

DIJAGNOZA I TRETMAN DEPRESIJE KOD OSOBA SA INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU

Katarina Tomić¹, Goran Mihajlović², Natalija Jovanović Mihajlović³, Slavica Đukić Dejanović², Katarina Mihajlović⁴ i Goran Petrović²

Rad sa teorijskog aspekta razmatra problem dijagnostikovanja i terapije depresivnih poremećaja kod osoba sa zaostajanjem u intelektualnom razvoju oslanjajući se, pre svega, na rezultate dosadašnjih istraživanja, u kojima se naglašavaju etiološke, simptomske (patoplastične), dijagnostičke i terapijske specifičnosti kada su u pitanju depresija i njeni korelati kod ove populacije. Tek 70-tih godina prošlog veka postaje jasno da neki kognitivni i bihevioralni simptomi nisu, kao što se do tada mislilo, deo i posledica sindroma intelektualne ometenosti, već znak postojećeg mentalnog poremećaja, što se označava terminom „dvojna dijagnoza“. Posmatranje sindromskih skupina genetskih poremećaja koji kao posledicu imaju ometenost u intelektualnom razvoju dovelo je do svojevrsnog sužavanja kruga genetskih sindroma koji nose povećan rizik oboljevanja od depresije i njenih korelata, kao što su npr. Daunov sindrom, Fragilno X sindrom i Prader-Vili sindrom. Potencijalan dijagnostički problem kod osoba sa intelektualnom ometenošću, a kada je u pitanju depresija, mogu predstavljati tendencije „dijagnostičke zamagljenosti“ simptoma depresije, koji često ostaju prikriveni abnormalnim ponašanjem i poremećajima prilagođavanja, posebno kod osoba sa težim oblicima intelektualne ometenosti. Kao mogući način prevazilaženja tih problema neki autori su predložili koncept „bihevioralnih ekvivalenata depresije“ ili u ponašanju evidentnih poremećaja koji se mogu dovesti u vezu sa depresijom, kao što su: socijalno povlačenje, agresivnost, hostilnost, iritabilnost i psihomotorna agitacija. Intenziviranje ovih obrazaca u ponašanju može biti znak razvijanja depresije, pa u tom smislu ovo gledište predstavlja korisnu polaznu tačku. Kada su u pitanju terapijski pristupi, postoji opšta tendencija potenciranja psihofarmakoterapije depresije, iako ima sve više istraživanja koja dokazuju povoljne efekte kognitivno-bihevioralne i psihanalitičke psihoterapije. *Acta Medica Medianae* 2011;50(3):81-89.

Ključne reči: intelektualna ometenost, depresija, dijagnostikovanje depresije, terapija depresije

Visoka škola strukovnih studija za vaspitače Kruševac¹
Psihijatrijska klinika Kliničkog centra Kragujevac²
Odelek za neurologiju Kliničkog centra Kragujevac³
Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu⁴

Kontakt: Tomić Katarina
Omladinska 66, 37000 Kruševac, Serbia
E-mail: katarinat@vaspks.edu.rs

Uvod

Nova istraživanja mentalnog zdravlja i mentalnih bolesti ukazuju na trend porasta broja obolelih od različitih oblika depresivnih poremećaja. Depresija postaje vodeća bolest modernog doba i uz anksiozne poremećaje jedan od vodećih uzroka traženja pomoći od psihijatrijskih službi (1). Krećući se na skali od blage izraženosti depresivnih simptoma, pa sve do klinički dijagnostikovanog poremećaja, depresija duboko zalazi u sfere emocionalnog, kognitivnog, motivacionog i somatskog funkcionisanja pojedinca. Depresija podrazumeva kompleksni obrazac

devijantnih osećanja, kognicija i ponašanja, klaster simptoma koji mogu varirati u stepenu izraženosti od lakih do veoma teških (2).

Poslednjih godina, posebno interesantna postaju istraživanja depresivnih poremećaja kod osoba sa zaostajanjem u intelektualnom razvoju, uzimajući u obzir činjenicu da su epidemiološke studije pokazale znatno veću učestalost depresije kod ove populacije (3). Po definiciji Američke asocijacije za mentalnu ometenost (AAMR) iz 2002. godine mentalna ometenost podrazumeva: „... suštinska ograničenja u trenutnom funkcionisanju, a karakteriše se značajnim ispodprosečnim intelektualnim funkcionisanjem, koje postoji istovremeno ili je u vezi sa ograničenjima u dve ili više oblasti adaptivnog ponašanja, što se ispoljava u konceptualnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim veštinama. Ova ometenost nastaje pre osamnaeste godine života.“ Ova definicija bazirana je na nekoliko pretpostavki, koje se odnose, pre svega, na uvažavanje zaostajanja u različitim sferama adaptivnih veština, a ne samo intelektualnih. Isto tako, dijagnostikovanje ome-

tenosti uvažava i kulturološke, komunikativne, lingvističke i bihevioralne razlike i predstavlja polaznu osnovu za utvrđivanje individualnih snaga i slabosti u sferama intelektualnog, adaptivnog i emocionalnog stanja, fizičkog zdravlja i socijalnih uslova, na osnovu kojih se planiraju intenzitet i kvalitet potrebne podrške (4), koja može biti: intermitentna, ograničena, ekstenzivna i pervazivna.

Intelektualno funkcionisanje izražava se koeficijentom inteligencije (IQ), koji se procenjuje psihometrijskim testovima. AAMR 1977. godine daje i klasifikacionu shemu nivoa mentalne retardacije, koja se i danas koristi u klasifikacionom sistemu DSM-IV, a podrazumeva sledeće nivoe retardacije: granična oblast-borderline (IQ 67-83), laka mentalna retardacija (IQ 50-66), umerena mentalna retardacija (IQ 33-49), teža mentalna retardacija (IQ 16-32) i teška mentalna retardacija (IQ < 16) (5).

U Međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (ICD-10) intelektualna ometenost se definiše kao stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja, koje se posebno karakteriše poremećajem kognitivnih, govornih, motornih i socijalnih sposobnosti, čija je procena neophodna za postavljanje konačne dijagnoze. Određena su četiri nivoa ometenosti: F70 laka (IQ 50-69), F71 umerena (IQ 35-49), F72 teža (IQ 20-34) i F73 teška (IQ < 20). Klasifikaciona grupa F78 (druga mentalna zaostalost) koristi se kada je zbog senzornih ili ostalih pridruženih oštećenja teško utvrditi stepen ometenosti, a F79 (nespecificovana intelektualna ometenost) kada postoje neki pokazatelji, ali ne i dovoljno informacija za postavljanje konačne dijagnoze (6).

Podaci o prevalenciji ometenosti u mentalnom razvoju ukazuju da je njeno prisustvo u opštoj populaciji između 2% i 3%. Od tog broja, oko 70% slučajeva odnosi se na laku ometenost (organski uzroci nepoznati), a 30% na ostale nivoe (za najveći broj slučajeva, organski supstrat poznat). Učestalost je nešto veća kod dečaka, što se objašnjava naslednim faktorima, kao što je npr. X-vezana mentalna retardacija (7).

Intelektualna ometenost (IO) je neuro-razvojni poremećaj koji je vezan za raznovrsne etiološke faktore, koji se mogu podeliti na biološke, psihosocijalne i kombinovane, a po vremenu ispoljavanja dejstva na: prenatalne (genetski faktori, malformacije CNS-a, metaboličke bolesti majke i sl.), perinatalne (porođajne komplikacije, infekcije...) i postnatalne (infekcije, intoksikacije, trauma, psihosocijalna deprivacija). U više od 70% slučajeva, na sadašnjem stupnju razvoja nauke, nije moguće utvrditi jasan organski poremećaj koji bi se smatrao odgovornim za IO. IO je često praćena epilepsijom, neki autori navode da se prevalencija epilepsije među ovim osobama kreće od 20-30% i podvlače da su frekvencija i težina epileptičkih napada više uslovljene primarnim uzrokom ometenosti nego njenom dubinom (4,7).

Složeni sindrom IO podrazumeva specifične psihosocijalne karakteristike ometenih osoba, koje su modelovane nedovoljno integrisanim funkcijama centralnog nervnog sistema, slabom diferencijacijom gnostičkih funkcija i pratećim siromaštvom emocionalnog i socijalnog razvoja. (8). Usporen razvoj verbalnih sposobnosti i teškoće učenja, pamćenja, emocionalnog sazrevanja i razvoja self-koncepta dovode do nesposobnosti razumevanja i zadovoljavanja zahteva realiteta, a posledično i do niskog samopoštovanja i kognitivnih distorzija koje menjaju sliku o sebi, čime se stvaraju povoljni uslovi za ispoljavanje psihopatoloških fenomena.

Epidemiologija

Interesovanje istraživača za problem dijagnostikovanja i tretmana psihopatoloških ispoljavanja kod osoba sa IO novijeg je datuma (9). Razlog za to predstavlja činjenica da su različiti oblici devijantnog ponašanja i poremećaja mišljenja i raspoloženja sve do 70-tih godina prošlog veka smatrani posledicom ili elementom simptomatologije same IO. Ti poremećaji često su bili ignorisani ili suprimirani korišćenjem restriktivnih vaspitnih mera ili apliciranjem psihofarmaka (trankilizera i antipsihotika), bez udubljenja u dijagnostikovanje. Pionirski radovi na ovom polju krenuli su 70-tih godina XX veka, najpre kod osoba sa lakom ometenošću, koje su zbog očuvanih komunikativnih veština mogle da prođu uobičajene dijagnostičke procedure (4).

Prema nekim autorima, a na osnovu epidemioloških istraživanja, u čak 30-60% osoba sa IO postoji određeni psihički poremećaj među kojima je depresija najučestalija, pored shizofrenih psihoza, poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću i poremećaja ličnosti i kontrole impulsa (10). Podaci o prevalenci depresivnih poremećaja u odnosu na ostale psihopatološke forme kod osoba sa IO kreću se čak u rasponu od 44% do 57% psihopatologije (11, 12). Učestalost javljanja depresije kod ove populacije dvostruko je veća nego u opštoj populaciji. Depresija se javlja kod jedne od deset mentalno ometenih osoba. Simptomi velike depresije prisutni su kod oko 5% intelektualno ometenih. Istraživanja polnih razlika pokazala su veću učestalost depresivnih poremećaja kod intelektualno ometenih ženskih osoba, ali postoje i neke novije studije koje nisu evidentirale statistički značajne razlike u tom smislu (13). Depresivni simptomi imaju tendenciju češćeg javljanja u starijem životnom dobu, a i težina kliničke slike povećava se s godinama starosti. Na osnovu izloženih rezultata, jasno je da postoji saglasnost među različitim autorima o postojanju pojačane vulnerabilnosti ovih osoba za razvijanje simptoma depresije, značajno veće nego kod osoba bez IO. Ovom problemu posvećuje se intenzivna pažnja tek poslednjih dvadesetak godina, jer se uviđa značaj adekvatnog dijagnostikovanja i tretiranja depresivnih poremećaja kod ove populacije, ponajviše zbog ozbiljnog uticaja koji depresija

ima na kvalitet života ovih osoba i na njihov ukupni nivo funkcionisanja i socijalnu adaptaciju.

Problem dijagnostikovanja

Jedno od osnovnih pitanja vezanih za problematiku depresivnih poremećaja kod osoba sa IO jeste pitanje njihovog dijagnostikovanja. Postavlja se pitanje u kojoj meri je postojeće standardne procedure i tehnike moguće primeniti kod ove populacije. Osnovni problem leži u činjenici da se većina postojećih dijagnostičkih instrumenata oslanja na samoprocenu izraženosti simptoma od strane samog bolesnika kroz ajteme odgovarajućih skala. Samoprocena podrazumeva, pre svega, određeni stepen razumevanja vlastitih psiholoških stanja, kao i spremnost da se ona saopštavaju drugim osobama. U tom smislu, kod primene postojećih dijagnostičkih instrumenata kod osoba sa IO mogu da iskrsnu problemi koji su posledica kognitivnih, verbalnih, socijalnih i adaptivnih deficita, koji su suština sindroma intelektualne ometenosti. Kao potencijalno rešenje problema mnogi autori predlažu da se, pre primene skale, proveriti da li je osoba razumela sve stavke, ali i da se to razumevanje potkrepi primenom vizuelnih pomagala, kao i navođenjem konkretnih događaja i situacija kao vremensko-prostornog okvira u kom bi trebalo posmatrati vlastita emocionalna i bihevioralna stanja. Takođe, predlaže se izbegavanje pitanja koja od osobe traže da oceni načine na koje je vide i procenjuju osobe iz njenog okruženja, jer takva vrsta uvida pretpostavlja visok nivo socijalnog razumevanja, koji nije dostupan osobama ograničenih kognitivno-socijalnih kapaciteta (14). Većina istraživača svedoči i o konstantnoj tendenciji potcenjivanja i neprepoznavanja depresivne simptomatologije kod osoba sa IO od strane roditelja, staratelja, vaspitača ili nastavnika u odnosu na rezultate dobijene samoprocenom, pri čemu potonji u većem stepenu obuhvataju simptome kao što su: umor, dosada i nezainteresovanost za svet oko sebe, nisko samopoštovanje i osećanje krivice (15).

Bihevioralni ekvivalenti depresije

Dijagnostikovanje depresije kod osoba sa IO, posebno težeg stepena, često se oslanja se na procene roditelja, staratelja ili osoblja koje sa njima radi. Ovakav pristup podrazumeva, pre svega, da su ti spoljni posmatrači sposobni da prepoznaju znake depresije, kao i da razlikuju psihijatrijske simptome od problema u adaptivnom ponašanju. Konfuzija na tom polju dovodi do tzv. "dijagnostičke zamagljenosti" simptoma depresije, koji ostaju prikriveni abnormalnim ponašanjem ili za depresiju atipičnim simptomima (16,17). Postojanje simptoma depresije lakše se evidentira kod osoba sa lakšim stepenom ometenosti, zato što one imaju relativno očuvane kognitivne i komunikacione kapacitete koji im omogućavaju introspekciju i saopštavanje o unutrašnjim emocionalnim stanjima, raspoloženju, mišljenjima i psihološkom distresu.

S druge strane, kada su u pitanju osobe sa težim stepenom ometenosti, dijagnostikovanje depresije može predstavljati ozbiljan izazov, pre svega zbog komunikacione barijere, simptoma moždanog oštećenja, kao i niza evidentnih poremećaja u ponašanju, kao što su napadi besa, auto i hetero agresivnost, socijalno povlačenje i stereotipije, koji mogu maskirati prisutnu depresivnost. Kao potencijalno rešenje ovih dijagnostičkih nedoumica, neki autori predložili su koncept "bihevioralnih ekvivalenta depresije", tj. upravo u ponašanju evidentnih poremećaja koji se mogu dovesti u vezu sa depresijom (17). Pošlo se od pretpostavke da će kroz čitav spektar IO, posebno na dubljim nivoima, postepeno dominirati eksterenalizovani simptomi izraženi kroz neadaptibilne ponašajne forme i brojne vegetativne simptome, u odnosu na kognitivne i motivacione, dakle internalizovane simptome, koji se mogu precizno detektovati samo kod lako, a delimično i umereno intelektualno ometenih osoba. Ovakva razmišljanja logična su posledica poznavanja same suštine sindroma mentalne ometenosti, koja se na dubokim nivoima karakteriše skoro potpunim nedostatkom konceptualizacije, a samim tim i nemogućnošću elaboriranja odnosa. Ja i spoljašnje sredine, kao i odsustvom motivacije koja se može vinuti iznad pukog fiziološkog bitisanja. Nakon ovakvih teorijskih postavki, usledila su konkretna istraživanja koja su pokazala da su neka neadaptibilna i problematična ponašanja zaista znatno učestalija kod teže i teško ometenih osoba sa depresijom, a to su napadi agresije i autoagresije, tantrumi, vrištanje, plakanje, psihomotorna agitacija, iritabilnost, socijalna izolacija i slično (18, 19). Zaključak autora bio je da se intenziviranje ovih bihevioralnih obrazaca može dovesti u vezu sa depresijom i da čak može postati dijagnostički vodič u slučajevima teške i duboke IO. Uzimajući u obzir ove nalaze, u dijagnostikovanju depresivnih poremećaja kroz čitav spektar IO poželjno je kombinovati standardne dijagnostičke kriterijume sa opserviranjem ponašanja i uključivanjem bihevioralnih kriterijuma u proces dijagnostikovanja (17, 20).

Dijagnostički instrumenti

Pitanje dijagnostičkih instrumenata za depresiju, pogodnih za populaciju osoba sa IO, ipak, ostaje otvoreno, pre svega zbog dvosmislenih dokaza valjanosti i pouzdanosti standardnih instrumenata namenjenih dijagnostikovanju depresije kod osoba opšte populacije, kada se primene na populaciji ometenih. Bilo je pokušaja modifikovanja postojećih instrumenata, kako bi se prilagodili kognitivnim, komunikativnim, socijalnim, ali i simptomatskim specifičnostima ove populacije, kao i kreiranja potpuno novih, namenjenih, pre svega, osobama na dubljim nivoima ometenosti. Današ, strani autori navode da se u dijagnostici najčešće koriste sledeće skale: BDI-II, (Beck Depression Inventory) - Bekova skala depresije, SRDQ (Self Report Depression Questionnaire), RADS (Reynolds Adolescent Depression Scale) - Rejnoldova skala depresije za adolescente, pogodna za primenu

kod odraslih intelektualno ometenih osoba (Reynolds, 1987), PIMRA (Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults, Matson 1988) – Instrument za procenu psihopatologije kod mentalno retardiranih, DBC-A (Developmental Behaviour Checklist for Adults) (21), zatim DASH-II (Diagnostic Assessment Schedule for Severely Handicapped, Matson et al. 1991) – Inventar za dijagnostičku procenu teško retardiranih, RSMB (Reiss Screen for Maladaptive Behaviour, Reiss, 1988) – Skrining maladaptivnog ponašanja, PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities, Moss et al. 1998) i drugi.

Problem primene dijagnostičkih instrumenata razvijenih za osobe bez ometenosti sastoji se u njihovoj pouzdanosti. Postoje i pokušaji da se formiraju adaptirani klasifikacioni sistemi i dijagnostički vodiči koji bi se primenjivali kod osoba sa IO. Nacionalna asocijacija za dvojni dijagnozu (NADD) Američke psihijatrijske asocijacije konstruisala je klasifikacioni sistem koji je adaptacija sistema DSM-IV, a obezbeđuje što tačniju dijagnozu mentalnih bolesti kod osoba sa IO, uzimajući u obzir etiologiju i stepen ometenosti, kao i standardne DSM-IV kategorije (Diagnostic Manual-Intellectual Disability, DM-ID). Osnovna prednost ovakvog načina dijagnostikovanja jeste u uvažavanju patoplastičnog efekta koji intelektualna ometenost može imati na strukturu i načine ispoljavanja psihopatoloških fenomena. Ovo se posebno odnosi na poremećaje iz depresivnog spektra, s obzirom na njihovu učestalost u ovoj populaciji, ali i na atipičnost ispoljavanja i dostupna terapijska rešenja. Jedna od značajnih specifičnosti odnosi se, na primer, na zamenu klasičnog dijagnostičkog kriterijuma za depresiju "depresivno raspoloženje" atipičnom "iritabilnošću", za koju se pokazalo da mnogo vernije i češće oslikava postojeći depresivni poremećaj kod osoba sa IO (22).

Etiološki faktori

Izučavanje etioloških faktora značajnih za ispoljavanje depresije oslanja se na različite teorijsko-metodološke pristupe, počev od izučavanja naslednih činilaca (studije porodičnih stabala, studije blizanaca), preko naglašavanja određenih biohemijskih aspekata (poremećaj metabolizma elektrolita, promene u monoaminskoj neurotransmisiji), pa sve do psihoanalitičkih tumačenja (ambivalencija, oralna fiksacija, komplikacije objektnih odnosa, "glad" za spoljašnjim gratifikacijama, osujećenje, regresija...) i dominacije teorija učenja (negativno potkrepljenje, naučena bespomoćnost...). Kada su u pitanju osobe sa IO, nisu u potpunosti rasvetljeni mehanizmi nastanka depresivne simptomatologije, ali kao moguće faktore neki autori navode promene na neurobiološkom i neurohemijskom nivou koje prate određena organska oštećenja mozga, koja opet izazivaju specifičnu vulnerabilnost određenih neurotransmiterskih sistema, zatim traume ili genetski uslovljene bolesti, bazične psihobiološke afektivne reakcije povezane sa okruženjem i štetnim uticajem okruženja,

afektivna deprivacija. Od posebnog značaja mogu biti iznenadne promene u postojećim afektivnim odnosima i hronično osećanje neprihvaćenosti i nerazumevanja.

Sindromska analiza

Sve prisutniji trend u izučavanju fenomena IO je tzv. sindromska analiza, koja je bazirana na genetsko-konstitucionim specifičnostima pojedinih sindroma koji, pored varijabilnih simptoma uslovljavaju i pad kognitivnih kapaciteta. Baveći se psihopatologijom kod osoba sa IO, sindromska analiza dala je pregled klastera psihopatologije specifičnih za pojedine genetske poremećaje i sindrome. Malobrojna istraživanja dovela su do zaključaka da prisustvo neke genetski uslovljene bolesti nosi povećan rizik oboljevanja od depresije, a kao tipičan primer navodi se Down-ov sindrom. Pojedini autori naglašavaju da su osobe sa Down-ovim sindromom posebno vulnerabilne i da se kod njih depresija mnogo češće javlja nego kod ostalih etioloških grupa mentalno retardiranih. To je bilo, donekle, iznenađujuće otkriće, s obzirom na činjenicu da su osobe sa Daunovim sindromom generalno manje podložne psihopatologiji u poređenju sa ostalim grupama mentalno ometenih osoba, posebno sa osobama sa poremećajem iz autističnog spektra. Zanimljivo je pomenuti da stepen depresivnosti kod osoba sa Daunovim sindromom raste sa godinama starosti. Adolescenti i odrasli sa Daunovim sindromom pokazuju veći stepen socijalnog povlačenja, psihomotorne retardacije i inhibiranosti nego deca sa Daunovim sindromom. Iako se u ranim godinama depresija ispoljava hiperaktivnošću, stereotipijama u ponašanju ili čak samopovređivanjem, sa godinama postoji tendencija internalizacije simptoma, sa pojačanom izolacijom, povlačenjem i izbegavanjem socijalnih kontakata. Ovakav trend razvoja kliničke slike depresije nije primećen kod ostalih grupa osoba sa IO (23). Značajno je i to što znaci depresije kod osoba sa Daunovim sindromom mogu biti prodromalni simptom demencije, kada su izraženi kroz intenzivne vegetativne poremećaje, iritabilnost, nekooperativnost, pad raspoloženja, nemir i razdražljivost i ne retko auditivne halucinacije. Neki autori takođe navode da je konstitutivna karakteristika ovih osoba nizak nivo serotonina, što može objasniti osetljivost i sklonost depresivnim poremećajima (24).

Serotoninska hipoteza o nastanku depresije dovela je do novih pristupa i u proučavanju psihopatoloških fenomena kod osoba sa autizmom. Naime, poznato je da autizam karakteriše povećanje krvnog, a paradoksalno smanjenje moždanog serotonina, što je poslužilo kao polazna pretpostavka u pokušajima tretiranja averzivnih ponašanja autističnih osoba inhibitorima ponovnog preuzimanja serotonina (25). Tu se pre svega misli na perseverativno ponašanje, razdražljivost, tantrume, samopovređivanje i heteroagresiju (26). Za poremećaje iz oblasti autističnog spektra ova simptomatologija je i inače karakteristična i teško je diferencijalno dijagnostički

utvrditi da li se radi o bihevioralnim ekvivalentima depresije ili o klasičnim simptomima autizma. Autizam se karakteriše izraženom rigidnošću ponašanja i mišljenja, poremećajima komunikacije, socijalizacije i imaginacije, kao i sklonošću ka rutinama u svakodnevnom funkcionisanju, što predstavlja izrazitu prepreku socijalnoj adaptaciji. Osobe sa autizmom su pod pojačanim rizikom za razvijanje depresije zbog konstantnog distresa u kontaktu sa sredinom gde se svaki događaj, posebno neočekivana promena situacija i odnosa može doživljavati opasnom i pretećom. Imajući u vidu pomenute nalaze, u dijagnostikovanju depresivnog poremećaja kod osoba sa mentalnom ometenošću neophodno je poštovati razvojni princip, koji uzima u obzir individualni razvojni nivo svake osobe sa mentalnom retardacijom, a koji je određen čitavim nizom genetskih, neurobioloških, sredinskih, ličnih i drugih faktora.

Socijalni faktori kao uzrok poremećaja

Iako osobe sa IO predstavljaju veoma heterogenu grupu u pogledu etiologije i stepena ometenosti, može se reći da postoje određene zajedničke karakteristike koje ih čine podložnijim kad je u pitanju depresija. Tu, pre svega, treba pomenuti siromaštvo socijalnih kontakata i deprivaciju socijalne participacije, nedostatak socijalne podrške, kao i srazmerno veliki broj neprijatnih životnih događaja (12). Na primer, navodi se da su česta izloženost neprijatnim životnim iskustvima i deficiti u socijalnim relacijama povezani sa depresijom. Mnoga istraživanja na osobama sa lakom IO naglašavaju vezu između deficita socijalnih veština i problematičnog ponašanja, kao i simptoma depresije. U nedostatku pozitivnih socijalnih potkrepljenja, osobe sa kognitivnim deficitom ispoljavaju poremećaje adaptivnih i socijalnih sposobnosti, koji dalje mogu voditi usložnjavanju interpersonalnih relacija i ispoljavanju depresije. (27). Osobe sa IO generalno su izložene manjem broju događaja i kontakata, a većina interpersonalnih relacija doživljava se kao konflikt (28). Ima čak i nalaza koji pokazuju da veća učestalost događaja, socijalnih kontakata i veća izloženost različitim socijalnim situacijama nosi veći rizik od pojave depresivnog reagovanja, što govori u prilog potrebe ovih osoba za poznatošću situacija, lošoj adaptaciji, kognitivnoj nefleksibilnosti i otporu prema promenama (29). Od ostalih značajnih sredinskih faktora pominju se još: loš socio-ekonomski status, nepotpuna porodica - život sa samo jednim roditeljem, boravak u institucijama restriktivnog tipa, česte promene prebivališta i slično.

Depresija iz ugla kognitivne teorije

Kognitivna teorija depresije predviđa pojačanu vulnerabilnost na depresiju kod osoba koje imaju maladaptivne kognitivne stilove, koji utiču na ispoljavanje poremećaja kao reakcije na stresne životne događaje. Ova teorija A. Beka

(1967) naglašava značaj ranih stresnih iskustava u modeliranju negativnih očekivanja i negativnih self-shema. (30). Stresni događaji u kasnijem životu reaktiviraju ove sheme i utiču na produkciju negativnih automatskih misli o sebi, sredini i budućnosti (Bekova kognitivna trijada). Istraživanjima je ustanovljeno da postoji veza između negativnog socijalnog poređenja i depresivne simptomatologije kod osoba sa IO. Takođe, depresija kod ovih osoba povezana je sa lošim self-konceptom (31), kao i niskim samopoštovanjem (32). Ovakav kvalitet samoprocene povezan je sa svešću o vlastitim ograničenjima i raličnosti, koja je posledica neuspeha u određenim socijalno vrednovanim aktivnostima. Oštećena kognitivna sposobnost, teškoće rešavanja problema i nefleksibilnost u suočavanju sa promenama predstavljaju značajne faktore rizika za razvoj depresije, posebno kod osoba sa lakom intelektualnom ometenošću (31). Istraživanja pokazuju da se kognitivna trijada može detektovati kod osoba sa IO i depresijom (na nivou lake i umerene ometenosti) i da one pokazuju prisustvo negativnih misli o sebi, beznadežnost i nisko samopoštovanje, koji se mogu dovesti u vezu sa kognitivnom trijadom. Neki od ovih aspekata, ukoliko su prisutni kod osoba sa IO bez dijagnoze depresije mogu biti važni prediktivni faktori za njeno kasnije javljanje, na primer, loše samopoštovanje, negativne misli o sebi, životu i budućnosti i nisko samocenjenje kao posledica upoređivanja sa drugima (32).

Karakteristike simptoma

Osnovna karakteristika simptoma depresije kod osoba sa IO jeste njihova atipičnost, šarolikost i ne retko neprepoznatljivost ispod fasade poremećaja i problema ponašanja i prilagođavanja (33). Većina autora koji se bave proučavanjem IO u svojim istraživanjima depresivne simptomatologije zapaža opštu tendenciju ekster-nalizacije simptoma i dominacije iritabilnosti, opšte razdražljivosti i devijantnog ponašanja, koji na prvi pogled nemaju mnogo zajedničkog sa klasičnim simptomima depresije u opštoj populaciji (34). Na nivou lake, delimično i umerene IO mogu se uočiti standardni depresivni simptomi, koji dozvoljavaju primenu opšte-prihvaćenih dijagnostičkih kriterijuma, a tu su: depresivno raspoloženje, anhedonija, psihomotorna retardacija ili agitacija, dnevne fluktuacije raspoloženja, brojni vegetativni simptomi (poremećaji spavanja, somatske žalbe, poremećaji ishrane sa gubitkom ili porastom telesne težine i sl). Ovde treba dodati i prisustvo kognitivnih distorzija kod osoba sa lakom ometenošću, koje imaju relativno očuvane kognitivne kapacitete, pa i sposobnost konceptualizacije svojih teškoća, tako da ne retko izveštavaju o osećanju tuge, beznadežnosti, pada samopoštovanja, krivice, kao i o strahu od gubitka, stvarnog ili simboličnog napuštanja, sve do suicidalnih ideja, pa i pokušaja suicida. Sa produbljanjem intelektualne i adaptivne retar-

dacije, tipično osećanje tuge pretvara se u difuzni osećaj slabosti, bolesti (8), raste broj somatskih žalbi, vegetativnih simptoma i javlja se karakteristična iritabilnost, koja često dominira kliničkom slikom (6). Primećuje se slabljenje socijalnih kontakata, povlačenje iz socijalnih aktivnosti, slabljenje kontakta očima, pojava latence u govoru, zapuštanje spoljašnjeg izgleda, pa i elementi samopovređujućeg i hostilnog ponašanja, čije se intenziviranje tada svrstava u red "bihevioralnih ekvivalenata depresije" (17, 34).

Najveći dijagnostički izazov, ipak, predstavlja detektovanje simptoma depresije kod osoba sa najdubljim nivoom IO. Neki autori svedoče da su teže ometene osobe pod većim rizikom za oboljevanje od depresivnih poremećaja od lakše ometenih. Ipak, često ti poremećaji ostanu neprepoznati zbog "dijagnostičkog preklapanja", pripisivanja depresivnih simptoma primarnoj ometenosti (16,20). Poseban problem u dijagnostikovanju, pored izrazite atipičnosti simptoma, predstavlja i teško oštećenje verbalne komunikacije i nemogućnost ovih osoba da procene sopstvena psihička stanja i doživljaje, što dijagnostikovanje mora da osloni na spoljašnju procenu, pre svega bihevioralnih promena i maladaptivnog ponašanja u čijoj je osnovi, u stvari, depresivni poremećaj (20). Depresija se često može dovesti u vezu sa ispoljavanjem agresivnog ponašanja, kao i auto-agresije i samopovređivanja. Neretko, kod teže ometenih osoba srećemo tantrume, ekstremnu samoizolaciju, vrištanje, plakanje, stereotipna ponašanja, konstipaciju, poremećaje sna i apetita i izrazitu iritabilnost. Ovakve manifestacije veoma je teško sistematizovati i dokazati da u njihovom korenu leži depresivnost, najpre zbog toga što se često javljaju kod ovih osoba nezvezano sa depresijom. Neophodno je, dakle, dovesti u vezu pojavu ovakvih oblika maladaptivnog ponašanja sa početkom depresije, što se dodatno komplikuje činjenicom da se, pod uticajem depresije, određeni događaji u okolini percipiraju kao averzivni, izrazito neprijatni i ugrožavajući, npr. insistiranje okoline da osoba učestvuje u nekim aktivnostima za koje je zbog pojave depresije izgubila interesovanje, može dovesti do ekstremne iritabilnosti i posledičnog samopovređivanja (33).

Terapijski pristupi

Dominantan terapijski pristup u lečenju depresije i drugih oblika psihopatologije kod osoba sa IO jeste primena psihotropnih medikamenata u kombinaciji sa metodama bihevioralne modifikacije ponašanja. Dominacija psihofarmakologije posledica je svojevrsne ekspanzije novih znanja o biohemijskim i molekularnim osnovama mentalnih oboljenja, ali i dugogodišnjeg svođenja mentalnih problema osoba sa IO na karakteristike sindroma primarne ometenosti u intelektualnom razvoju. Suštinskim prodiranjem u problematiku IO, postaje jasno da se i kod ovih osoba, posebno u slučajevima lake i umerene ometenosti mogu primeniti sve terapijske

metode koje se koriste i kod osoba bez ometenosti, tako da dolaze u obzir i metode za koje se smatralo da su neprimenjive zbog ograničene konceptualizacije i verbalizacije mentalno retardiranih – različite forme psihoterapije (35), kognitivni i emocionalni treninzi, kreativna terapija i mnoge druge. Naravno, one moraju odgovarati razvojnom nivou, stepenu ometenosti i verbalnim mogućnostima osobe. Jedini način za uspešno tretiranje depresivnih poremećaja kod intelektualno ometenih osoba je tzv. integrativna terapija, koja podrazumeva učešće čitavog tima stručnjaka – psiholog, psihijatar, socijalni radnik, defektolog, pre svega u davanju dijagnoze poremećaja, a potom i u sprovođenju specifičnih terapijskih postupaka (36).

Poseban problem kod primene psihofarmakoloških sredstava u lečenju depresije kod osoba sa IO predstavlja pojačana sklonost ka ispoljavanju negativnih efekata i nuspojava terapije. Veliki broj ovih osoba, posebno sa dubljom ometenošću, ima epilepsiju, tako da se pojavljuje problem interakcije antiepileptičke terapije i ostalih primenjenih psihotropnih medikamenata. Stvar komplikuju i često prisutni ozbiljni zdravstveni problemi, kao što su srčana oboljenja, hipotireoza, oboljenja jetre, bubrega i slično. Zbog teškog intelektualnog deficita, nemogućnosti konceptualizacije svojih tegoba i oštećene verbalizacije, osobe sa IO često ne mogu ni da izveste o problemima i neželjenim efektima lekova, što takođe može predstavljati nesavladivu prepreku, jer se ta neželjena dejstva mogu tako manifestovati i detektovati samo kroz maladaptivne oblike ponašanja, kao što su agitacija, samopovređivanje ili agresija, što opet donekle komplikuje dijagnostikovanje psihopatoloških poremećaja, jer se te manifestacije mogu pogrešno dijagnostikovati kao psihoza ili depresija.

Depresivni poremećaji kod osoba sa IO su, kao što je rečeno, atipični, hronični i često vrlo varijabilni u ispoljavanju. Mnogi slučajevi upornih depresivnih poremećaja, posebno kod osoba sa težom IO, predstavljaju, u stvari, bipolarnu poremećaje sa brzim smenjivanjem faza, koji mogu dobro reagovati na psihostabilizatore (24), kojima se dodaju i antipsihotici ili antidepresivi. Opravdana je primena novih antidepresiva, kao što su selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina - SSRI (fluoksetin, sertralin, paroksetin) i kombinovani inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i noradrenalina - SNRI, koji značajno poboljšavaju simptome depresije, a kod teže ometenih osoba, kao i kod osoba sa autizmom, pozitivno deluju na smanjenje agresije i samopovređujućeg ponašanja (37). Navodi se i da je u tretmanu depresije kod osoba sa IO retka istovremena primena tricikličnih antidepresiva i SSRI, zbog nedovoljno iskustava sa eventualnim interakcijama i ispoljavanjem neželjenih dejstava (37), pre svega zbog nemogućnosti ovih osoba da o njima obaveste lekara ili porodicu.

Istraživanja o učešću kognitivnih faktora u nastanku depresije kod osoba sa lakom i

umerenom IO pokazala su značajnu povezanost između frekvencije negativnih automatskih misli, osećanja bespomoćnosti i niskog samopoštovanja sa ispoljavanjem depresije, pa se pojavio zaključak o potrebi organizovanja kognitivno-bihejvioralnih terapijskih procedura (u daljem tekstu KBT) za ovu populaciju depresivnih bolesnika (11). Dugo se smatralo da terapijski programi koji su fokusirani na kogniciji ne mogu imati efekta kod osoba sa IO, ali su neke studije dokazale pozitivan efekat i povlačenje simptoma depresije kod osoba koje su bile deo KBT programa (38). Interventni KBT program obično podrazumeva promovisanje učestvovanja individua u različitim socijalnim situacijama, koje obezbeđuju razvijanje socijalnih veština kroz igranje uloga i različite oblike rešavanja problema, koji se kasnije generalizuju na realne životne situacije. Program obučava učesnike kako da prate vlastite misli i osećanja, kao i da potkrepljuju pozitivna, adaptivna ponašanja. Naglasak je u preoblikovanju postojećih kognitivnih distorzija i razvijanju pozitivnih interpretacija događaja, a od tehnika se koriste bihejvioralna modifikacija, igranje uloga i strukturisani feed-back. Svaka grupna sesija pruža učesnicima mogućnosti da kroz raznovrsne situacije razvijaju veštine koje će im omogućiti poboljšanje kvaliteta života i bolje razumevanje vlastitog stanja (11).

Zaključak

Postoje mnogobrojne teškoće koje prate proučavanje karakteristika depresivnih poremećaja kod osoba sa IO. Stavovi mnogih istraživača teško se odvajaju od pretpostavke da ove osobe ne mogu, zbog svojih kognitivnih ograničenja, iskusiti emocionalnu, motivacionu i socijalnu pustoš koje sobom nosi depresija. Činjenica je da je ometenost u intelektualnom razvoju praćena socijalnom stigmatizacijom izraženom kroz poremećene socijalne odnose, odbacivanje i socio-emocionalnu deprivaciju, koji dalje modeluju psihi ometenih osoba čineći je podložnom negativnim efektima. Genetske specifičnosti i intelektualne i adaptivne dispozicije sa kojima ove osobe stupaju u svet modeliraju obrasce i kvalitet ranih afektivnih odnosa, ostavljajući neizbrisive tragove na strukturi i potonjem funkcionisanje individue u "pretećem i osujećujućem" svetu. Dakle, mentalni problemi ovih osoba, a posebno sklonost ka depresivnom reagovanju i ispoljavanju kliničkih formi depresije, imaju koren u samim počecima njihovog socijalnog života, kroz primarne forme socijalnih odnosa unutar same porodice, ali i prvih vršnjačkih socijalnih grupa. Imati dete ometeno u razvijanju predstavlja veliki izazov za svaku porodicu,

posebno onu sa smanjenim kapacitetima prevladavanja i lošim obrascima porodičnih odnosa. Ne retko se sreću depresivna reagovanja samih roditelja na rušenje mita o savršenom detetu koje će ispuniti sve njihove snove. Posebno je, u tom smislu, interesantno izučavanje depresije kod majki ometene dece i efekte koje ona ima na potonji psihofizički razvoj deteta. Ometenost deteta često postaje nesavladiva prepreka u realizovanju sigurne afektivne veze deteta i majke, što rezultira patološkim obrascima odbacivanja ili pak prezašćivanja deteta, kome se time uskraćuje mogućnost razvijanja psihološkog aparata uspešne adaptacije u okviru genetski datih dispozicija. Prisustvo odbacivanja, averzivnih stimulusa i reagovanja od strane majke, koja se ne mogu predvideti, razumeti niti kontrolisati stvaraju uslove za razvoj i učvršćivanje naučene bespomoćnosti, koja u kombinaciji sa socijalnom stigmatizacijom, postojećom genetskom etiologijom i neurološkim deficitima predstavlja pogodno tle za strukturisanje depresivnog reagovanja u kasnijem životu. Naučena bespomoćnost u tom smislu može poslužiti kao koristan teorijski okvir u izučavanju depresivnosti kod dece i odraslih koji funkcionišu na različitim nivoima IO, pre svega zato što pruža prihvatljiva objašnjenja specifičnog bihejvioralnog klastera koji je čest pratilac ponašanja ovih osoba, a podrazumeva odsustvo inicijative u socijalnim situacijama, karakteristično izbegavanje kontakata i odnosa, intenziviranje stanja straha i pojačavanje anksioznosti pred nepoznatim stimulusima, smanjenje borbenosti u suočavanju sa problematičnim situacijama sve do ispoljavanja klinički prepoznatljivih depresivnih simptoma.

Važnost blagovremenog dijagnostikovanja depresije kod osoba sa IO postaje sve jasnija posle ekspanzije empirijskih istraživanja koja su potvrdila da postoji opasnost neprepoznavanja simptoma zbog tendencije njihove zamaskiranosti bihejvioralnim problemima i smetnjama prilagođavanja. Rana dijagnoza obavezna je zbog pravovremene terapije i sve je veći broj terapijskih procedura koje se mogu prilagoditi specifičnostima ometenih osoba. Razmatranja etioloških faktora zaostajanja u intelektualnom razvoju vode nas ka zaključku da postoje dve, kvalitativno različite sfere ometenosti i to s jedne strane granična i laka ometenost, sa dominacijom socio-edukativnih faktora i dublji oblici ometenosti (umerena, teška) sa prevladavanjem neuropatološke i genetske etiologije. U tom smislu i proučavanje depresije treba smestiti u te etiološke okvire, uzimajući u obzir potencijalnu neuropatologiju koja postaje dominantna sa produblivanjem retardacije a možda i presudna za modelovanje depresivnih simptoma (npr. sindromska analiza).

Literatura

1. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30: 497-510. [[CrossRef](#)]
2. Carlino D, De Vanna M. Potential benefits and limitations of new technologies in the personalized treatment of depression. *Riv Psichiatr* 2011; 46(3): 155-71. [[PubMed](#)]
3. Taurines R, Gerlach M, Warnke A, Thome J, Wewetzer C. Pharmacotherapy in depressed children and adolescents. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12(1): 11-5. [[PubMed](#)]
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9): 655-79. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Oberthür A, Heller R, Vogel M, Körber F, Rahimi G, Hoopmann M et al. Smith-Lemli-Opitz syndrome: case report, diagnostics and therapeutic options. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2009; 213(5): 210-4. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Potvin O, Hudon C, Dion M, Grenier S, Préville M. Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26(10): 1080-8. [[CrossRef](#)]
7. Battaglia A. Sensory impairment in mental retardation: a potential role for NGF. *Arch Ital Biol* 2011; 149(2): 193-203. [[PubMed](#)]
8. Bojanin S, Kolar D, Kolar M. Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. *Psihijatrija danas* 2002; 34 (3-4): 265-80.
9. Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47: 51-8. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
10. Antonacci DJ, Attiah N. Diagnosis and treatment of mood disorders in adults with Developmental Disabilities. *Psychiatr Q* 2008; 79: 171-92. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. McCabe M, McGillivray JA, Newton DC. Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 239-47. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
12. McGillivray JA, McCabe M. Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2007; 28 (1): 59-70. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Tsakanikos E, Bouras N, Sturmey P, Holt G. Psychiatric co-morbidity and gender differences in intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 582-7. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Argus DR, Terry PC, Bramston P, Dinsdale SL. Measurement of mood in adolescents with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2004; 25: 493-507. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Venta A, Sharp C, Hart J. The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychol Assess* 2011; [Epub ahead of print]
16. Gray KM, Piccinin AM, Hofer SM, Mackinnon A, Bontempo DE, Einfeld SL et al. The longitudinal relationship between behavior and emotional disturbance in young people with intellectual disability and maternal mental health. *Res Dev Disabil* 2011; 32(3): 1194-204. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dhingra SS et al; Public Health Surveillance Program Office. Mental illness surveillance among adults in the United States. *MMWR Surveill Summ* 2011; 60(Suppl 3): 1-32.
18. Hemmings CP, Gravestock S, Pickard M, Bouras N. Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 269-76. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Tsiouris JA. Diagnosis of depression in people with severe/profound intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2001; 45: 115-20. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Langlois L, Martin L. Relationship between diagnostic criteria, depressive equivalents and diagnosis of depression among older adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52 (11): 896-904. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
21. Mohr C, Tonge BJ, Einfeld SL. The development of a new measure for the assessment of psychopathology in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49: 469-80. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. Fletcher RJ, Haverkamp SM, Ruedrich SL, Benson BA, Barnhill LJ, Cooper SA et al. Clinical Usefulness of the Diagnostic Manual-Intellectual Disability for Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability: Results from a Brief Field Survey. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70: 1-8. [[PubMed](#)]
23. Dykens DEM. Psychological and behavioral disorder in persons with Down syndrome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13: 272-8. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Nevels RM, Dehon EE, Alexander K, Gontkovsky ST. Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Exp Clin Psychopharmacol* 2010; 18(2): 184-201. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Hranilovic D, Bujas-Petkovic Z, Vragovic R, Vuk T, Hock K, Jernej B. Hyperserotonemia in Adults with Autistic Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37: 1934-40. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Aman MG, Arnold LE, Armstrong SC: Review of serotonergic agents and perseverative behavior in patients with developmental disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 1999; 5: 279-89. [[CrossRef](#)]
27. Mattson JL, Dempsey T, Rivet TT. The Interrelationships of Psychopathology Symptoms on Social Skills in Adults with Autism or PDD-NOS and Intellectual Disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2009; 21(1): 39-55. [[CrossRef](#)]
28. Jahoda A, Dagnan D, Jarvie P, Kerr W. Depression, Social Context and Cognitive Behavioural Therapy for People who have Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2006; 19: 81-9. [[CrossRef](#)]
29. Esbensen AJ, Benson BA. A prospective analysis of life events, problem behaviours and depression in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 248-58. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Mezulis AH, Hyde JS, Abramson LY. The Developmental Origins of Cognitive Vulnerability to Depression: Temperament, Parenting and Negative Life Events in Childhood as Contributors to Negative Cognitive Style. *Dev Psychol* 2006; 42 (6): 1012-25.
31. McGillivray JA, McCabe MP. Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: the views of key stakeholders. *Br J Learn Disabil* 2009; 1-9.

32. Esbensen AJ, Benson BA. An evaluation of Beck's cognitive theory of depression in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51: 14-24. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Tomić K, Mihajlović G. Mentalna retardacija i depresija. *Engrami* 2008; 30 (1): 41-52.
34. McBrien JA. Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2003; 45: 1-13. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. Willner P. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49: 73-85. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Došen A. Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51: 66-74. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Antochi R, Stavrakaki C, Emery PC. Psychopharmacological treatments in persons with dual diagnosis of psychiatric disorders and developmental disabilities. *Postgrad Med J* 2003; 9: 139-46. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
38. McGillivray JA, McCabe MP, Kershaw MM. Depression in people with intellectual disability: An evaluation of a staff-administered treatment program. *Res Dev Disabil* 2008; 29 (6): 524-36. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Katarina Tomić, Goran Mihajlović, Natalija Jovanović Mihajlović, Slavica Đukić Dejanović, Katarina Mihajlović and Goran Petrović

This paper considers, from the theoretical point of view, the problem of diagnosing and treatment of depressive disorders in people with intellectual disability (ID), relying primarily on the results of previous researches, which stress the etiological, symptomatic, diagnostic and therapeutic specifics when it comes to depression and its correlates in this population. The interest in mental health and psychopathology of people with ID intensified during the seventh decade of the previous century, when it became clear that some cognitive and behavioral symptoms are not, as hitherto thought, only a part or a consequence of the syndrome of intellectual disability, but a sign of ongoing mental disorder. So, the idea of "dual diagnosis" was born, and now it provides guidelines for the growing number of studies which theoretically and empirically review different issues of mental health problems in people with ID. Likewise, the observation of syndrome groups of genetic disorders resulting in intellectual disability has led to the narrowing of the circle of genetic syndromes that carry increased risk for the onset of depression and its correlates, such as: Down syndrome, Fragile X syndrome and Prader-Willi syndrome. Potential diagnostic problem in people with ID, when it comes to depression, may arise from "diagnostic overshadowing" of depression symptoms, which often remain hidden under abnormal behavior and adjustment disorders, especially in patients with severe forms of ID. As a possible way to overcome these problems some authors have proposed the concept of "behavioral equivalents of depression" or behavioral disorders that evidently can be associated with depression, such as social withdrawal, aggression, hostility, irritability, psychomotor agitation or retardation. Intensification of these forms of behavior may be a sign of developing depression, and in that sense, this view represents a useful starting point. When it comes to therapeutic approaches, there is a general tendency in favour of psycho pharmacotherapy in the treatment of depression, although there is a growing number of researches that prove the favourable effects of cognitive-behavioral and psychoanalytic psychotherapy. *Acta Medica Medianae* 2011;50(3):81-89.

Key words: *intellectual disability, depression, diagnosis of depression, treatment of depression*