

Marta Grochowska

ORCID: 0009-0005-2286-5667

*Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie*

Julia Kałuża

ORCID: 0009-0008-3495-1046

*Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie*

***Wybrane zaburzenia psychiczne u osób
z niepełnosprawnością intelektualną***

Selected mental disorders in people with intellectual disabilities

Abstrakt

Niepełnosprawność intelektualna stanowi znaczące wyzwanie w obszarze zdrowia psychicznego, szczególnie gdy jest powiązana z towarzyszącymi jej zaburzeniami psychicznymi. Niniejsza publikacja przedstawia wybrane problemy zdrowia psychicznego, z którymi mogą zmagać się osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Skupia się na wprowadzeniu terminologii dotyczącej depresji, zaburzeń lękowych, schizofrenii i padaczki oraz na tym, w jaki sposób te zaburzenia psychiczne wpływają na osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi. Przedstawia objawy występujące u osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi, które mogą się nieco różnić, niż te doświadczane przez osoby w pełni sprawne. Objawy zależą od stopnia niepełnosprawności. Proces diagnozy nie zawsze jest łatwy. Osoby żyjące z niepełnosprawnościami intelektualnymi i problemami zdrowia psychicznego mogą być bardziej narażone na stres i trudności. Dlatego ważne jest zasięgnięcie wiedzy i świadomości w tym temacie oraz bycie empatycznym w stosunku do osób zmagających się z trudnościami.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna, objawy

Abstract

Intellectual disability represents a significant challenge in the realm of mental health, particularly when compounded by co-occurring mental health issues. This publication presents chosen mental issues that can affect people with intellectual disabilities. It is

focused on introducing terminology of depression, anxiety disorders, schizophrenia and epilepsy and how these mental disorders affect intellectually disabled people. It presents symptoms which people with intellectual disabilities may experience. They are a little bit different than fully functional people manifest. Symptoms depend on the disability level. The diagnosis process is not always easy. People living with intellectual disabilities and mental issues at the same time can be more exposed to stress and difficulties. That is why it is important to raise awareness to that topic and be empathetic towards people who are struggling.

Keywords: intellectual disabilities, mental issues, symptoms

Propozycja cytowania: Grochowska, M., Kałuża, J. (2024). Wybrane zaburzenia psychiczne u osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej*, 17, 50-64.

Wprowadzenie

Według międzynarodowej klasyfikacji ICD-11, niepełnosprawność intelektualna jest definiowana, jako zaburzenie charakteryzujące się istotnym ograniczeniem funkcjonowania intelektualnego oraz adaptacyjnego. Utrudnienia te mogą mieć istotny wpływ na poziom umiejętności adaptacyjnych, poznawczych, sprawności motorycznych i psychospołecznych. Klasyfikacja uwzględnia różnorodne przyczyny oraz stopnie niepełnosprawności intelektualnej, jak również zmniejszenie funkcjonalności zarówno w aspekcie intelektualnym i adaptacyjnym. (WHO, 2024)

Przeprowadzenie rozpoznania psychiatrycznego u osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest problemowe i nadal pozostaje kwestią otwartą. Ze względu na ograniczenia w rozwoju intelektualnym pacjentów, interpretacja ich zachowań oraz efektywna komunikacja stają się trudniejsze. Zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania mogą wpływać na różne obszary życia jednostki, jak również mogą sprzyjać każdej osobie niezależnie od wieku, płci, rodzaju lub stopnia niepełnosprawności. Problematyka zdrowia psychicznego osób z niepełnosprawnością intelektualną przez wiele lat była marginalizowana. Wynikało to między innymi z powodu, iż choroby psychiczne osób z niepełnosprawnością intelektualną często bywają złożone, trudne do zdiagnozowania oraz wymagające skomplikowanej współpracy wielu specjalistów. W ostatnich latach odnotowuje się postęp w diagnostyce zaburzeń psychicznych, jak

również w jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Istotne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, dostosowanej terapii oraz odpowiedniego monitorowania stanu psychicznego. Aby dokładnie ocenić skuteczności terapii potrzebna jest większa liczba kontrolowanych badań randomizowanych (Lennox, 2010).

Zaburzenia psychiczne jako pojęcie

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne jest niezwykle istotne w życiu każdego człowieka. Określa się je jako podstawowe prawo człowieka i nieodłączny element zdrowia. Bycie zdrowym psychicznie oznacza prawidłowe funkcjonowanie w wielu aspektach życia codziennego. Osoby z zaburzonym zdrowiem psychicznym bądź z występującymi zaburzeniami psychicznymi są bardziej podatni na złe samopoczucie psychiczne (WHO, 2022). Definicja zaburzeń psychicznych nie została jednorodnie określona tak, aby mogła odnosić się do każdego rodzaju zaburzeń i okoliczności, w których zachodzą. Obecnie częściej spotyka się oraz definiuje termin “zaburzenia psychiczne” zamiast “choroba psychiczna”. W Leksykonie psychiatrii termin: „zaburzenia psychiczne” (*mental disorders*) oznacza „ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy) psychiatrii klinicznej” (Pużyński, 2007). Według encyklopedii PWN zaburzenia psychiczne to “wszelkie odstępstwa od stanu zdrowia psychicznego, przedmiot zainteresowania i kompetencji psychiatrii; mogą polegać na zmianie natężenia, tempa lub kolorytu prawidłowych czynności lub na pojawieniu się czynności zniekształconych bądź nowych, nie spotykanych w zwykłych warunkach; często towarzyszą temu: kryzys uznawanego dotąd systemu wartości, zakłócenia w pełnieniu należnych ról społ. i niezdolność do realist. oceny rzeczywistości” (PWN, b.d.). Bazując na powyższych definicjach można stwierdzić, iż zaburzenia psychiczne to czynności bądź zachowania odstępujące od przyjętego stanu normy zdrowia

psychicznego, którymi diagnozą zajmuję się psychiatra. Definiuje się kilka rodzajów zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania. Według najnowszej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 wyróżniamy m.in: (1) zaburzenia nastroju; (2) schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne; (3) zaburzenia odżywiania bądź karmienia; (4) zaburzenia osobowości i powiązane cechy; (5) zaburzenia lękowe lub te powiązane ze strachem; (6) zaburzenia dysocjacyjne osobowości; (7) zaburzenia ściśle związane ze stresem (WHO, 2024).

Występowanie zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania tłumaczy się szerokim spektrum oddziaływania czynników społecznych i środowiskowych oraz podłożem biologicznym (uszkodzenia w zakresie ośrodka nerwowego) bez względu na poziom rozwoju intelektualnego jednostki. Mimo występowania tak samo klasyfikowanych zaburzeń u osób w normie i o obniżonym poziomie intelektualnym ich objawy nie są identyczne. Różność przejawiana symptomów zależna jest od stopnia niepełnosprawności danej jednostki (Bobińska, Gałęcki, 2010).

Depresja

Według Słownika Języka Polskiego PWN termin “depresja” to “chorobliwe, głębokie i długotrwałe przygnębienie” (PWN, b.d.). Określenie depresja według Słownika Psychologii definiuje się z kolei jako stan usposobienia, który charakteryzuje się uczuciem przygnębienia, smutku, obniżeniem aktywności i reaktywności, poczuciem nieodpowiedności, pesymizmem i tego typu podobnymi objawami (A. Reber, E. Reber, 2005, s. 145). Natomiast według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 depresja to zaburzenie charakteryzujące się nastrojem depresyjnym (przygnębienie, drażliwość, poczucie pustki) oraz/albo utrata przyjemności, któremu towarzyszą inne objawy poznawcze, behawioralne bądź wegetatywne symptomy, które znacząco wpływają na poziom, zdolność funkcjonowania jednostki.

W języku codziennym słowa “depresja” używa się do określenia obniżonego nastroju, samopoczucia. Jednak takie potoczne

nazewnictwo może doprowadzić do nieporozumień, gdyż jest zbyt uogólnione i nie obejmuje różnicowania pomiędzy zaburzeniem nastroju a chwilowym przygnębieniem. Termin “depresja” może oznaczać pojedynczy objaw, zespół symptomów a także zaburzenie psychiczne. Smutek a patologiczną depresję rozróżnia nasilenie, czas trwania i jakość nastroju. Dziecko przeważnie potrafi odróżnić odczuwany stan różni się od zwykłego smutku. Rozumienie depresji jako zespołu objawów stanowi zbiór symptomów poznawczych, behawioralnych i afektywnych (Majewicz, Sikorski, 2022). Zaburzenie psychiczne jakim jest depresja można rozpoznać po “typowo” występujących objawach. Do tych symptomów zalicza się obniżenie nastroju, które przejawia się odczuwaniem smutku, przygnębienia, beznadziejności, samotności, obniżenie aktywności, spadek energii. Typowymi objawami są także: niepokój, lęk, problemy ze snem, apetytem, negatywne myśli/myśli samobójcze.

Objawy depresji u osób z niepełnosprawnością intelektualną mogą różnić się od objaw doświadczanych przez osoby w normie intelektualnej. Wraz z nasileniem stopnia niepełnosprawności intelektualnej mogą wystąpić inne objawy. u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim symptomy depresyjne nie będą odbiegać od tych “typowo” występujących. Innymi przejawianymi objawami są obniżenie i/lub zmienność nastroju, poczucie bezradności, bezsensu życia, utrata zainteresowań, wyraźny spadek energii, niska samoocena. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym mogą doświadczać atypowych symptomów depresji takich jak np.: autoagresja, izolowanie się od innych, irytacja, zaburzenia snu, utrata apetytu, negatywizm, mutyzm, płaczliwość. u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniach znacznym i głębokim mogą pojawić się: utrata zdolności adaptacyjnych, nadmierna drażliwość, pobudzenie psychoruchowe, zachowania agresywne, lęk, niepokój czy hiperaktywność. u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w związku z depresją mogą pojawić się problemy z koncentracją oraz trudności w uczeniu się (Orzeł, 2013).

Otępienie

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) otępienie, to zespół objawów wywołanych przez chorobę mózgu, najczęściej przewlekłą lub o postępującym przebiegu, cechujący się licznymi zaburzeniami funkcji poznawczych (WHO, 2024). Jest zjawiskiem niezwykle powszechnym wśród osób w podeszłym wieku. Częściej występuje u starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną niż u osób w populacji ogólnej, będących w podobnym wieku. Osoby te nierzadko borykają się ze złym stanem zdrowia somatycznego, które to problemy mogą wynikać z zaburzeń rozwojowych lub być związane z wiekiem (Cooper, Holland, 2010). Zdarza się, że starsze osoby niepełnosprawne intelektualnie nie mają zapewnionego wystarczającego wsparcia rodzinnego, wynikać to może z braku posiadania dzieci, śmierci rodziców lub z nie zawarcia małżeństwa. Można zauważyć częsty brak niedostrzeżenia ich problemów, na przykład w przypadku instytucji opieki oraz domów pomocy, w których przebywają. Dowodem bagatelizowania zgłaszanych dodatkowych dolegliwości zdrowotnych, może być przypisywanie niepełnosprawności danej osoby oraz postrzeganie ich jako konsekwencji starzenia się. Zauważalny postęp w medycynie oraz starzejące się społeczeństwo w Polsce powoduje wzrost świadczeń wsparcia socjalnego, jak również kosztów opieki zdrowotnej, sytuacja ta może stanowić duże wyzwanie dla służby zdrowia. Osoby starsze z niepełnosprawnością intelektualną rzadko opisują swoje objawy, dlatego ważnym aspektem jest wprowadzenie zmian w organizacji opieki (Cooper, Holland, 2010).

Od wielu lat można zauważyć powiązania między zespołem Downa oraz możliwością przedwczesnego starzenia się, co może być związane z wystąpieniem otępienia wśród tych osób. Fraser i Mitchell (1876) przypisują to zjawisko do "przyśpieszonej starości". Ryzyko otępienia u osób z Zespołem Downa znacząco wzrasta po przekroczeniu 30 roku życia. Rozpoznanie różnicowe przyczyn pogorszenia funkcjonowania w późniejszym wieku, w szczególności osób z zespołem Downa, obejmuje chorobę Alzheimera, niedoczynność tarczycy, depresję oraz pogorszenie czynności narządów zmysłów.

Otępienie jest bardziej powszechne u kobiet, z gorzej kontrolowaną padaczką, wieloma dodatkowymi schorzeniami somatycznymi oraz rzadszym uzależnieniem od papierosów niż u osób bez otępienia. Wśród osób populacji ogólnej wzrost ryzyko otępienia związane jest z urazami głowy (np. otępienie u bokserów). Charakterystycznymi objawami otępienia są: zapominanie, pogorszenie rozumienia, częstsza zależność od drugiej osoby, dezorientacja w terenie, brak kontroli wydalania, drgawki, ograniczenie poruszania, utrata wagi i koncentracji, zmiany rytmu snu, omamy, zamartwianie się, zmiany apetytu oraz agresywność (Cooper, Holland, 2010).

Rozpoznanie jest kluczowym aspektem dla wdrożenia skutecznego leczenia i spowolnienia postępującej choroby, dlatego na podstawie wyczerpującego badania specjalści, opiekunowie oraz osoba z niepełnosprawnością intelektualną mogą opracować plan właściwego postępowania i opieki. Choroba pacjenta zmagającego się z otępieniem może również oddziaływać na opiekuna, dlatego istotne jest, by wskazać na konieczność dbania o własne zdrowie w takim samym zakresie jak dba się o zdrowie osoby chorej (Potempowski, Ratajczak, Ratajczak, 2015).

Tomaszewska (2022) wymienia cztery rodzaje otępienia:

Choroba Alzheimera

Dolegliwość ta jest najczęściej kojarzona z demencją. Jej objawy narastają powoli oraz stopniowo. Pojawiają się trudności w zapamiętywaniu, dezorientacja w przestrzeni miejsca i czasu. Osoba przestaje rozpoznawać przedmioty lub twarze, jej mowa jest chaotyczna, a słowa zniekształcone, jak również często podejmuje niebezpieczne zachowania dla zdrowia i życia.

Otępienie naczyniowe

Jest drugą najczęściej występującą przyczyną otępienia, jej objawy mogą zmieniać natężenie w czasie. Do przyczyn można zaliczyć między innymi: nadciśnienie tętnicze, miażdżycę, udar mózgu, mikrowylewy, procesy zakrzepowo-zatorowe. Objawy przejawiają się w: trudnościach z pamięcią, mowie, w rozpoznawaniu przedmiotów

i ludzi, w planowaniu i kontrolowaniu działań, często w zaburzeniach chodu, utracie równowagi, trudnościach z kontrolowaniem zwieraczy, zaburzeniach połykania, zmianach emocjonalnych i osobowościowych.

Otępienie czołowo-skroniowe

Najczęstszymi objawami są: zmiany osobowościowe, trudności w okazywaniu emocji, osoba traci zdolność myślenia o skutkach swojego zachowania i działania (wulgarność lub tendencje samobójcze), zaburzenia mowy (afazja), trudności z pamięcią, poruszaniem się i realizowaniem działań skoncentrowanych na cel.

Otępienie z ciałami Lewy'ego

Jest to choroba odznaczająca się występowaniem w komórkach nerwowych tzw. ciał Lewy'ego/białka synukleiny. Jednostka często doznaje omamów (przede wszystkim wzrokowych), występuje dezorientacja w miejscu i czasie, zaburzenia snu, drżenie, spowolnienie ruchowe, sztywność mięśni oraz niestabilność postawy (tamże).

Padaczka

Wskaźnik rozpowszechnienia padaczki jest zauważalny u około 0,5% osób populacji ogólnej, w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną występowanie padaczki jest znacznie wyższe i wynosi od 14% do 24% (Deb, 2010). W czasach starożytnych uważano, że padaczka to stan duchowy. Zdaniem Jędrzejczak (2012, s. 45) „napady padaczkowe traktowane były jako wyraz owładnięcia przez demony, przez długi czas uważano ją za „świętą chorobę” i dopiero od V wieku p.n.e słowo padaczka zaczęło nabierać (..) obecnego znaczenia”. Padaczkę uznano za chorobę mózgu, która powinna być leczona dietą i lekami, zamiast czarami i zaklęciami. Jej historia sięga 4 tys. lat. Współcześnie używane słowo „epilepsia”, pochodzenia greckiego liczy 2,5 tys., znaczy atakować, chwycić, zapaść, osiąść. Epilepsja może występować u osób z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, zarówno lekkiej, umiarkowanej, jak i głębokiej. Definiowana jest jako stan charakteryzujący się krótkotrwałymi, nawracającymi i nieprawidłowymi wyładowaniami elektrycznymi

w mózgu, które mogą wpływać na jedną, bądź więcej jego funkcji (poznawczą, mowy, behawioralną, motoryczną, emocjonalną, sensoryczną,). Rozpowszechnienie zależne jest od wieku, płci, schorzeń neurologicznych oraz stopnia i przyczyny niepełnosprawności. Przyczyną epilepsji może być uszkodzenie mózgu powstałe w okresie okołoporodowym lub w następnych latach życia. Najczęściej jest to uraz, a u ludzi starszych niedokrwienie mózgu. Większość przypadków padaczki rozpoznawanych u dzieci nie ma czytelnej oraz zidentyfikowanej przyczyny, rozpoznaje się wtedy padaczkę samoistną (idiopatyczną). Wystąpienie napadów padaczkowych w dorosłym wieku z reguły związane jest z konkretną chorobą, dlatego jest to tzw. padaczka objawowa. Alkoholizm jest zaliczany do częstych powodów padaczki występujących u osób dorosłych.

Wskaźnik rozpowszechnienia epilepsji wzrasta wraz z nasileniem niepełnosprawności intelektualnej, u osób o z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim wskaźnik ten wynosi od 50% do 82%. Częste występowanie choroby zauważalne jest również u osób z niepełnosprawnością intelektualną, której towarzyszą zaburzenia neurologiczne, wśród dzieci NI z rozpoznaniem porażenia mózgowego, wskaźnik rozpowszechnienia padaczki wynosił w grupach 5, 10, 22 lat odpowiednio: 28%, 31%, 38% (Deb, 2010). Istnieje również silna zależność między osobami chorującymi na autyzm, a występowaniem epilepsji. Relacja ma charakter dwukierunkowy: u pacjentów z rozpoznaniem ASD może rozwinąć się padaczka oraz odwrotnie, u pacjentów z napadami epilepsji mogą pojawić się cechy autyzmu. Dzieci z padaczką i niepełnosprawnością intelektualną są bardziej narażone na wystąpienie autyzmu (13,7%), w porównaniu do dzieci z padaczką bez niepełnosprawności intelektualnej (3,4%). Wczesne dzieciństwo, wiek dojrzewania i późniejszy, są okresami, w których padaczka może częściej wystąpić. Do czynników pojawienia się ryzyka rozwoju padaczki u osób z niepełnosprawnością intelektualną, można zaliczyć wiek, wraz z którym częstość pojawienia się napadów wzrasta. Ważną kwestią jest dostosowanie opieki zdrowotnej i leczenia do ich indywidualnych potrzeb. W wielu przypadkach niezbędne jest ściśle monitorowanie oraz współpraca z zespołem specjalistów, między

innymi z neurologami, psychiatrami, terapeutami zajęciowymi, jak również z pielęgniarkami (Gurda, Malendowicz-Major, Steinborn, 2019).

Zaburzenia lękowe

Lęk jest częstym stanem emocjonalnym doświadczanym przez człowieka. Charakteryzuje się odczuwaniem nieuzasadnionych obaw, silnego strachu, niebezpieczeństwa. Czas utrzymywania się silnych emocji związanych z lękiem oraz jego nasilenie mogą być zróżnicowane. Lęk jest zjawiskiem powszechnym, odczuwany jest zarówno przez osoby w pełni sprawne oraz przez osoby z problemami zdrowotnymi, cierpiącymi na zaburzenia. Lęk mieszczący się w granicy możliwości adaptacyjnych nazywany jest lękiem fizjologicznym, który pełni pozytywne funkcje (alarmowanie o niebezpieczeństwie oraz mobilizacja do podjęcia działań zapobiegających). W sytuacji, gdy lęk nasila się nieadekwatnie do zagrożenia lub wywołany jest bodźcami neutralnymi, które nie mają związku z niebezpieczeństwem, zagrożeniem bądź jest to lęk, który utrzymuje się nieproporcjonalnie długo w odniesieniu do bodźca, który go wywołał. Co więcej prowadzi to do zaburzenia codziennego funkcjonowania i wiąże się z wyraźnie nasiloną manifestacją objawów somatycznych. Wyróżniamy uogólnione zaburzenia lękowe oraz zaburzenia lękowe w postaci fobii (Majewicz, Sikorski, 2022).

Osoby cierpiące na uogólnione zaburzenia lękowe doświadczają nadmiernego, niekontrolowanego i przewlekłego lęku oraz obaw, które nie są skoncentrowane na jednym konkretnym obiekcie czy sytuacji, ale dotyczą wielu różnych problemów związanych z różnymi obszarami życia. Osoby te często martwią się o różnorodne kwestie, a obiekty ich zmartwień mogą zmieniać się wielokrotnie podczas dnia. Zamartwianie się można opisać jako ciągłe sekwencje nieustających myśli i obrazów, które są nacechowane negatywnym afektem i skoncentrowane na problemach, uznanych za potencjalnie zagrażające. Zwykle zamartwianie się odnosi się do przyszłości, ale może dotyczyć również sytuacji, zachowań z przeszłości (np. ktoś może martwić się, że źle coś powiedział, obraził drugą osobę). Typowe symptomy uogólnionych

zaburzeń lękowych zazwyczaj obejmują: napięcie, trudności w relaksacji, potrzebę częstego upewniania się oraz dolegliwości somatyczne, takie jak bóle głowy i żołądka. Powszechnie występującymi objawami są także: zmęczenie, podrażnienie, trudności z koncentracją, problemy ze snem, pobudzenie układu autonomicznego, przyspieszone bicie serca, uczucie niepokoju w nadbrzuszu oraz suchość w ustach (Majewicz, Sikorski, 2022).

W przypadku zaburzeń lękowych w postaci fobii, lęk jest spowodowany przez określone sytuacje lub przedmioty, które obiektywnie nie są zagrożeniem. Jest to nadmierny, irracjonalny lęk, który może być różnie nasilony, nawet prowadzący do przeżywania przerażenia. Istotne jest to, że fakt, iż inni ludzie nie widzą danej sytuacji lub obiektu jako niebezpiecznego, nie zmniejsza tego lęku. Zaburzenia mające charakter fobii występują, gdy osoba doświadcza nadmiernego lęku wobec określonego obiektu lub sytuacji, który nie jest typowy lub wykazuje stopień nasilenia klinicznie nieprawidłowy, towarzyszy mu zaburzenie funkcjonowania społecznego. Ze względu na szeroką gamę specyficznych fobii, trudno jest stworzyć kompletną listę. Jednymi z częściej występujących są: akrofobia (lęk przed wysokością), astrofobia (lęk przed błyskawicami, grzmotami), klaustrofobia (lęk przed zamkniętymi przestrzeniami), insektofobia (lęk przed owadami), monofobia (lęk przed samotnością), mysyfobia (lęk przed zarazkami i brudem), nyktofobia (lęk przed ciemnością), ochlofobia (lęk przed tłumem), oraz ksenofobia (lęk przed obcymi ludźmi). u dzieci w wieku szkolnym występować może lęk szkolny, który w skrajnej postaci nazywany jest "fobią szkolną". Objawia się poprzez niechęć lub całkowitą odmowę uczestnictwa w szkole oraz występowanie różnych dolegliwości somatycznych (Majewicz, Sikorski, 2022).

Zaburzenia lękowe często występują u osób z niepełnosprawnością intelektualną, jednak przez szerokie spektrum symptomów są skomplikowane do zdiagnozowania, a czasami pozostają niezdiagnozowane. W tej grupie osób najbardziej charakterystycznymi objawami zaburzeń lękowych są zachowania agresywne, autoagresywne, pobudzające i kompulsywne, które objawiają się poprzez powtarzające się płacze, krzyki, bezsenność, zwiększoną

aktywność lub niestabilność emocjonalną. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną często doświadczają również ataków paniki, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zespołu stresu pourazowego oraz prostych fobii, takich jak lęk przed ciemnością czy klaustrofobia. Szczególnie trudną diagnozą jest zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, manifestujące się poprzez natrętne myśli i działania. Podobnie jak w przypadku zaburzeń depresyjnych, nasilenie zaburzeń lękowych zależy od stopnia niepełnosprawności. W przypadku osób z głębokim stopniem niepełnosprawności trudnością jest określenie czy objawy są kompulsjami, czy też stereotypowymi działaniami. Diagnoza jest znacznie łatwiejsza dla osób z łagodniejszym stopniem niepełnosprawności. Charakterystycznym objawem kompulsji są negatywne emocje, takie jak gniew czy agresja. Należy zwrócić uwagę, że u osób z niepełnosprawnością intelektualną nasilenie zaburzeń lękowych często jest determinowane przez czynniki środowiskowe. Osoby z niepełnosprawnościami borykają się z oczekiwaniami przekraczającymi ich możliwości oraz z negatywną oceną społeczną. Te czynniki, w połączeniu z istotnymi zaburzeniami poznawczymi, prowadzą do nieadekwatnych reakcji (Dębska, Zawadzka, Uniejewska, Słoma, 2020).

Podsumowanie

Osoby dorosłe lub dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mogą doświadczać wielu różnorodnych zaburzeń psychicznych, które prawdopodobnie stanowią dodatkowe źródło utrudnienia, zarówno dla nich samych, jak i dla ich rodzin oraz nauczycieli. Często oznacza to nadmierny stres, trudności w komunikacji, ograniczenia społeczne, jak również przeżycia traumatyczne. Przykładami takich zaburzeń mogą być: depresja, lęk, zaburzenia afektywne, otępienie padaczka, zaburzenia osobowości, schizofrenia. Należy pamiętać, iż osoby te mają takie samo prawo dostępu do leczenia i opieki, jak osoby pełnosprawne. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną bardzo często nie są w stanie lub nie potrafią mówić o swoich problemach, dlatego konieczne jest przeprowadzenie wszechstronnego procesu diagnostycznego, który będzie uwzględniał czynniki biologiczne,

psychiczne, rodzinne i społeczne. Klasyfikacja zaburzeń musi być trafna oraz rzetelna, by specjalista mógł postawić odpowiednią diagnozę osobie badanej i dobrze zaplanować dalsze leczenie. W trakcie badania wykorzystywane są różne techniki, w tym: wywiady z rodzicami i z dziećmi, przeprowadzane w formie łącznej i indywidualnej, jak również wypełnianie kwestionariuszy przez zarówno przez rodziców oraz dzieci. Leczenie może obejmować: edukację opiekunów prawnych, trening umiejętności, nauczanie specjalne, zmianę zachowania, terapię poznawczo - behawioralną, psychoterapię oraz leczenie farmakologiczne ukierunkowane na określone objawy (Sturmei, 2010).

Bibliografia

- Bobińska, K., Gałęcki, P. (2010). *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Cooper, S.A., Holland, A.J. (2010). Otępienie i zły stan zdrowia psychicznego u starszych osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: N. Bouras, G. Holt (red.), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*. (s. 168-183). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Deb, S. (2010). Zdrowie psychiczne a padaczka u dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: N. Bouras, G. Holt (red.), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*. (s. 261-272). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Dębska, A., Zawadzka, A., Uniejewska, S., Słoma, D. (2020). Psychopathology of mental and behavioral disorders in people with intellectual disability. *Journal of Education, Health and Sport*, 10(9), 422–430.
<https://doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.09.050>
- Gurda, B., Malendowicz-Major, B., Steinborn, B. (2019). Zaburzenia ze spektrum autyzmu i padaczka. *Neurologia Dziecięca*, 28(57), 11-14. <https://doi.org/10.20966/chn.2019.57.445>
- Jędrzejczak, J. (2012). Padaczka stare i nowe wyzwania. *Postępy Nauk Medycznych*, 1(25), 45-50.

- Lennox, N. (2010). Wzajemne zależności pomiędzy stanem somatycznym i zaburzeniami psychicznymi u osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: N. Bouras, G. Holt (red.), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*. (s. 84-94). Wrocław: Edra Urban & Partner
- Majewicz, P., Sikorski, J. (2022). *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi. Wybrane zagadnienia wsparcia psychologiczno-pedagogicznego*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Orzeł, M. (2013). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób upośledzonych umysłowo. *Zeszyty naukowe WSSP*, 16, 79-99.
- Potempowski, A., Ratajczak, A., Ratajczak, M. (2015). Otępienie w chorobie Alzheimera - zadania opiekunów w zakresie leczenia farmakologicznego. *Neuropsychiatria. Przegląd kliniczny*, 7(2), 58-63.
- Pużyński, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, 41(3), 299-308.
- Reber, A.S., Reber, E.S. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sturme, P. (2010). Diagnoza zaburzeń psychicznych u osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: N. Bouras, G. Holt (red.), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*. (s. 2-20). Wrocław: Edra Urban & Partner.

Netografia

- PWN. (b. d.). Depresja. W: *Słownik języka polskiego PWN*. Pobrane 27 lutego 2024 z <https://sjp.pwn.pl/slowniki/depresja.html>
- PWN. (b. d.). Psychiczne zaburzenia. W: *Encyklopedia PWN*. Pobrane 27 lutego 2024 z <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/psychiczne-zaburzenia;3964123.html>

- Tomaszewska, A. (2022). Rodzaje otępień – jakie wyróżniamy? *Poradnik Gemini*. Pobrane 28 lutego 2024 z <https://gemini.pl/poradnik/artykul/rodzaje-otepien-jakie-sa/>
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Pobrane 27 lutego 2024 z <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (2024). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. Pobrane 28 lutego 2024 z <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>