom (58%) i Prader Willi sindromu (71%) (Glasson i sur., 2020).

4.2. Rizični i zaštitni čimbenici

Postoje čimbenici rizika povezani s anksioznošću i depresijom koji mogu biti specifični za osobe s intelektualnim teškoćama. Postojeća literatura sugerira da ljudi s intelektualnim teškoćama mogu doživjeti više razine depresije nego opća populacija i pripisuje ovu razliku

biološkoj predispoziciji, povećanoj izloženosti nepovoljnim psihosocijalnim iskustvima i ograničenim kognitivnim sposobnostima. Neki čimbenici rizika za anksioznost i depresiju koji su istraživani među odraslim osobama s intelektualnim teškoćama uključuju čimbenike povezane sa zdravljem, psihosocijalne čimbenike i demografske čimbenike. Također, ove osobe „dijele“ neke čimbenike rizika za depresiju s općom populacijom. Na primjer, iskustva zlostavljanja, nedostatak socijalne podrške, nezaposlenost i nepovoljni društveni položaj povezani su s pojačanim simptomima depresije (Ailey, 2008). Prema demografskim varijablama, žene imaju veću šansu za sticanje dijagnoze depresivnog poremećaja u usporedbi s muškarcima s intelektualnim teškoćama, što je slično prijavljenim stopama među osobama bez intelektualnim teškoća (Chester i sur., 2013). Što se tiče kognitivnog funkcioniranja, više je studija pokazalo kako osobe s lakim intelektualnim teškoćama imaju veću vjerojatnost da će imati dijagnosticiran anksiozni ili depresivni poremećaj u usporedbi s onima sa značajnijim kognitivnim ograničenjima, iako nije jasno je li to povezano s nedovoljnom dijagnozom ili stvarnom razlikom (Hermans i Evenhuis, 2013).

Grupa istraživača, Espie i suradnici (2003) došla je do rezultata koji ukazuju kako su Downov sindrom i epilepsija čimbenici rizika za depresiju, dok su poremećaj iz autističnog spektra, epilepsija, nedostatak dnevnih aktivnosti i životni događaji prije povezani s anksioznošću kod osoba s intelektualnim teškoćama.

Prema istraživanju autora Austin, Hunter, Gallagher i Campbell (2018), na uzorku od 55 mladih ljudi s intelektualnim teškoćama, rezultati ukazuju da je maladaptivno ponašanje bilo najjači prediktor depresije. Veće maladaptivno ponašanje utjecalo je na pojačanje depresivnih simptoma.

Razvoj zaštitnih čimbenika od velike je važnosti za smanjenje emocionalnog stresa, suicidalnih misli te sprečavanje daljih komplikacija. U te čimbenike se ubrajaju roditeljska briga i obiteljska povezanost, povezanost u školskoj i bliskoj okolini, vjerski identitet, socijalne vještine te učinkovite strategije za suočavanje sa stresom. Pobrajani čimbenici sugeriraju da je osjećaj pripadnosti „glavni“ u smanjenju rizika i održavanju emocionalnog blagostanja (McGillivray i McCabe, 2007).

4.3. Dijagnoza i simptomi

Neslaganje oko zlatnog standarda dijagnostičkog alata za depresiju kod osoba s intelektualnim teškoćama rezultat je podjele između istraživača koji su zagovarali pridržavanje standardiziranih dijagnostičkih kriterija naspram korištenja zamjenskih kriterija.

Sada je prihvaćeno da su depresivni simptomi kod osoba s lakim do umjerenim intelektualnim teškoćama slični „klasičnim simptomima“ koji se očituju kod osoba opće populacije. Tu se ubrajaju simptomi poput osjećaja krivnje i suicidalnih misli (McBrien, 2003). Teže je dijagnosticirati depresiju kod osoba s teškim do težim intelektualnim teškoćama. Kognitivno oštećenje može dovesti do poteškoća u prepoznavanju i označavanju stanja lošeg raspoloženja i spoznaje da ga vrijedi prijaviti drugima. Također, te osobe su često neverbalne ili minimalno verbalne, a to može dovesti do nemogućnosti samoprocjene unutarnjih stanja koja bi mogla ukazivati na depresiju (npr. krivnja i anhedonija¹). Procjena se stoga oslanja na simptome koji su lako vidljivi, kao što su poremećaji spavanja i promjene u tjelesnoj težini ili apetitu (Adams i Oliver, 2011). Postavljanje dijagnoze dodatno kompliciraju već prisutni atipični simptomi kod osoba s težim do teškim intelektualnim teškoćama. Na primjer, izazovna ponašanja kao što su agresija i samoozljeđivanje. „Dijagnostičko zasjenjenje“ – pripisivanje simptoma mentalnog zdravlja intelektualnoj poteškoći dodatno otežava prepoznavanje problema mentalnog zdravlja (Totsika, 2022).

Dijagnoza depresivnog poremećaja kod osoba s lakim do umjerenim intelektualnim teškoćama moguća je pomoću standardiziranih klasifikacijskih sustava, kao što je Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-V) ili Međunarodna klasifikacija bolesti, deseto izdanje (ICD-10). Za osobe s težim do teškim intelektualnim teškoćama razvijeni su prilagođeni dijagnostički priručnici, zbog fenomenologije simptoma kod ove skupine. Jedan takav priručnik je *Diagnostic Manual – Intellectual Disability* (DM-ID-2), dizajniran 2021. godine sa ciljem pružanja informacije o mentalnim poremećajima kod osoba s intelektualnim teškoćama (Fletcher, Barnhill, Cooper, 2016).

4.5. Liječenje

U liječenju psihijatrijskih stanja kod osoba s IT na prvom mjestu treba biti osoba. Kako bi tretman bio što učinkovitiji, važno je da sama procjena bude multidimenzionalna i profesionalna. Također, važno je razaznati cilj tretmana te kroz integrativni pristup raditi na uklanjanju ili smanjenju depresivnog poremećaja (Došen, 2007).

¹ anhedonija – odsutnost zadovoljstva u onim djelatnostima koje ga obično pružaju, osobito u spolnom odnosu. Hoch i Polatin opisuju anhedoniju kao rani znak shizofrenije. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013. – 2024.

Često se koristi kombinacija psihotropnih lijekova i metoda bihevioralne modifikacije ponašanja. Ovaj pristup može biti vrlo učinkovit u upravljanju simptomima i poboljšanju kvalitete života (Willner, 2005).

Kombinacija ovih pristupa omogućava holistički pristup liječenju, gdje se ne samo lijekovima tretiraju simptomi, već se također rade na razvoju i unapređenju vještina i ponašanja. Važno je da terapijski plan bude individualiziran i da uključuje redovito praćenje i prilagodbe kako bi se postigli najbolji rezultati za svaku osobu. U ovom procesu, uključivanje obitelji i drugih članova tima koji podržavaju osobu također može igrati ključnu ulogu u uspjehu liječenja.

4.5.2. Kognitivno – bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) predstavlja skup bihevioralnih intervencija, koje su fokusirane na učenje strategija rješavanja problema, upravljanje stresom, tehnike samoregulacije, te promjenu negativnih obrazaca razmišljanja. Uključuje terapiju izlaganjem, vježbe opuštanja, te kognitivne intervencije koje utječu na maladaptivne obrasce ponašanja.

Posebna pažnja KBT pridaje se u tretmanima za kontrolu ljutnje i smanjenje simptoma depresije (Sturmey, 2012). Istraživanja o učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) za osobe s intelektualnim teškoćama ograničena. Sturmey (2012) ističe da postoje samo ograničeni dokazi o učinkovitosti KBT-a za ovu populaciju, što može biti zbog nekoliko razloga:

1. **Kompleksnost slučajeva:** Osobe s intelektualnim teškoćama često imaju kompleksne i specifične potrebe koje mogu otežati primjenu standardnih KBT tehnika. Npr., njihove kognitivne sposobnosti i način na koji razumiju i obrađuju informacije mogu značajno utjecati na učinkovitost tradicionalnih KBT pristupa.
2. **Prilagodba metoda:** KBT je osmišljena za rad s osobama koje imaju određeni nivo kognitivne funkcije i sposobnosti za introspekciju i analizu svojih misli i osjećaja. Prilagodba KBT tehnika za osobe s intelektualnim teškoćama može zahtijevati dodatne strategije i modifikacije kako bi se osigurala njihova primjenjivost i učinkovitost.
3. **Metodološka ograničenja:** Mnoge studije u ovoj oblasti imaju ograničenja poput malih uzoraka, kratkog trajanja istraživanja ili nedostatka rigoroznih istraživačkih metoda, što može otežati donošenje zaključaka o općoj učinkovitosti KBT-a.

4. **Individualne razlike:** Različite osobe s intelektualnim teškoćama imaju različite nivoe funkcionalnosti i potreba, što znači da može biti potrebna dodatna prilagodba KBT-a kako bi se osigurala njegova učinkovitost za različite pojedince.

Usprkos ovim izazovima, postoje i neki istraživački radovi i izvještaji koji sugeriraju da prilagođeni oblici KBT-a mogu biti korisni za ovu populaciju, posebno kada su metode pažljivo prilagođene njihovim specifičnim potrebama i sposobnostima. Daljnja istraživanja su potrebna kako bi se bolje razumjela učinkovitost KBT-a i razvili pristupi koji će omogućiti njegovu primjenu za osobe s intelektualnim teškoćama koje se suočavaju s problemima mentalnog zdravlja.

McCabe, McGillivray i Newton (2006) proveli su istraživanje koje opisuje razvoj i evaluaciju programa grupnog tretmana za osobe s lakim/umjerenim intelektualnim teškoćama. Bilo je uključeno ukupno 34 sudionika (16 muškaraca, 18 žena) koji su završili program liječenja, dok je još 15 sudionika (šest muškaraca, devet žena) činilo kontrolnu skupinu. Nalazi su pokazali poboljšanje i kognitivnih i bihevioralnih manifestacija depresije kod eksperimentalne grupe. Sudionici eksperimentalne skupine postigli su porast u rezultatima socijalne usporedbe u odnosu na kontrolnu skupinu, to može značiti da je intervencijski program imao pozitivan utjecaj na način na koji sudionici percipiraju sebe u odnosu na druge. Ovo može ukazivati na nekoliko mogućih zaključaka:

1. povećanje samopouzdanja: Ako su sudionici eksperimentalne skupine sebe ocjenjivali pozitivnije u usporedbi s drugima, to može sugerirati da je intervencijski program pomogao u povećanju njihovog samopouzdanja i pozitivne percepcije o vlastitim sposobnostima ili postignućima.
2. učinci Intervencijskog programa: Porast u rezultatima socijalne usporedbe može ukazivati na to da je intervencijski program bio uspješan u promjeni načina na koji sudionici procjenjuju sebe u društvenom kontekstu. Program je možda uključivao elemente koji su pomogli sudionicima da se bolje usmjere na svoje pozitivne aspekte ili da se uspoređuju s drugima na konstruktivniji način.
3. socijalna percepcija: Poboljšanje u rezultatima socijalne usporedbe može također značiti da su sudionici razvili bolje socijalne vještine ili bolju sposobnost razumijevanja i interpretacije svojih odnosa s drugima.
4. utjecaj kontrolne skupine: Ako kontrolna skupina nije bila izložena istom intervencijskom programu, bilo bi važno razumjeti razlike u promjenama između eksperimentalne i kontrolne skupine kako bi se bolje procijenila učinkovitost

intervencije. Razlike u percepciji sebe u odnosu na druge mogu ukazivati na specifične učinke programa.

Važno je analizirati specifične aspekte intervencijskog programa koji su mogli utjecati na ove rezultate, kao i osigurati da se promjene u socijalnoj usporedbi odražavaju na održiv način i u drugim aspektima života sudionika. Daljnje istraživanje može pomoći u razumijevanju kako ovakvi programi mogu biti optimizirani za postizanje najboljih rezultata u različitim kontekstima. Ovi rezultati pokazuju da su interventni programi učinkoviti u liječenju depresije među osobama s intelektualnim teškoćama. Prateća studija koja je provedena nakon tri mjeseca pokazala je da su se pozitivne promjene održale tijekom vremena.

Dvije godine kasnije autori McGillivray, McCabe, i Kershaw (2008) provode istraživanje sa ciljem provjere efekata grupne KBT-e na liječenje depresije kod osoba s lakim intelektualnim teškoćama. Trinaest djelatnika (četiri muškarca i devet žena) iz dvije agencije koje pružaju stručnu podršku odraslim osobama s lakim intelektualnim teškoćama, prošle su obuku. Šest djelatnika zaposleno je u jednoj agenciji, a sedam u drugoj. Jedna je agencija nasumično dodijeljena kao agencija za liječenje, dok je druga služila kao kontrolna agencija. Osoblje koje je sudjelovalo imalo je diplomu psihologije ili sociologije i/ili specijalističke kvalifikacije za rad s osobama s intelektualnim teškoćama. Ukupno 49 osoba s lakim intelektualnim teškoćama, u dobi od 20 do 65 godina regrutirano je za sudjelovanje u evaluaciji programa. Podaci dviju osoba naknadno su uklonjeni iz analize jer im je bolest onemogućila završetak programa. Sudionici su pokazivali simptome depresije, ispunjavali su kriterije za lake intelektualne teškoće (IQ 50-70) te su imali razvijene jezične vještine i vještine razumijevanja potrebne za sudjelovanje u programu. Prosječna dob 20 sudionika iz agencije za liječenje (7 žena i 13 muškaraca) bila je 38,4 godine. Dok je prosječna dob od sudionika kontrolne agencije (8 žena i 19 muškaraca) bila 31,15 godina. U usporedbi s kontrolnom skupinom, pojedinci koji su sudjelovali u programu liječenja pokazali su blaže simptome depresije i manje automatski negativnih misli. Stoga, osoblje se može osposobiti za provedbu KBT unutar zajednice što doprinosi smanjenju simptomatologije depresije kod osoba s lakim intelektualnim teškoćama. Nadalje, ove promjene su se održale i nakon tri mjeseca.

4.5.1. Psihoterapija

Psihoterapija je učinkovita intervencija za mentalne bolesti u općoj populaciji, ali se kod osoba s intelektualnim teškoćama često oslanja na psihotropne lijekove što je nailazilo na kritike. Mnoge studije, u namjeri da istraže učinkovitost psihoterapije kod osoba s intelektualnim teškoćama nisu dale rezultate zbog velikih razlika u strategijama i metodama uzorkovanja, uključujući stupanj intelektualnih teškoća među sudionicima te trajanje tretmana. Također, osoblje u institucijama za mentalno zdravlje navelo je kako se osjeća neadekvatno ili čak zastrašeno pri radu s osobama s intelektualnim teškoćama, stvarajući terapijski prijezir (Rose, O'Brien i Rose, 2007). Ovo sve je dovelo do zabrinutosti da psihoterapija ima smanjenu učinkovitost na osobe s intelektualnim teškoćama. Međutim, dokazi upućuju na to da osobe s intelektualnim teškoćama imaju neke od vještina potrebnih za uključivanje u psihoterapiju ili bar te vještine mogu naučiti (Vereenooghea i Langdona, 2013).

Istraživanje autora Tapp i suradnika (2023) imalo je za cilj, kroz meta analizu, ispitati učinkovitost psihoterapije na osobe s intelektualnim teškoćama. Trideset i tri kontrolirana ispitivanja bila su prikladna za uključivanje, od kojih je 19 uključeno u DerSimonian-Lairdovu meta-analizu nasumičnih učinaka. Rezultati meta-analize općenito su bili u skladu s prethodnim pregledom Vereenooghea i Langdona (2013), koji su došli do zaključka da psihoterapija ima pozitivne efekte u liječenju depresije kod osoba s intelektualnim teškoćama.

4.5. Istraživanja

Studija koju se proveli Hsieh, Haleigh i Murthy (2020) imala je za cilj ispitati čimbenike rizika povezanih sa depresijom i anksioznošću kod osoba sa intelektualnim i razvojnim teškoćama. Sudionici u ovoj studiji (n=758) su bili uključeni u devetogodišnju kontinuiranu longitudinalnu studiju „Longitudinalna studija zdravlja, intelektualnih i razvojnih poteškoća“ (LHIDDS) u Sjedinjenim Državama. Depresiju su definirali kao prijavljenu dijagnozu i uzimanje antidepresiva. Pitali su sudionike: „Ima li on/ona depresiju na temelju dijagnoze liječnika?“ Varijabla je definirana kao 1 (da) za depresiju i 0 (ne) za odsustvo depresije. Ukoliko je odgovor bio potvrđan, pitali su je li uzimao lijekove za depresiju. Varijabla za lijekove definirana je kao 1 (da) za uzimanje lijekova i 0 (ne) za ne uzimanje lijekova. Identičan postupak je bio primjenjivan i za određivanje anksioznosti. Demografski podaci uključivali su dob, spol, stanja povezana s intelektualnim teškoćama (intelektualne teškoće i druga stanja, poremećaj iz autističnog spektra, cerebralna paraliza i Downov sindrom) i radni status. Rezultati studije su

pokazali kako su žene imale veću vjerojatnost za depresiju, dok su starije odrasle osobe, osobe s autizmom i osobe s oštećenjem sluha imale veću vjerojatnost za anksioznost. Jedan od najdosljednijih nalaza ove studije bio je odnos između tjelesnog i mentalnog zdravlja. Posjedovanje kroničnih zdravstvenih problema povezano je i s anksioznošću i s depresijom, dok je vrlo dobro ili izvrsno zdravlje bilo u negativnoj korelaciji i s depresijom i s anksioznošću. Ovi nalazi daju snažnu potporu prijašnjim istraživanjima na osobama s i bez intelektualnih teškoća koja su pokazala međusobno povezanu prirodu tjelesnog i mentalnog zdravlja. Ovo je vjerojatno dvosmjernan odnos jer kronična zdravstvena stanja mogu dovesti do izolacije i smanjene aktivnosti, dok loše mentalno zdravlje može dovesti do smanjenja brige o sebi ili nepoštivanja savjeta liječnika.

Autor Eaton i sur. (2021) proveli su sustavni pregled literature istražujući ponašanja povezana s depresijom i lošim raspoloženjem kod osoba s težim do teškim intelektualnim teškoćama. Pregled je proveden u skladu sa smjernicama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (2009). Pretražene su tri elektroničke baze podataka (Embase, PsycINFO i Ovid MEDLINE). Uključili su studije koje procjenjuju bihevioralne pokazatelje/korelate kod pojedinaca s teškim intelektualnim teškoćama s kliničkom dijagnozom depresije ili kod kojih su potvrđeni neki od simptoma depresije/lošeg raspoloženja. U konačnici, u analizu je uključeno 13 studija. Autori su došli do zaključka da ljudi s teškim intelektualnim teškoćama i depresijom imaju mnoge od klasičnih simptoma pobrojanih u standardiziranim dijagnostičkim shemama, kao što su DSM-V i ICD-10 (pokazatelji ponašanja). Najčešće prijavljeni bili su depresivni afekt, anhedonija, plač ili plačljivost, psihomotorna agitacija, smanjeni apetit, umor ili nisku energiju/letargiju, razdražljivost i poremećaj spavanja. Osim toga, osobe s teškim intelektualnim teškoćama i depresijom pokazale su atipične simptome koji nisu uključeni u DSM/ICD, uključujući izazovna ponašanja. Od najčešćih tu su bili agresija, samoozljeđujuće ponašanje, vrištanje, izljevi ljutnje i ometajuće ponašanje (bihevioralni korelati).

5. Drugi razvojni poremećaji

5.1. Definicija

Razvojni poremećaji, ili točnije neurorazvojni poremećaji su skupina stanja koja se javljaju u razvojnem razdoblju. Poremećaji se obično očituju rano u razvoju, često prije nego dijete krene u školu, a karakteriziraju ih razvojni nedostaci ili razlike u moždanim procesima koji uzrokuju oštećenja osobnog, društvenog, akademskog ili profesionalnog funkcioniranja. Raspon razvojnih poremećaja ili teškoća varira od vrlo specifičnih teškoća učenja ili kontrole izvršnih funkcija do oštećenja socijalnih vještina ili intelektualnih sposobnosti. Također, mogu uključivati poremećaje pozornosti, pamćenja, percepcije, jezika, rješavanja problema ili socijalnih interakcija (Thapar, Cooper i Rutter, 2017).

U današnje vrijeme prisutnost neurorazvojnih poremećaja česta je kod osoba s dijagnozom poremećaja mentalnog zdravlja. Ovi poremećaji, prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM – V), uključuju intelektualne teškoće, komunikacijske poremećaje, poremećaje iz autističnog spektra, poremećaje pažnje i hiperaktivnosti, specifične poremećaje učenja i motoričke poremećaje. Ovi poremećaji se u velikoj mjeri preklapaju i najbolje ih je razumjeti na dimenzionirani način.

Ova vrsta poremećaja može bit uzrokovana brojnim čimbenicima. Najveći udio imaju prenatalni, perinatalni i postnatalni čimbenici, ali i nepovoljni društveni i okolinski uvjeti u osiromašenim zajednicama koji mogu djelovati u kombinaciji ili pojedinačno te dovesti do razvoja određene teškoće (Solarsh i Hofman, 2011).

5.2. Poremećaj iz spektra autizma

5.2.1. Definicija

Poremećaj iz spektra autizma (PSA) karakteriziraju deficiti u dvije ključne domene: nedostaci u socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji te ograničeni ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti (Harris, 2014). Poremećaj iz spektra autizma zahvaća u različitoj mjeri i na različite načine različita područja razvoja. Razvojni profili kod osoba s intelektualnim teškoćama mogu biti vrlo heterogeni, što znači da se značajno razlikuju u pogledu njihovih

sposobnosti, potreba i životnih ishoda. Ova heterogenost može se manifestirati na nekoliko načina. PSA vrlo često je povezan s mnoštvom medicinskih i psihijatrijskih komorbiditeta. Ovi komorbiditeti variraju od gastrointestinalnih, neuroloških i endokrinih abnormalnosti, pa sve do psihijatrijskih komorbiditeta kao što su depresivni poremećaji, anksioznost i poremećaj pažnje i hiperaktivnost (Harris, 2014).

Prevalenciju i karakteristike poremećaja iz PSA oslikavaju:

1. **Prevalencija:** Prevalencija PSA u općoj populaciji procjenjuje se na oko 1%. Ovo označava da otprilike 1 od 100 osoba može imati dijagnozu autizma.
2. **Razlike između spolova:** Rizik za razvoj PSA je tri do četiri puta veći kod dječaka u usporedbi s djevojčicama. Ovo ukazuje na značajne razlike u učestalosti između spolova, iako točan razlog za ovu razliku još uvijek nije potpuno jasan.
3. **Rani simptomi:** Simptomi PSA mogu biti primijećeni još prije prve godine života, ali često postaju najvidljiviji tijekom druge i treće godine. Rano prepoznavanje simptoma može omogućiti pravovremenu intervenciju i podršku.
4. **Uzroci:** Istraživanja sugeriraju da uzrok PSA uključuje kombinaciju genetskih i okolišnih čimbenika. Iako su identificirani brojni genetski i okolišni čimbenici povezani s razvojem PSA, još uvijek ne postoji jedinstveni uzrok koji objašnjava sve slučajeve.
5. **Dijagnoza:** Dijagnoza PSA temelji se na promatranju ponašanja i razvoja pojedinca. Obično se dijagnoza postavlja između četvrte i pete godine života, kada su simptomi dovoljno izraženi i prepoznatljivi. Dijagnoza može uključivati izravno promatranje djeteta i procjenu kroz standardizirane procjene i intervju s obitelji.

Sve ove informacije ukazuju na važnost ranog prepoznavanja i intervencije kod PSA, kao i na potrebu za dodatnim istraživanjima kako bi se bolje razumjeli uzroci i razvile učinkovitije strategije podrške (Bujas Petković, 2000).

5.2.2. Istraživanja

Autorica DeFilippis (2018) se bavila ispitivanjem depresije kod djece i adolescenata s poremećajem iz spektra autizma. U ovoj studiji bavila se stopom prevalencije depresije u mladih s poremećajem iz autističnog spektra, različitim rizičnim i zaštitnim čimbenicima, korištenjem dijagnostičkih ljestvica i načinima liječenja. Zaključila je kako je depresija prilično česta komorbidna dijagnoza kod djece i adolescenata s PSA. Možda ju je teže prepoznati u ovoj populaciji zbog izostanka komunikacijskih vještina, a simptomi depresije mogu pogoršati međuljudske odnose koje mladi s poremećajem iz autističnog spektra već imaju. Točna dijagnoza može biti teška, osobito u djece i adolescenata s ograničenim verbalnim vještinama. Oslanjanje na izvještaje roditelja i promjene u odnosu na uobičajeno ponašanje vrlo je važno u ovim slučajevima. Trenutne dijagnostičke ljestvice možda nisu idealne za dijagnosticiranje depresije kod mladih s poremećajem iz autističnog spektra, a ljestvice kao što je *Autism Comorbidity Interview – Present and Lifetime version* (ACI-PL), mogu biti pouzdanije u ovoj populaciji pacijenata. Istraživanja koja ispituju učinkovitost različitih tretmana za depresiju kod osoba s PSA vrlo su ograničena, posebno kod djece i adolescenata, a trenutno ne postoje kontrolirana ispitivanja koja ispituju sigurnost i učinkovitost tretmana za depresiju u ovoj populaciji.

Istraživanje rađeno od strane autora Hedley i suradnika (2018), za cilj je imalo ispitati zaštitne i čimbenike rizika za pojavu depresije kod osoba s poremećajem iz autističnog spektra. Uzorak u istraživanju je činilo 195 osoba, od kojih su 94 bile žene sa poremećajem iz spektra autizma. Svi sudionici su morali prijaviti da su dobili kliničku dijagnozu PSA kako bi bili uključeni u istraživanje. Svi su sudionici morali imati rezultat >65 na AQ-Short upitniku te je 10 pojedinaca isključeno jer su dobili rezultat ispod ovog praga (raspon 57-65). Konačni uzorak uključivao je 185 osoba (92 žene; starosna dob = 37,11). Većina sudionika prijavila je dijagnozu Aspergerovog sindroma ili visoko funkcionalnog autizma (71,9%; ostalih 24,9% prijavilo je dijagnozu poremećaja iz autizma). Utvrđene su spolne razlike u uvjetima života, s više muškaraca koji žive s roditeljima i većom učestalošću žena nego muškaraca koji žive sami. Sudionici se nisu razlikovali u pogledu zaposlenja, dijagnostičke kategorije ili dobi. Prema rezultatima u pogledu spolnih varijabli, žene su imale znatno više rezultate depresije. Postotak suicidalnih ideja nije se značajno razlikovao između muškaraca i žena. Stope depresije u ovoj studiji (48,6%) bile su više nego što je prijavljeno u drugim istraživanjima, dok je stopa suicidalnih ideja (35,7%) bila niža. Također, stope depresije i suicidalnih ideja u ovoj studiji

bile su mnogo više nego u općoj populaciji. Ovi rezultati potvrđuju da su depresija i suicidalne ideje značajni problemi s kojima se suočavaju osobe s PSA. Ozbiljnost simptoma poremećaja iz autističnog spektra nije značajno povezana sa suicidalnim idejama. Broj društvenih potpora nije izravno predvidio depresiju, ali učinak je bio posredovan nižim zadovoljstvom i većom usamljenošću. Konačno, putevi od veće usamljenosti i manjeg zadovoljstva društvenom potporom do depresije bili su značajni, a njihovi učinci na suicidalne ideje bile su dalje posredovane razinama depresije. Stoga, iako ima smisla ciljano djelovati na depresiju u smislu smanjenja rizika od suicidalnih ideja, rezultati ove studije pokazuju da i drugi čimbenici koji su izravno (simptomi poremećaja iz autizma) ili neizravno (usamljenost, dostupnost i kvaliteta socijalne podrške) povezani s dijagnozom PSA, mogu doprinijeti povećanom riziku.

5.3. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću

5.3.1. Definicija

Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD*) je kognitivni i bihevioralni neurorazvojni poremećaj koji se karakterizira simptomima hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje.

1. Simptomi: ADHD se obično manifestira kroz tri glavne skupine simptoma:
 - nepažnja: teškoće u održavanju pažnje, zaboravnost, nesposobnost organiziranja zadataka i aktivnosti
 - hiperaktivnost: prekomjerno kretanje, nemogućnost mirnog sjedenja, česta potreba za fizičkom aktivnošću
 - impulsivnost: brza reakcija bez promišljanja, prekidanje drugih, poteškoće u čekanju svog reda
2. Prevalencija: ADHD je jedan od najčešćih neurorazvojnih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Približno 5-7% djece i adolescenata može biti pogođeno ADHD-om. Također, poremećaj može nastaviti utjecati na pojedince i u odrasloj dobi (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

3. Utjecaj na funkcioniranje:

- Akademske uspješnosti: ADHD može otežati stjecanje akademskih kompetencija zbog poteškoća u koncentraciji, organiziranju zadataka i dovršavanju školskih obaveza.
- Obiteljsko funkcioniranje: Problemi u ponašanju i poteškoće u pažnji mogu izazvati stres i konflikte unutar obitelji, kao i izazvati poteškoće u roditeljskim strategijama.
- Društvene uloge: ADHD može utjecati na društvene vještine i odnose, uključujući poteškoće u održavanju prijateljstava i sudjelovanju u društvenim aktivnostima zbog impulzivnog ponašanja i poteškoća u reguliranju emocija.

4. Dijagnoza i liječenje:

- Dijagnoza: Dijagnoza ADHD-a obično se postavlja na temelju kliničkih procjena, uključujući povijest simptoma, ponašanje u različitim okruženjima i izvještaje od roditelja i učitelja. Simptomi moraju biti prisutni najmanje šest mjeseci i uzrokovati značajne poteškoće u više područja života.
- Liječenje: Pristupi liječenju ADHD-a obično uključuju kombinaciju farmakološke terapije i bihevioralne terapije. Terapije se često prilagođavaju potrebama pojedinca i mogu uključivati edukaciju i podršku za obitelj, strategije upravljanja vremenom, te pomoć u razvoju socijalnih vještina.

Pravilna dijagnoza i sveobuhvatan plan liječenja mogu značajno poboljšati funkcionalnost i kvalitetu života osoba s ADHD-om.

Trenutačni dijagnostički kriteriji navedeni u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM – V), zahtijevaju da se djetetovo ponašanje bitno razlikuje od ponašanja druge djece iste dobi i razvojne razine. Također, simptomi moraju početi prije dvanaeste godine života, biti prisutni najmanje šest mjeseci te moraju uzrokovati značajne poteškoće u funkcioniranju kod kuće, u školi ili među vršnjacima (Polderman, Boomsma, Bartels, Verhulst i Huizink, 2010).

Prema DSM – V razlikujemo tri različita tipa: prema vrsti simptoma koji dominiraju, kao i prema njihovoj prisutnosti i težini. Ova klasifikacija pomaže u preciznijem određivanju dijagnoze i odabiru odgovarajućih strategija liječenja.:

1. Kombinirani Tip:

- simptomi: ovaj tip uključuje prisutnost simptoma nepažnje i hiperaktivnosti-impulzivnosti.
- trajanje: simptomi moraju biti prisutni najmanje 6 mjeseci.
- karakteristike: osobe s kombiniranim tipom ADHD-a pokazuju poteškoće u održavanju pažnje, kao i simptome hiperaktivnosti i impulzivnosti, poput nemirnog kretanja i poteškoća u čekanju svog reda. Ovo je najčešći oblik ADHD-a i može se očitovati kroz širok spektar simptoma.

2. Predominantno nepažljivi Tip:

- simptomi: ovaj tip uključuje primarno simptome nepažnje, dok simptomi hiperaktivnosti-impulzivnosti nisu prisutni u značajnoj mjeri.
- trajanje: simptomi nepažnje moraju biti prisutni najmanje 6 mjeseci.
- karakteristike: osobe s predominantno nepažljivim tipom ADHD-a često imaju poteškoće u koncentraciji, organizaciji i završavanju zadataka. Mogu se činiti zaboravne i imaju tendenciju da ne obraćaju pažnju na detalje, ali obično ne pokazuju izražene simptome hiperaktivnosti ili impulzivnosti.

3. Predominantno hiperaktivno/ impulzivni Tip:

- simptomi: ovaj tip uključuje primarno simptome hiperaktivnosti i impulzivnosti, dok simptomi nepažnje nisu prisutni u značajnoj mjeri.
- trajanje: simptomi hiperaktivnosti-impulzivnosti moraju biti prisutni najmanje 6 mjeseci.
- karakteristike: osobe s predominantno hiperaktivnim/ impulzivnim tipom ADHD-a mogu se činiti stalno u pokretu, imati poteškoća u sjedenju mirno i skloniji su impulzivnim reakcijama. Simptomi nepažnje, poput zaboravnosti ili poteškoća u praćenju uputa, nisu istaknuti.

Razlikovanje između ovih tipova važno je za pravilnu dijagnozu i izradu plana liječenja. Pristupi liječenju mogu se razlikovati ovisno o tipu ADHD-a, uključujući različite strategije i terapije za upravljanje simptomima.

Simptomi mogu varirati od motoričkog nemira i agresivnog, ometajućeg ponašanja, što je uobičajeno kod djece predškolske dobi, do neorganiziranih ponašanja i simptoma nepažnje, koji su tipični za starije adolescente i odrasle osobe.

Dijagnoza ADHD-a najčešće se postavlja tijekom osnovnoškolskih godina i često se temelji na zabrinutosti učitelja i roditelja o uspješnosti i ponašanju u školi i kod kuće. Dijagnozu postavlja niz zdravstvenih stručnjaka, uključujući liječnike primarne zdravstvene zaštite, psihologe i dječje psihijatre. U obrazovnom okruženju povećani su zahtjevi za pažljivošću i urednim ponašanjem, a djeca s nemogućnošću kontroliranja svoje hiperaktivnosti i impulzivnosti te nesposobnošću da ostanu usredotočeni na nastavnu lekciju postaju uočljivija.

Iako se o ADHD-u primarno razmišlja kao o smetnjama pažnje, kontrole impulsa i motoričke aktivnosti, uz njega se redovito pojavljuju i brojni drugi psihijatrijski poremećaji. Istraživačke studije temeljene na kliničkim populacijama pokazale su da djeca sa ADHD – om također mogu imati i poteškoća u učenju, jezične poremećaje, poremećaje spavanja, oštećenje pamćenja, kao i depresivne i anksiozne poremećaje (Gillberg i sur., 2004).

5.3.2. Istraživanja

Studija od autora Knouse i suradnika (2013) procijenila je stupanj u kojem su kognitivno-bihevioralni konstrukti povezani s depresijom i njezinim liječenjem, te u kojoj mjeri disfunkcionalni stavovi i kognitivno-bihevioralno izbjegavanje mogu biti odgovorni za varijance u depresivnim simptomima i poremećajima kod odraslih osoba s ADHD-om. Uzorak je činilo 77 odraslih osoba s kliničkom dijagnozom ADHD-a. Svi su ispunili upitnike za samo provjeru, dijagnostičke intervju i ljestvicu za ocjenjivanje simptoma. U okviru studije procijenjeni su depresivni simptomi i dijagnoze, maladaptivno ponašanje, kognitivno-bihevioralno izbjegavanje i težina simptoma ADHD-a. Prvo su ispitali jesu li simptomi ADHD-a povezani sa simptomima depresije, a zatim jesu li kognitivni poremećaj i izbjegavanje ponašanja posredovali ovom odnosu. Rezultati su pokazali da je kognitivno-bihevioralno izbjegavanje bilo snažnije povezano s ispunjavanjem dijagnostičkih kriterija za depresivni poremećaj nego što su to bili disfunkcionalni stavovi. Na dalje, ozbiljnost simptoma ADHD-a bila u je korelaciji sa simptomima depresije kod odraslih osoba s kliničkom dijagnozom ADHD-a. Maladaptivno i izbjegavajuće ponašanje odgovorni su za preklapanje simptoma depresije. Ovi podaci podupiru ideju da su dobro proučeni kognitivno-bihevioralni procesi u razvoju depresije relevantni za odrasle osobe s ADHD-om i da depresija nije samo proizvod povećanih stopa stresnih životnih događaja u životima ovih osoba. Trenutačni kognitivno-bihevioralno pristupi uključuju vještine suočavanja i kognitivno restrukturiranje te bi se kao takvi mogli dodatno primjenjivati u tretmanu ADHD-a i depresije.

Autori Powell i suradnici (2021) ispitivali su rekurentnu depresiju kod odraslih osoba s ADHD-om. U uzorku žena srednjih godina (n=148) uzetog iz skupine odraslih osoba sa sjedištem u UK-u s poviješću rekurentne depresije, istražili su učestalost ADHD-a i povezanost ADHD-a s kliničkim obilježjima depresije. Svi sudionici su ispunili upitnik - *Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS)* koji se sastoji od 18 stavki temeljenih na DSM – V simptomima za ADHD-a. Simptomi su ocijenjeni na ljestvici od četiri stupnja: „Nikad/Rijetko“ (0), „Ponekad“ (1), „Često“ (2) i „Vrlo često“ (3). Oni sudionici koji su ispunili AISRS upitnik i dobili ocjenu 24 ili više klasificirani su kao oni s povišenim simptomima ADHD-a. Simptomi povezani s depresijom mjereni su korištenjem Globalne procjene funkcioniranja (GAF). Tijekom istraživanja bilježeno je jesu li sudionici ikada imali rezultat GAF-a ≤ 50 , što bi ukazivalo na ozbiljne teškoće na poslu ili u društvenom životu. Za procjenu samoozljeđivanja ili samoubojstva korišten je *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN)*. Rezultati su pokazali da je u primarnom uzorku žena s ponavljajućom depresijom (n=148), njih 12,8% (n=19) imalo pojačane simptome ADHD-a, na što ukazuje AISRS rezultat iznad kliničke točke (>24), a njih 3,4% (n=5) zadovoljio je DSM – V dijagnostičke kriterije za dijagnozu ADHD-a. Međutim, niti jedna od žena u studiji nije izjavila da joj je medicinski stručnjak dijagnosticirao ADHD ili da je koristila lijekove za ADHD. Simptomi ADHD-a su bili povezani s ranijom dobi početka depresije, težim simptomima povezanim s depresijom, većim brojem depresivnih epizoda tijekom studije, višim razinama razdražljivosti, povećanim izgledima za samoozljeđivanje ili samoubojstvo i povećanim izgledima za hospitalizaciju. Dakle, jači simptomi ADHD-a pokazuju lošiju kliničku sliku depresije. Nalazi sugeriraju da kod žena s ranim početkom rekurentne depresije treba razmotriti mogućnost prikrivenog ADHD-a maskiranog depresijom. Uz to, moguće je da će liječenje simptoma ADHD-a kod žena s rekurentnom depresijom poboljšati kliničke ishode dugoročno gledano.

Iste godine, autori Riglin i suradnici (2021) proveli su istraživanje sa ciljem utvrđivanja jesu li ADHD i genetska sklonost ADHD-u uzročno povezani s depresijom pomoću dvije različite metode. Prvo, podaci o mentalnom zdravlju korišteni su iz Avonove longitudinalne studije roditelja i djece (ALSPAC), prikupljeni na uzorku od N = 8310. ADHD u djetinjstvu mjereno je korištenjem dobro validirane subskale *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, koju su popunjavali roditelji. Pojedinci su bili označeni kao oni koji imaju ADHD ako su zadovoljili >7 preporučene granične vrijednosti. Također su izračunati ukupni ADHD

rezultati. Analize osjetljivosti provedene su pomoću dijagnoze ADHD-a i šire definiranog ADHD-a (jaki simptomi u dobi od 7, 8, 9 ili 11 godina). Kako bi istražili u kojoj mjeri bi promatrana povezanost ADHD-a i depresije mogla biti posljedica postojanosti simptoma ADHD-a u mlađoj odrasloj dobi, procijenili su „ADHD u odrasloj dobi“ koristeći podatke iz SDQ koje su sami prijavili u dobi od 25 godina. Pojedinci su označeni kao oni s ADHD-om koji traje i u odrasloj dobi, ako su ispunili relevantne granične točke u dobi od 7 i 25 godina. Depresija je mjerena korištenjem kratkog upitnika za samo ocjenjivanje raspoloženja i osjećaja *Short Moods and Feeling Questionnaire* (sMFQ). Ovaj validirani upitnik sadrži 13 čestica, naširoko je korišten i pokazao se kao dobar dijagnostički alat za otkrivanje velikog depresivnog poremećaja. Drugo, analiza Mendelove randomizacije (MR) s dva uzorka ispitala je odnose između genetske sklonosti za ADHD i depresiju koristeći objavljene podatke iz studije *Genome-Wide Association Study* (GWAS). Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je ADHD u djetinjstvu bio povezan s povećanim rizikom od rekurentne depresije kasnije u životu. Ovi rezultati sugeriraju da bi učinkovito liječenje ADHD-a moglo pomoći u sprječavanju razvoja depresije za neke osobe, osobito kada ADHD traje i u odrasloj dobi, ali je malo vjerojatno da će dosljedno spriječiti razvoj depresije za sve.

5.4. Teškoće učenja

5.4.1. Definicija

Teškoće učenja karakteriziraju „trajne poteškoće u učenju ključnih akademskih vještina“ (APA, 2013). To uključuje vještine koje se moraju izravno poučavati i učiti, kao što su razumijevanje pročitano, pisano izražavanje, pravopis, čitanje, računanje i matematičko zaključivanje. Dijagnoza teškoća u učenju može se primijeniti samo na pojedince s prosječnom ili natprosječnom inteligencijom te se ne može primijeniti na pojedince s intelektualnim teškoćama ili globalnim kašnjenjem u razvoju. Najčešće dijagnoze koje se ubrajaju u teškoće učenja su: disleksija (poremećaji čitanja), disgrafija (poremećaji pisanja) i diskalkulija (skup specifičnih teškoća u učenju matematike) (Lenček, Blaži i Ivšac, 2007).

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM – V), dijagnoza teškoće učenja uključuje sljedeće simptome:

1. Stalne poteškoće u vještinama čitanja, pisanja, aritmetike ili matematičkog zaključivanja tijekom formalnih godina školovanja. Simptomi mogu uključivati netočno ili sporo čitanje s naporom, loše pisano izražavanje kojem nedostaje jasnoće, poteškoće s pamćenjem činjenica o brojevima te netočno matematičko zaključivanje;
2. Trenutne akademske vještine moraju biti znatno ispod prosječnog raspona rezultata u kulturološki i jezično odgovarajućim testovima čitanja, pisanja ili matematike;
3. Teškoće u učenju počinju tijekom školske dobi;
4. Teškoće pojedinca ne smiju se bolje objašnjavati razvojnim, neurološkim, senzornim (vid ili sluh) ili motoričkim poremećajima i moraju značajno utjecati na akademska postignuća, radnu izvedbu ili aktivnosti svakodnevnog života (APA, 2013).

Teškoće učenja su povezane na složene načine s nizom drugih problema, uključujući poremećaj pažnje s hiperaktivnošću i poremećaje ponašanja. Za djecu s većim teškoćama, ponavljani školski neuspjeh može utjecati na pojavu anksioznosti i depresije u djetinjstvu i adolescenciji. Iako teškoće učenja često traju i u odrasloj dobi, mnogi pojedinci mogu razviti kompenzacijske strategije za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života i adekvatnu integraciju u zajednicu (Cortiella i Horowitz, 2014).

5.4.2. Istraživanja

Autori Mammarella i suradnici (2016) proveli su istraživanje u Italiji u kojem je glavni cilj bio dodatno rasvijetliti psihološke karakteristike djece s različitim profilima teškoća u učenju u dobi od 8 do 11 godina. Konkretno, testirana su djeca s neverbalnim teškoćama učenja, teškoćama čitanja te djeca tipičnog razvoja. Sve ukupno je ispitano 45 djece, po 15 u svakoj skupini. Svi su podvrgnuti upitnicima za samoprocjenu kako bi se procijenile različite vrste simptoma anksioznosti i depresije. Nitko od sudionika nije imao nikakvo primarno oštećenje vida ili sluha ili neurodegenerativno stanje. Također, provedeni su testovi čitanja, aritmetike i IQ testovi kako bi se osiguralo da skupine zadovoljavaju navedene kriterije. Procjene su uključivale bateriju testova u najnovijoj standardiziranoj talijanskoj verziji WISC-III; MT baterija koja mjeri dječje vještine čitanja; i AC-MT standardizirana aritmetička baterija koja mjeri dječje aritmetičke sposobnosti. Dobiveni rezultati pokazuju da djeca s teškoćama učenja

i čitanja imaju više anksioznih simptoma od djece tipičnog razvoja. Obje kliničke skupine prijavile su više razine generalizirane i socijalne anksioznosti od skupine djece tipičnog razvoja, što je u skladu s ostalom literaturom. Što se tiče depresije, djeca s teškoćama čitanja imala su teže simptome nego djeca s teškoćama učenja i djeca tipičnog razvoja. Sudeći prema rezultatima, djeca s teškoćama učenja otkrivaju internalizirane oblike psihopatologije, kao što su depresija, nedostaci u korištenju emocionalnog sadržaja, teškoće u donošenju zaključaka i obradi znakova u socijalnom kontekstu. Kod ove skupine djece, simptomi depresije mogu posljedično ostati nedovoljno prepoznati zbog njihovog oslabljenog razumijevanja emocija.

Četiri godine kasnije, Brunelle i suradnici (2020) su istraživali hipotezu da socioekonomski ranjiva djeca i adolescenti s teškoćama u učenju češće doživljavaju anksioznost i depresiju nego njihovi inače slični vršnjaci u osnovnoj ili srednjoj školi koji nisu socioekonomski ranjivi. Sustavnom pretragom pronađeno je osam relevantnih istraživanja objavljenih između 2000. i 2019. godine koji su obrađeni istraživačkom meta-analizom. Nalazi ove studije jasno upućuju na to da su djeca i adolescenti s teškoćama učenja, osobito oni koji žive u siromaštvu i/ili su pripadnici rasne etničke manjine, izloženi značajno većem riziku od razvoja anksioznog poremećaja ili depresije. Jasno je kako bi takvi klinički značajni simptomi anksioznosti i depresije mogli dodatno otežati već postojeće izazove učenja.

6. Zaključak

Osobe koje imaju dijagnozu intelektualnih i drugih razvojnih teškoća osjetljivije su na razvoj poremećaja mentalnog zdravlja, koje može proći nezapaženo iz raznih razloga.

U ovome radu prikazane su aktualne znanstvene spoznaje o depresivnom poremećaju uz poseban osvrt na osobe s intelektualnim teškoćama i osobe s drugim razvojnim teškoćama kao što su poremećajem iz spektra autizma, ADHD-a i teškoće učenja. Nalazi istraživanja i iskustva u radu s osobama s IT i drugim razvojnim teškoćama ukazuju nam na potrebe za stručnošću, kliničkim znanjem i iskustvom stručnjaka na ovom području.

Kompleksnost dijagnosticiranja i liječenja depresije kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama je najveći problem. Uistinu, integracija stručnosti, kliničkog znanja i razumijevanja specifičnih potreba ove populacije je ključna za unapređenje mentalnog zdravlja. Osobe s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama često su osjetljivije na razvoj poremećaja mentalnog zdravlja, uključujući depresiju. Ove teškoće mogu otežati prepoznavanje simptoma i postavljanje točne dijagnoze. Dijagnostičko zasjenjenje može uzrokovati da kliničari previde dvostruke dijagnoze, što znači da su simptomi depresije ponekad zamijenjeni ili zanemareni zbog postojećih intelektualnih ili razvojnih teškoća.

Značajna je potreba za stručnjacima s specifičnim znanjima i iskustvom u radu s osobama s intelektualnim i razvojnim teškoćama. Ovo uključuje razumijevanje kako simptomi depresije mogu biti različito izraženi u ovoj populaciji i prilagodbu dijagnostičkih i terapijskih pristupa. Prepoznavanje depresije kod osoba s intelektualnim teškoćama može biti izazovno, ali je ključno za pravovremeno liječenje. Naročito je važna pravovremena i točna dijagnostika kako bi se spriječile komplikacije i poboljšala kvaliteta života. Utjecaj okoline je neizbježan. Stigma i društveni kontekst igraju važnu ulogu u mentalnom zdravlju osoba s intelektualnim teškoćama. Negativni stavovi i stigmatizacija mogu dodatno pogoršati stanje pojedinca i otežati pristup potrebnoj pomoći i podršci. Prepreke u prepoznavanju simptoma, pristupu odgovarajućim testovima i odabiru adekvatne terapije mogu otežati liječenje depresije kod osoba s intelektualnim teškoćama. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se razvile učinkovitije metode dijagnosticiranja i liječenja. Istraživanja o metodama dijagnosticiranja i liječenja depresije kod osoba s težim intelektualnim teškoćama su nedovoljna. Buduća istraživanja trebaju se usredotočiti na razvoj i evaluaciju pristupa koji su specifični za ovu populaciju.

Edukacija o prevenciji depresivnih poremećaja, koja uključuje izgradnju stabilnih obiteljskih odnosa i prihvaćenost društva, ključna je za postizanje stabilnog mentalnog zdravlja.

Ne manje bitno i veoma važno je kontinuirano raditi na poboljšanju dijagnostičkih i terapijskih pristupa, kao i na smanjenju stigme i unapređenju društvene prihvaćenosti. Također je ključno osigurati obiteljima i stručnjacima adekvatnu edukaciju i podršku kako bi se učinkovito prepoznali i liječili simptomi depresije kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama.

Razumijevanje depresije u društvenom kontekstu pomaže u prepoznavanju i adresiranju izazova koje osobe s depresijom mogu doživjeti zbog stigmatizacije i društvenih predrasuda. Povećanje svijesti, edukacija i promicanje razumijevanja mentalnog zdravlja u zajednici mogu značajno poboljšati pristup pomoći i kvalitetu života osoba koje pate od depresije. Rad na smanjenju stigme i promicanju socijalne prihvaćenosti ključan je za osiguranje da osobe s depresijom dobiju potrebnu podršku i pomoć.

7. Literatura

Adams, D., & Oliver, C. (2011). The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities. *Clinical psychology review*, 31(3), 293-306.

Ailey, S. H. (2008). The sensitivity and specificity of depression screening tools among adults with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 45-64.

Anhedonija. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013. – 2024. Pristupljeno 9.7.2024. <<https://enciklopedija.hr/clanak/anhedonija>>.

APA (American Psychiatric Association). 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington, DC: APA

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (AAIDD, 2010). Definition of Intellectual Disability.

Austin, K. L., Hunter, M., Gallagher, E., & Campbell, L. E. (2018). Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(5), 407-421.

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.

Beck, A. T. (2019). A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16-20.

Begovac, I., Bolfan, M. (2021). Intelektualne teškoće. Dječja i adolescentna psihijatrija. e-izdanje: Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 516-532. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105,694914>.

Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., ... & Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC psychiatry*, 12, 1-14.

Brunelle, K., Abdulle, S., & Gorey, K. M. (2020). Anxiety and depression among socioeconomically vulnerable students with learning disabilities: Exploratory meta-analysis. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 37(4), 359-367.

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*, 54(10), 970-984.

Buljevac, M. (2012). Institucionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama: što nas je naučila povijest?. *Revija za socijalnu politiku*, 19(3), 255-272.

Chester, R., Chaplin, E., Tsakanikos, E., McCarthy, J., Bouras, N., & Craig, T. (2013). Gender differences in self-reported symptoms of depression and anxiety in adults with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(4), 191-200.

Cortiella, C., & Horowitz, S. H. (2014). The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues. *New York: National center for learning disabilities*, 25(3), 2-45.

DeFilippis, M. (2018). Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Children*, 5(9), 112.

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.

Došen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 66-74.

Došen, A., Gardnef, W. I., Griffiths, D. M., King, R., & Leponite, A. (2015). Praktične smjernice i principi: procjena, dijagnoza, tretman i pridružene službe podrške za osobe s intelektualnim teškoćama i problemima ponašanja. *Zagreb: Medicinska naklada*.

Eaton, C., Tarver, J., Shirazi, A., Pearson, E., Walker, L., Bird, M., ... & Waite, J. (2021). A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 65(3), 211-229.

Espie, C. A., Watkins, J., Curtice, L., Espie, A., Duncan, R., Ryan, J. A., ... & Sterrick, M. (2003). Psychopathology in people with epilepsy and intellectual disability; an investigation of potential explanatory variables. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74(11), 1485-1492.

Fletcher, R., Barnhill, J. and Cooper, S.-A. (2016) *Diagnostic Manual-Intellectual Disability 2: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. NADD Press: New York.

Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., ... & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD—implications for diagnosis and intervention. *European child & adolescent psychiatry*, 13, i80-i92.

Glasson, E. J., Buckley, N., Chen, W., Leonard, H., Epstein, A., Skoss, R., ... & Downs, J. (2020). Systematic review and meta-analysis: mental health in children with neurogenetic disorders associated with intellectual disability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(9), 1036-1048.

Harris, J. C. (2014). New classification for neurodevelopmental disorders in DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(2), 95-97.

Hedley, D., Uljarević, M., Foley, K. R., Richdale, A., & Trollor, J. (2018). Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depression and anxiety*, 35(7), 648-657.

Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2013). Factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities: results of the healthy ageing and intellectual disabilities study. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(7), 691-699.

Hotujac, L., Filipčić, I., Grubišin, J., & Marčinko, D. (2003). Živjeti s depresijom. *Zagreb: PLIVA*.

Hsieh, K., Scott, H. M., & Murthy, S. (2020). Associated risk factors for depression and anxiety in adults with intellectual and developmental disabilities: Five-year follow up. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 125(1), 49-63. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-125.1.49>

Jakovljević, M. (2004). Depresivni poremećaji. Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. *Pro Mente d. o. o. Zagreb*.

Jurin, M., & Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup. *Paediatrica Croatica*, 52(3), 195-201.

Kadriu, B., Musazzi, L., Henter, I. D., Graves, M., Popoli, M., & Zarate Jr, C. A. (2019). Glutamatergic neurotransmission: pathway to developing novel rapid-acting antidepressant treatments. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(2), 119-135. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy094>

Karlović, D., & Serretti, A. (2013). Serotonin transporter gene (5-HTTLPR) polymorphism and efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors—do we have sufficient evidence for clinical practice. *Acta clinica Croatica*, 52(3.), 353-362.

Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26 (2 Psihijatrija danas), 161-165. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/189041>

Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud pública de México*, 50(S2), 132-141.

Knouse, L. E., Zvorsky, I., & Safren, S. A. (2013). Depression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the mediating role of cognitive-behavioral factors. *Cognitive therapy and research*, 37, 1220-1232. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9569-5>

Kocijan-Hercigonja, D., Došen, A., Folnegović-Šmalc, V., & Kozarić-Kovačić, D. (2000). *Mentalna retardacija: biologijske osnove, klasifikacija i mentalno-zdravstveni problemi*. Naklada Slap.

Kumbrija, S., Marđetko, M., Majer, M., Vuković, H., Blažeković-Milaković, S., & Stojanović-Špehar, S. (2010). Identifying and treating adolescent mental health problems in primary health care. *Med Jad*, 40(1-2), 33-8. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/57611>

Ledić, L., Šušac, A., Ledić, S., Babić, R., & Babić, D. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 75-85.

Lenček, M., Blaži, D., & Ivšac, J. (2007). Specifične teškoće učenja: osvrt na probleme u jeziku, čitanju i pisanju. *Magistra Iadertina*, 2(1), 107-121.

Mammarella, I. C., Ghisi, M., Bomba, M., Bottesi, G., Caviola, S., Broggi, F., & Nacinovich, R. (2016). Anxiety and depression in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities, or typical development. *Journal of learning disabilities*, 49(2), 130-139.

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

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.

McGillivray, J. A., & McCabe, M. P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(1), 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.11.001>

McGillivray, J. A., McCabe, M. P., & Kershaw, M. M. (2008). Depression in people with intellectual disability: An evaluation of a staff-administered treatment program. *Research in Developmental Disabilities*, 29(6), 524-536. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2007.09.005>

Mileviciute, I., & Hartley, S. L. (2015). Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 59(2), 158-169. <https://doi.org/10.1111/jir.12075>

Mimica, N., Folnegović-Šmalc, V., Uzun, S., & Makarić, G. (2004). Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus*, 13(1_Depresija), 19-29. <https://hrcak.srce.hr/19802>

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. <https://hrcak.srce.hr/34567>

Ostojić Baus, J. (2018). Kombinirana socijalna politika prema osobama s invaliditetom - podrška socijalnom modelu invaliditeta. *Revija za socijalnu politiku*, 25 (1), 49-65. <https://doi.org/10.3935/rsp.v25i1.1415>

Petković, Z. B. (2000). Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaji). *Paediatrica Croatica*, 44, 217-222.

Polderman, T. J., Boomsma, D. I., Bartels, M., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(4), 271-284.

Powell, V., Agha, S. S., Jones, R. B., Eyre, O., Stephens, A., Weavers, B., ... & Rice, F. (2021). ADHD in adults with recurrent depression. *Journal of affective disorders*, 295, 1153-1160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.010>

Riglin, L., Leppert, B., Dardani, C., Thapar, A. K., Rice, F., O'Donovan, M. C., ... & Thapar, A. (2021). ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological medicine*, 51(11), 1890-1897. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000665>

Rose, N., O'Brien, A., & Rose, J. (2007). Investigating staff knowledge and attitudes towards working with adults with learning disabilities and mental health difficulties. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 1(3), 52-59.

Rudan, V., & Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2_Adolescencija), 173-179. <https://hrcak.srce.hr/57136>

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

Sekušak-Galešev, S. (2012). Razvoj osoba s intelektualnim teškoćama.[Interna skripta za kolegij]. *Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.*

Sekušak-Galešev, S., Kramarić, M., & Galešev, V. (2014). Mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija*, 42(1), 3-20.

Solarsh, G., & Hofman, K. J. (2011). Developmental disabilities. *The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington (DC)*.

Stranice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/> (12.07.2024., 20:04)

Stranice WHO – a <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (12.07.2024., 19:25)

Sturmey, P. (2012). Treatment of psychopathology in people with intellectual and other disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(10), 593-600.

Tapp, K., Vereenoghe, L., Hewitt, O., Scripps, E., Gray, K. M., & Langdon, P. E. (2023). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: An updated systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 122, 152372. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152372>

Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 339-346. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)

Thompson, J. R., Tasse, M. J., & McLaughlin, C. A. (2008). Interrater reliability of the Supports Intensity Scale (SIS). *American Journal on Mental Retardation*, 113(3), 231-237.

Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(6), 432-444. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00067-0)

Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and anxiety*, 31(6), 459-471. <https://doi.org/10.1002/da.22217>

Urbanc, K. (2005). Medicinski, socijalni ili neomedicinski pristup skrbi za osobe s invaliditetom. *Ljetopis socijalnog rada*, 12(2), 321-333. <https://hrcak.srce.hr/2019>

Vereenoghe, L., & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4085-4102. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.030>

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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00633.x>

Yoo, J. H., Valdovinos, M. G., & Schroeder, S. R. (2012). The epidemiology of psychopathology in people with intellectual disability: A forty-year review. *International*

Depresivni poremećaj kod osoba s intelektualnim i drugim razvojnim teškoćama

review of research in developmental disabilities, 42, 31-56. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394284-5>.