

## КЛИНИЧКА ИСПОЉАВАЊА, ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН ДЕПРЕСИЈЕ КОД ОСОБА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*Ивона Милачић Видојевић, Нада Драгојевић*

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

*Циљ:* Циљ овог рада је приказ релевантних истраживачких и прегледних радова о депресији код особа са интелектуалном ометеношћу публикованих у периоду 1980-2010.

*Резултати:* Последњих година нагласак је био на препознавању симптома депресије код особа са ИО и мерењу на свим нивоима ИО. Насупрот томе, мало пажње је поклоњено изучавању узрока и психосоцијалних фактора депресије или психолошком третману депресије.

*Закључак:* Овај рад осветљава важна питања клиничких манифестација, дијагнозе и третмана депресије у популацији особа са интелектуалном ометеношћу.

*КЉУЧНЕ РЕЧИ:* интелектуална ометеност, депресија, дијагноза, третман

### УВОД

Депресија је један од најчешћих психијатријских поремећаја, а ипак је често непрепозната, недијагностикована и нетретирана код особа са интелектуалном ометеношћу (ИО). Један од разлога тежег препознавања депресије код особа са ИО, нарочито код особа са тежим облицима ИО, лежи у томе што неки дијагностички критеријуми депресије (нпр. осећање безнадежности, осећање кривице, суицидална идеација и сл.) зависе од развојног нивоа и не могу се установити код особа које имају ограничене језичке и концептуалне способности. Питања да ли особе са ИО имају јединствену и различиту симптоматологију

и да ли манифестују кључне симптоме депресије карактеристичне за општу популацију дуго година су доминирала у истраживањима. Истраживања специфичних симптома или „бихејвиоралних еквивалената“ била су ограничена проблемима валидности који су проистицали из модификација стандардних дијагностичких критеријума, као и проблемима коструисања поузданих инструмената процене. Напредак у овом подручју зависи од постизања сагласности међу истраживачима о томе како се депресија манифестује код особа са ИО и како се може поуздано установити и проценити.

### Депресија и интелектуална ометеност

О депресији код особа са интелектуалном ометеношћу (ИО) писало се још у 19. веку (Wilbur, 1877; Clouston 1883). Hurd (1888) је истраживао заједничко појављивање ИО и депресије. Ипак, од краја 19. века до средине 20. века клиничари су указивали да се депресија не појављује код особа са ИО (Earl, 1961). Ово веровање се заснивало на психоаналитичкој традицији, доминантној традицији у области психијатрије и психологије у то време. Према психоаналитичкој теорији суперега је нужан услов за појаву депресије, а како је код особа са ИО суперега неразвијен, сматрало се да не могу доживети ни депресију. Ипак, развијавши се са психоаналитичком традицијом, Меноласкино (Menolascino, 1969) је указивао на појаву депресије код особа са ИО. Од 1980. до данас психијатријски поремећаји код особа са ИО су добили заслужену пажњу у литератури (Sturmer&Sevin, 1993). Већина истраживања са популацијом особа са ИО, фокусирали су се на клиничке манифестације афективних поремећаја, нарочито депресије (Bergman, 1991; Campbell&Malone 1991; Meins, 1995).

### Преваленција депресије

Преваленција депресије код особа са ИО тек треба тачно да се утврди. Постојећи подаци се морају примити с мером опреза, због могућих методолошких грешака од којих су неке: непрецизно коришћење термина „депресија“ (у значењу сниженог расположења, једне депресивне епизоде или биполарног афективног поремећаја), питање репрезентативности узорка или потенцијалне грешке у примени дијагностичких критеријума. Преваленција депресивне епизоде код особа са интелектуалном ометеношћу креће се од 2-7%, а у општој популацији од 3-5%. Депресија је присутна на свим узрастима и чешћа је код жена него код мушкараца. Још немамо довољно података о преваленцији депресив-

ног поремећаја у различитим периодима живота нити о повезаности степена ометености и етиолошких фактора са заступљеношћу депресије код особа са ИО.

## ЕТИОЛОШКИ ФАКТОРИ

### Генетски фактори

Поставља се питање да ли код особа са интелектуалном ометеношћу повезаном са одређеним синдромима расте могућност развоја депресивне болести у поређењу са другим особама са и без ИО. Особе са Дауновим синдромом или Фрагилним X синдромом представљају две ризичне групе. Компаративне студије (породичне, студије близанаца и усвојених особа) спроведене у општој популацији због методолошких разлога нису спроведене у популацији особа са ИО.

### Органски мождани поремећаји

Случајеви тежих облика ИО повезани су са поремећајима у структури мозга. Мождана оштећења повећавају могућност промене расположења, промена у понашању, личности и језику. Присуство епилепсије такође повећава ризик обољевања од поремећаја расположења.

### Коегзистирајући физички или психијатријски поремећај

Присуство физичке или психијатријске болести предиспонира почетак депресивне епизоде. Физички коморбидитет је чест код особа са ИО и ствара ризик за појаву депресију. Депресивни симптоми могу бити присутни и код особа са ИО и психијатријским поремећајем, нарочито код особа с деменцијом (Burt и сар., 1992) и анксиозним поремећајем.

### Социјални фактори

Ограничене информације су доступне о повезаности ефеката „животних догађаја“ и појаве депресије код особа са ИО. Ипак изгледа да је депресија повезана са одређеним социјалним факторима (Reiss&Benson, 1985). Већина особа са ИО је изложена већем броју социјалних стресова. Они укључују здравствене тегобе, незапосленост, стигматизацију, мали приход, мали број блиских односа, губитак социјалне подршке.

Не постоје јасни докази у погледу каузалних односа између ових фактора и депресивне епизоде, али је могуће нпр. да су осећање беспомоћности и усамљености фактори у етиологији депресије. Због смањене могућности превладавања особе са ИО су вулнерабилније од особа без ИО у стресним животним ситуацијама.

Хелсел и Мејтсон (Helsel & Matson, 1988) указују на значајну корелацију између неразвијених социјалних вештина и депресије код особа са ИО. Рос и Оливер (Ross & Oliver, 2003) указују на то да низак ниво социјалне подршке и слабе вештине комуникације доприносе депресији код особа са ИО. Истраживачи су такође указали да је избегавање социјалних контаката клиничка особеност депресије код особа ИО (Esbensen et al., 2003). Студија ризико фактора психолошких поремећаја код деце и адолесцената са ИО (Hastings et al., 2004) указује на то да постојање неповољних животних догађаја може да буде предиктор појаве поремећаја расположења. У студији која укључује одрасле особе са ИО (Hastings et al., 2004), излагање једном или већем броју неповољних догађаја у претходној години повећава могућност појаве афективног поремећаја. На повезаност депресије и историје трауме, нарочито код жена са ИО указују две студије (Lunsky, 2003; Sequeria и сар., 2003). Пол, усамљеност, недостатак породичне подршке и стрес су ризико фактори за појаву депресије (Lunsky, 2003). Усамљеност, стрес и недостатак социјалне подршке су чешћи код особа које испољавају суицидалну идеацију него код других (Lunsky, 2004).

### Психолошке теорије

Многе психолошке теорије су покушавале да објасне појаву депресије код опште популације. У објашњавању појаве депресије код особа са ИО постављене су две теорије. Први је модел „научене беспомоћности“ који се базира на теорији оперантног учења (Селицмен, 2008) депресије настају као резултат понављаних доживљаја немогућности „бекства“ од аверзивног стимулуса. Немогућност контроле исхода догађаја ствара осећање беспомоћности које се активира у свакој следећој проблем ситуацији и инхибише сваки покушај решавања проблема. Према наведеној теорији беспомоћност је довољан узрок депресије. Други је модел „социјалне изолације“ који се базира на теорији социјалног учења. Депривација у социјалним контактима доводи до понашања које је аналогно клиничкој депресији.

## Класификација депресије

Не постоји стандардан класификациони систем за дијагнозу депресије код особа са ИО (Clark et al., 1991). Ајнфелд и Аман (Einfeld & Aman, 1995) сматрају да депресија може имати различиту симптоматологију зависно од нивоа интелектуалног функционисања.

## Дијагноза депресије

У клиничкој пракси депресивна епизода се дијагностикује стандардном психијатријском проценом која укључује историју тренутних проблема, психијатријску историју, породичну, историју досадашњег лечења, преглед информација од стране других стручњака (медицинска сестра, психолог, социјални радник, лекар), испитивање менталног стања, соматска испитивања, примену дијагностичког водича.

Спектар симптома повезаних са депресијом у општој популацији може бити присутан и код особа са ИО (Cooper & Collacott, 1996). Најчешћи клинички симптоми депресивне епизоде су: снижено расположење, иритабилност, анхедонија, смањен апетит, промене у моторној активности, поремећај спавања, умор, смањење концентрације, повлачење, агресивност, плачљивост, губитак интересовања, снижене социјалне активности. Мање чести симптоми су: губитак тежине, осећање кривице, соматске жалбе, самоповређивање, уништавање имовине, дневна променљивост расположења, губитак либида, губитак самопоуздања, констипација, анксиозност, опсесије/компулсије. Ређи симптоми су: суицидална размишљања, промене у сексуалној активности, халуцинације, поремећаји исхране, хипохондрија. Ређе се извештава о когнитивним аспектима депресије, као што су оштећење памћења, губитак концентрације или немогућност јасног мишљења. Размишљања о смрти, кривици или суициду, као и перцептивне обман, такође нису чести симптоми. Биолошке промене повезане са депресијом (психомоторна ретардација, поремећај спавања, губитак апетита, тежине и дневна променљивост расположења) су чешће.

Више фактора утиче на клиничка испољавања депресије. Један од најзначајнијих је тежина ИО. Депресивни поремећај се код особа с граничном или лаком ИО испољава слично као и код особа опште популације. Рајд (Reid, 1972) сматра да депресија може бити дијагностикована код особа са граничном или благом ИО коришћењем стандардних дијагностичких критеријума (DSM-III). Шимански и Бидерман (Shymansky i Biederman, 1984) указују да особе са лаком и умереном ИО вербализују своје депресивне симптоме, укључујући и депресивно расположење ко-

је је суштински симптом депресије. Дијагноза депресије код особа са лаком и умереном ИО се базира на самоизвештавању о расположењу, понашању, когницији и вегетативном функционисању (Lowry, 1993). Кројзе (Kroese, 1997) сматра да особе са лаком и умереном ИО могу дати поуздане исказе приликом коришћења модификованих скала за процену депресије код особа опште популације. као што су Ревидирана верзија Бековог инвентара депресије (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961) и Зунгова Скала депресије (Self Rating Depression Scale, Zung, 1965). Ипак, самоизвештаји особа са лаком и умереном ИО могу бити непоуздани због тешкоћа памћења, сиромашног језика или склоности ка давању социјално пожељних одговора (Stenfert & Kroese, 1997). Нађено је (Sovner & Pary, 1993) да особе са ИО током интервјуа покушавају да минимизирају стрес и дају социјално пожељне одговоре.

Совнер (Sovner, 1986) је указао на ограничења стандардних критеријума за дијагностиковање депресије код одраслих особа са тежом и тешком ИО. Према Мајнсу (Meins, 1995) DSM критеријуми се делимично могу применити на особе са тежом и тешком ИО због тешкоће самоизвештавања. Такође, дијагноза депресије у популацији особа са ИО представља изазов због дијагностичког препокривања. Препокривање је присписивање психопатологије интелектуалној ометености, а не психијатријском поремећају (Sovner, 1986).

Павларчик и Беквит (Pawlarcyck & Beckwith, 1987) у приказу депресивних симптома код особа са тежом и дубоком ИО указују на повећану фреквенцију депресивног расположења, психомоторног поремећаја укључујући хиперактивност, летаргију и мутизам. Такође су нашли анхедонију, поремећај спавања, поремећај одржавања тежине или поремећај апетита код особа са тежом и дубоком ИО. У овој популацији депресија је повезана са социјалним повлачењем, соматским жалбама, повећаном зависношћу, иритабилношћу, поремећајем вегетативног функционисања (Warren et al., 1989). Прачер и Хал (Pracher & Hall, 1996) сматрају да је психомоторна ретардација повезана с тешком и дубоком ИО. Неки истраживачи су указали на „атипичне симптоме“ или „депресивне еквиваленте“ као што су агресивност и самоповређујуће понашање као индикативне за депресију код особа са ИО (Martson et al., 1997). С депресијом се повезују и маладаптивно понашање и/или смањење адаптивних вештина (Sovner & Lowry, 1990). Езбенсен и сар. (Esbensen et al., 2003) су указали на то да је изазивајуће понашање у корелацији са нивоом ИО. Марфи (Murphy, 1994) сматра да изазивајуће понашање има мултифакторску етиологију. Рајд (Reid, 1972) сматра да дијагноза депресије код особа са тешком или дубоком ИО треба да се базира на бихејвиоралној опсервацији обрасца спавања и добитка или губитка тежине.

Дејвис и сар. (Davis et al., 1997) сматрају да стандардни дијагностички критеријуми захтевају модификацију јер не укључују бихејвиоралне промене које су главни фактор депресије код особа са тешком и дубоком ИО. Модификовани дијагностички критеријуми имају ограничење у погледу поузданости и валидности. Као решење проблема стандардних дијагностичких критеријума за ову популацију, развијао се концепт важности бихејвиоралних симптома. Клиничари су идентификовали бихејвиоралне симптоме који не захтевају вербалне извештаје клијената, а који се повезују са психијатријским поремећајем (Sturmeу, 1998), као што су иритабилно расположење, депресивни афекат, поремећај спавања, поремећај апетита, анхедонија, социјална изолација и психомоторна агитација. Процењом депресивних симптома који су фокусирани на понашање клиничари могу да дијагностикују депресију код особа са тешком и дубоком ИО. Дијагноза депресије код особа са ИО се доноси уколико особа у периоду од две недеље испољава одређен кластер бихејвиоралних симптома и испољава друге симптоме повезане са депресивним афектом или смањеним интересовањима за омиљене активности.

Три студије нису пружиле подршку становишту о бихејвиоралним еквивалентима или атипичним симптомима депресије. Циорурјс и сар. (Tsiouruis et al., 2003) нису поновили налазе Марстона и сар. (Marston et al., 1997) да су самоповређујуће понашање, вриштање и агресивност еквиваленти депресивних симптома код особа са тежом и дубоком ИО. Изазивајуће понашање није било повезано са депресијом код 92 особе са различитим степеном ИО, па је сматрано неспецифичним индикатором реаговања на стрес. Према ДСМ-IV, суштински симптоми депресије (депресивни афект, поремећај спавања и губитак тежине) присутни су код особа с тежом и дубоком ИО. Закључак је био да су ови симптоми централни у процењивању депресије. Важно је разумевање односа између изазивајућег понашања и депресије и односа између нивоа ометености и форме агресивног испољавања. У једној студији о самоповређујућем понашању код особа са тежом и дубоком ИО, депресија се показала као најзначајнији психијатријски поремећај, присутан у скоро половини испитаног узорка тј. код 12 од 26 испитаника (Tsiouris, 2003). Депресија није била дијагностикована код ових особа пре испитивања, а увођење антидепресивних лекова је утицало на смањење самоповређујућег понашања.

Смајли и Купер (Smiley & Cooper, 2003) су објавили рад о депресији и дијагностичким критеријумима за психијатријске поремећаје код особа са тешкоћама учења (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities, DC-LD). Упоредили су

налазе тринаест студија о депресији код одраслих особа са ИО. Неки симптоми депресије су чести у општој популацији и у популацији особа са ИО: депресивно расположење, анхедонија, поремећај спавања и апетита, психомоторна агитација/ретардација. Многи симптоми који су чести код особа са ИО не појављују се у стандардним дијагностичким критеријумима: иритабилност, лабилност расположења, пораст агресивног понашања или другог проблематичног понашања, плачљивост, смањен опсег комуникације и говора, социјално повлачење или изолација, повећање соматских жалби. Симптоми као што су осећање бескорисности, осећање кривице, честа размишљања о смрти или покушај суицида нису чести код особа са ИО, нарочито код особа с тежим облицима ИО. Симптоми који су заједнички у обе популације, као и атипични симптоми карактеристични за популацију особа са ИО, унети су у ДЦ-ЛД критеријуме за депресивну епизоду, а когнитивни критеријуми нису укључени. Појава или интензивирање агресивног понашања сматра се потенцијалним суштинским симптомом расположења (бихејвиорална манифестација иритабилности). Извештај Смајлија и Купера (Smiley & Cooper, 2003) утицао је на развој модификованих дијагностичких критеријума.

Процена и дијагноза депресије код особа са ИО остаје проблематична и није необично да се ова болест тешко открива код одређених група особа као што су особе са аутизмом, деменцијом, особе са тежом и дубоком ИО, особе са додатним медицинским проблемима (дијабетес, епилепсија, болести срца, сензорна оштећења) особе које примају високе дозе неуролептика, особе са дуготрајниом „одигравајућим“ понашањем (агресивно понашање, самоповређујуће, хиперактивно).

У развоју инструмената који олакшавају и побољшавају клиничку процену депресије начињен је велики напредак.

### Дијагностички инструменти и скале

Постоји велики напредак у развоју инструмената за процену депресије. Ови инструменти побољшавају свакодневну клиничку праксу истраживачку делатност. Они унапређују детекцију, смањују дијагностичка неслагања, побољшавају третман, омогућавају поређење између различитих истраживања, помажу у планирању услуга и поспешују комуникацију између лекара и пацијента.

Четири студије публиковане последњих година користе стандардизоване мерне инструменте с малим модификацијама који показују адекватну унутрашњу поузданост када се примењују код особа са лаком и умереном ИО (Kellett i sar., 2003; Powell, 2003; Lunsky, 2003; Glenn i sar.,



2003). Остаје отворено питање да ли су ови инструменти применљиви и код особа са тежим облицима ИО, с обзиром на њихове тешкоће у извештавању о афективним стањима. Забринутост у погледу коришћења стандардизованих мерних инструмената за процену депресије у популацији одраслих особа са ИО односи се на питање да ли инструмент може да „ухвати“ јединственост депресивних симптома код ових особа. Чак и за особе са лаком и умереном ИО, код којих депресивни симптоми личе на депресивне симптоме особа опште популације, примена стандардизованих мера можда није одговарајућа.

Развијен је алтернативни начин мерења с циљем процене симптома депресије код особа са ИО. Глазгов скала за процену депресије код особа са ИО (Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability, Cuthill, F. Espie, C., Cooper, S.A., 2003) је скала која се задаје у форми интервјуа особама са ИО. Садржи 20 ајтема Ликертовог типа на која одговарају особе са ИО и 16 ајтема на која одговарају стручњаци. Ајтеми су настали на основу DC-LD, DSM-IV и ICD-10 дијагностичких критеријума. Аутори су скалу прелиминарно проверили испитујући особе са лаком и умереном ИО да би утврдили језик којим ове особе описују афективна стања. Инструмент је после тога примењен на три групе испитаника (20 особа са ИО и депресијом; 20 особа са ИО које нису депресивне и код 20 особа које су депресивне, али нису ИО). Иако је узорак био ограничен, добијене су разлике између три групе испитаника. Глазгов скала за испитивање депресије код особа са ИО има добру унутрашњу поузданост, тест-ретест поузданост и критеријумску валидност.

Одређене скале за процену депресије у општој популацији су прилагођаване особама са ИО као што је Beck Depression Inventory (Beck i sar., 1961) и Zung Self Rating Depression Scale (Zung, 1965); Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960); Mental Retardation Depression Scale (Meins, 1996); Self Report Depression Questionnaire (Raynolds & Baker, 1988). Иако се корелација података добијених коришћењем инструмената и клиничке дијагнозе депресије мора и даље истраживати, корист у процени депресије наведеним инструментима је значајна. Инструменти који се у општој популацији користе за мерење когнитивног дефицита код депресије су мање значајни (нпр. вештине решавања проблема, когнитивне дисторзије и негативне изјаве о себи).

Коришћењем дијагностичких инструмената може да се побољша тачност дијагнозе депресије код особа са ИО. Поновљене процене, уз коришћење истог инструмента, могу да се користе као мера реаговања на третман. Ипак, инструменте треба примењивати опрезно. Проблеми који се морају узети у обзир јесу тежина ИО, удружена медицинска стања, утицај медикамената и добијен одговоре и пацијентова тенден-

ција пацијента да се усаглашава и одговара позитивно на постављена питања.

### Диференцијална дијагноза

Тачна дијагноза депресије код особа са ИО је тешка. Разликовање депресије у односу на друга стања још је проблематичније. Особе са ИО чешће имају физичке тегобе у поређењу са општом популацијом. Потребно је размотрити могућност разликовања депресивног расположења и сниженог расположења збогпостојања медицинске болести (нпр. дефицијенција витамина, хипертироидизам или повреда главе). Уколико је присутна медицинска болест, клиничке карактеристике депресије неће достићи пуне дијагностичке критеријуме за депресивни поремећај. Докази из историје болести, резултати соматских прегледа или доступни лабораторијски тестови могу указати на то да је поремећај расположења секундаран у односу на постојећи медицински проблем.

Промена расположења услед узимања лекова није ретка код особа са ИО. То је последица директног физиолошког ефекта медикације или ефекта који наступа услед повлачења одређених лекова. Депресивна симптоматологија је присутна, али опет не испуњава критеријуме за депресивни поремећај. Врста примењених лекова, начин дозирања, почетак и ток поремећаја расположења су подаци који могу бити од помоћи приликом разликовања поремећаја расположења услед увођења или укидања лекова од депресивне болести.

Уколико се симптоми карактеристични за депресију појављују као последица скорашњег губитка важне особе мора се узети у обзир реакција жаловања.

Појава депресивних симптома код деменције Алцхајмеровог типа и диференцијална дијагноза деменције и депресије је важна код особа са Дауновим синдромом (Pracher, 1995). Пацијенти са депресијом могу имати изражене когнитивне дефиците (псеудодеменција). Ипак, флукутирање расположења, анксиозни, а не заравњен афекат, дисхармонична когнитивна оштећења и биолошке карактеристике депресије указују пре на депресивну епизоду него на процес деменције. Реаговање на третман и дуже посматрање доводе до расветљавања дијагностичке недоумице.

### Третман

Поред медикаментне терапије, у третману депресивног поремећаја користе се психотерапија и бихејвиорална терапија. За особе са

лаком ИО психотерапија и бихејвиорална терапија омогућавају истраживање психолошких фактора који су у основи депресије. Нарочито су корисне код особа са самоповређујућим понашањем или оних који испољавају суицидално понашање. Ова врста третмана се увек спроводи упоредо са антидепресивном терапијом. Антидепресиви подижу расположење особи и омогућавају примену психотерапије. Мали број истраживања је доступан у овој области, али студије случајева показују ефикасност ове врсте терапије код одраслих особа са ИО и депресивним поремећајем.

### Социјална подршка

Особе које пружају подршку особама са ИО могу помоћи у третману депресивног поремећаја. Објашњење болести помаже пацијенту у успостављању сарадње са лекаром. Подршка коју пружа медицинска сестра побољшава мониторинг болести у широј заједници. Повећана физичка активност смањује осећање умора и апатије. Особље охрабрује редовну исхрану и одржање телесне тежине. Одржавање дневне рутине и контакта са пријатељима уклања осећање бескорисности и беспомоћности. Охрабрење различитих активности у којима је пацијент раније уживао доприноси враћању самовредновања.

### Прогноза

Мало је истраживања о прогнози депресивног поремећаја код особа са ИО. Краткорочни ефекат једне депресивне епизоде може бити у опсегу од пуног опоравка до хроничног депресивног поремећаја кога карактерише парцијални опоравак функционалних капацитета (Prasner&Hall, 1996). Будуће, поновљене депресивне епизоде нису реткост. Ток депресивног поремећаја зависи од тога да ли је у питању униполаран или биполаран поремећај, од времена почетка поремећаја и од ефикасности третмана. Ограничени подаци су присутни о дугорочном исходу депресије код особа са ИО.

Важно је да психијатри који лече особе са ИО настоје да побољшају своје клиничке вештине процене и третмана депресивног поремећаја код особа са ИО. Депресија је релативно честа, са преваленцијом која је слична као и код особа опште популације. Уз коришћење одговарајућих инструмената, тачна дијагноза депресивног поремећаја код особа са ИО је могућа.

Особе са ИО имају повећану могућност развоја психијатријских поремећаја. Оне могу развити читав спектар психопатолошких испо-

љавања који је присутан у општој популацији. Совнер (Sovner, 1986) је сматрао да интелектуална ометеност може да доведе до непоузданог самоизвештавања, до психосоцијалног маскирања и до тенденције особе са ИО да умањи своју ометеност. Ограничено социјално искуство може да компликује давање јасне психијатријске дијагнозе у овој популацији. Постављање психијатријске дијагнозе код особа са ИО зависи пре свега од опсервације понашања, због сниженог функционалног нивоа, слабије развијених комуникационих вештина и посебних животних околности.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Beck A. T. (1972): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
2. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock, J., & Erbaugh J. (1961): An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
3. Bergman J. D. (1991): Current developments in the understanding of ID Part II: Psychopathology, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 861-872.
4. Burt D.B., Loveland K.A., & Lewis K.R. (1992): Depression and the onset of dementia in adults with mental retardation, *American Journal on Mental Retardation*, 96, 502-511.
5. Campbell M. & Malone R. P. (1991): ID and psychiatric disorders, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 374-379.
6. Clark A. K., Reed J., & Sturmey P. (1991): Staff perceptions of sadness among people with mental handicaps, *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 147-53.
7. Clouston T. S. (1883): *Clinical lectures on mental diseases*. London: J & A Churchill.
8. Collacott R. A. & Cooper S. A. (1992): Adaptive behaviour after depressive illness in Down's syndrome, 468-470.
9. Cutthill F.M., Espie C.A. & Cooper S.A. (2003): Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability, *British Journal of Psychiatry*, 182, 347-353.
10. Davis J. P., Judd F. K. & Herrman H. (1997): Depression in adults with ID. Part 2: A pilot study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 243-251.
11. Earl C. J. C. (1961): *Subnormal personalities*. London: Balliere, Tindal, & Cox.
12. Einfeld S. L. & Aman M. (1995). Issues in the taxonomy of psychopathology in ID, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 143-167.

13. Esbensen A. J., Rojahn J., Aman M. G., Ruedrich S. (2003): Reliability and validity of an assessment instrument for anxiety, depression, and mood among individuals with ID, *Journal of Autism and Developmental disorders*, 33, (6), 617-629.
14. Glenn E, Bihm EM, Lammers WJ.(2003): Depression, anxiety and relevant cognition in persons with mental retardation, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 69-76.
15. Hastings RP, Hatton, C., Taylor, JL, Maddison, C. (2004): Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 48, 42-46.
16. Hamilton M. (1960): A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
17. Hurd H. M. (1888): Imbecility and insanity, *Journal of Insanity*, 45, 263-371.
18. Lowry M. (1993): A clear link between problem behaviors and mood disorders, *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 12, 105-110.
19. Kellet S, Beail N, Newman DW, Frankish P.(2003): Utility of the Brief Symptom Inventory in the assessment of psychological distress, *Journal of Applied Research of Intellectual Disabilities*, 16, 127-134.
20. Lunskey Y. (2003): Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 417-427.
21. Lunskey Y. (2004): Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation, *Research in Developmental Disability*, 25, 231-243.
22. Marston G. M., Perry D. W. & Roy A. (1997): Manifestations of depression in people with ID, *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 476-480.
23. Mc Brien J.A. (2003): Assessment and diagnosis of depression in people with Intellectual Disability, *Journal of Intellectual Disability*. Part I, 1-13.
24. Meins W. (1995): Symptoms of major depression in mentally retarded adults, *Journal of Intellectual Disability Research*, 25, 325-330.
25. Meins W. (1996): A new depression scale designed for use with adults with ID, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 222-226.
26. Menolascino F. J. (1969): Emotional disturbances in mentally retarded children, *American Journal of Psychiatry*, 126, 168-176.
27. Murphy G. (1994): Understanding challenging behavior. In: E.Emerson, P. Mc Gil, and J. Mansell (Eds.), *Severe Intellectual Disabilities and Challenging Behaviours*.(pp. 37-68). London: Chapman & Hall.
28. Pawlarczyk D. & Beckwith B. E. (1987). Depressive symptoms displayed by persons with ID: A review. *Journal of ID Research*, 25, 325-330.
29. Prasher V. P. & Hall W. (1996): Short term prognosis of depression in adults with Down's syndrome: Association with thyroid status and effects on adaptive behavior, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 32-38.
30. Pracher V.P. (1995): Age-specific prevalence, thyroid dysfunction and depressive symptomatology in adults with Down Syndrome and dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 25-31.

31. Pracher V.P & Hall W. (1996): Short-term prognosis of depression in adults with Down syndrome: association with thyroid status and effects on adaptive behaviour, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 32-38.
32. Powel R. (2003): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory and the Zung Self Rating depression Scale in Adults with Mental Retardation, *Mental Retardation*, 41, 88-95.
33. Prout H. T. & Schaefer B. M. (1985): Self-reports of depression by community-based mentally retarded adults, *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 220-222.
34. Reid A. H. (1972): Psychoses in adult mental defectives: I. Manic-depressive psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 120, 205-212.
35. Reiss S & Benson B.A. (1985): Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: I. Minimal social support stigmatization, *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 331-337.
36. Reynolds W.M. & Baker J.A. (1988): Assessment of depression in persons with mental retardation, *American Journal on Mental Retardation*, 93, 93-103.
37. Ross E. & Oliver C. (2003): The assesment of mood in adults who have severe or profound intellectual disability, *Clinical Psychology Review*, 23, 225-245.
38. Селицмен (2008): Научени оптимизам, Завод за уџбенике, Београд.
39. Sequeria H., Howlin P., Hollins S. (2003): Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities: case control study, *British Journal of Psychiatry*, 183, 451-456.
40. Smiley E. & Cooper S. (2003): Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/ID (DC-LD), *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71.
41. Sovner R. (1986): Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons, *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 1050-1059.
42. Sovner R. & Lowry M. A. (1990): A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with ID, *Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 9, 55-61.
43. Sovner R. & Pary R. J. (1993): Affective disorders in developmentally disabled persons. In J. L. Matson & R. P. Barrett (Eds.) *Psychopathology in the mentally retarded* (2nd ed.) Boston: Allyn & Bacon.
44. Stenfert Kroese B. (1997): Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities. Conceptual and contextual issues. In B. Stenfert Kroese, D. Dugan, & K. Loumidis (Eds.), *Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities*. London: Routledge.
45. Sturmey P. (1998): Classification and diagnosis of psychiatric disorders in persons with developmental disabilities, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10, 317-340.

46. Sturmey P., & Sevin J. (1993): Dual diagnosis: An annotated bibliography of recent research, *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 437-448.
47. Szymanski L. S. & Biederman J. (1984): Depression and anorexia nervosa of persons with Down Syndrome, *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 246-251.
48. Tsiouris J. A., Mann R., Patti P. J. & Sturmey P. (2003): Challenging behaviors should not be considered as depressive equivalents in individuals with ID, *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 14-21.
49. Warren A. C., Holroyd S., & Folstein M. F. (1989): Major depression of Down's syndrome, *British Journal of Psychiatry*, 155, 202-205.
50. Wilbur H. B. (1877). *The Classification of Idiocy*. Proceedings of the association of mental officers of the American institution for idiotic and feeble minded people. Philadelphia: Lippincott.
51. Zung W. W. K. (1965): A self-rating depression scale, *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

## **CLINICAL MANIFESTATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY**

IVONA MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, NADA DRAGOJEVIĆ  
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

### **SUMMARY**

**Aim:** Reviews and research reports on depression in intellectual disability, published from 1980 -2010, are examined in the article.

**Results:** Emphasis was placed, during last years, on symptoms of depression and its measurement across all levels of disability. In contrast, limited attention was directed to investigating causes and psychosocial factors of depression, or psychological treatment of depression.

**Conclusion:** The review highlights important issues related to clinical manifestation, diagnosis and treatment of depression in the field of intellectual disabilities.

**KEY WORDS:** intellectual disability, depression, diagnosis, treatment