

Psihopatologija duševno manj razvitih otrok Psychopathology of children with mental retardation*

Tomo Havliček**, Jurij Bon***

Ključne besede
duševna zaostalost – psihologija
psihološki testi

Key words
mental retardation – psychology
psychological tests

Izvleček. Vprašanje duševnega zdravja duševno manj razvitih otrok se postavlja v ospredje v zadnjih dvajsetih letih, ko pričujemo govoriti o »dvojni diagnozi«, torej soobstajanju duševnih motenj in duševne manjrazvitosti. Zaradi relativne nerazvitosti področja ostaja še veliko nejasnosti na področjih razpoznave duševnih motenj, njihovih vzrokov, dejavnikov, ki vplivajo nanje, ter njihove zdravstvene obravnave.

V raziskavi smo poskušali ugotoviti, ali se duševno manj razviti otroci po svojih telesnih in socialnih značilnostih razlikujejo od duševno ustrezno razvitih otrok. Obenem so nas zanimali vplivi različnih demografskih, telesnih in socialnih dejavnikov na stopnje duševne manjrazvitosti in na pojavljanje duševnih motenj pri njih.

V raziskavo smo vključili 46 duševno manj razvitih otrok in 50 duševno ustrezno razvitih otrok. Znake duševnih motenj smo pri duševno manj razvitih otrocih iskali z uporabo vprašalnika *Developmental Behavior Checklist*, ki so ga izpolnjevali razredni učitelji otrok.

Rezultati potrjujejo klinično in raziskovalno uporabnost vprašalnika, ugotovljene povezave pa nakazujejo sočasnost in soodvisnost telesnih dogajanj, socialnih vplivov, duševne manjrazvitosti in duševnih motenj tako v razvoju kot v sedanjem zdravstvenem stanju otrok.

Abstract. The issue of mental health in children with mental retardation began to be addressed more closely after the recent introduction of the term »dual diagnosis« denoting the coincidence of mental illness and mental retardation. At present, there is still much vagueness regarding the recognition of mental illness, possible causes and factors influencing the development of mental illness and the medical treatment used. The aim of the study was a) to determine possible differences in physical and social characteristics between children with mental retardation and those without intellectual disabilities, b) to investigate the impact of various demographic, physical and social factors on the level of mental retardation, c) to determine the incidence of mental illnesses among children with mental retardation and the affects of demographic, physical and social factors on these illnesses. Our study involved 46 children with mental retardation and 50 children without intellectual disabilities. Signs of emotional and behavioural disturbances were identified using the Developmental Behaviour Checklists completed by class teachers. The results of the study have confirmed the value of Developmental Behaviour Checklist for clinical work and research. The correlations observed speak for the coincidence and interdependence of physical occurrences, social influences, mental retardation and mental illness in the child's development.

Uvod

Za motnje duševnega zdravja so včasih menili, da predstavljajo neločljiv in težko ozdravljiv del same duševne manjrazvitosti. Motnje vedenja naj bi odražale nepravilen razvoj duševno manj razvitega otroka, čustvene motnje pa naj bi bile kakovostno drugačne kot pri normalno razviti populaciji in bolj odvisne od konstitucijskih značilnosti otroka.

*Objavljeno delo je bilo nagrajeno s Prešernovo nagrado za študente v letu 1998.

**Tomo Havliček, štud. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

***Jurij Bon, štud. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

Zadnji dve desetletji jih priznavamo kot samostojne bolezni in govorimo o »dvojni diagnozi« duševno manj razvitega otroka, vendar zaradi relativne novosti področja ostaja še veliko nejasnosti (1). Čustvene in vedenjske motnje pri duševno manj razvitih otrocih so pomembne, ker predstavljajo enega glavnih vzrokov dodatne prizadetosti otrok, vplivajo na njihovo trpljenje, povzročajo stiske staršev, pomenijo večjo verjetnost institucionalizacije otrok in zmanjšujejo zmožnost njihove socialne integracije (2).

Širše sprejeta definicija psihopatologije zaenkrat še ne obstaja, predlagana je naslednja: *Vedenje in čustvovanje duševno manj razvitih otrok ocenjujemo kot moteno, kadar sta v kakovostnem ali količinskem smislu nenormalna, se ju ne da razložiti samo z razvojnim zaostankom, povzročata pomembne skrbi staršem in okolici in pomenita pomembno dodatno prizadetost otroka. Če se takšna motenost kaže ob pregledu že na prvi pogled, jo označimo za duševno motnjo* (3).

Epidemiološke značilnosti

Ocene pogostosti duševnih motenj pri duševno manj razvitih se precej razlikujejo. Večina raziskav ugotavlja 20–50 % soobstajanje duševnih motenj in duševne manjrazvitosti (1). Quine in sodelavci (4) so pri skupini 200 otrok z IQ < 50 ugotovili 45 % prisotnost lažjih in težjih motenj vedenja. Rutter in sodelavci (5) so v epidemiološki kohorti otrok z IQ < 50 našli 50 % soobstajanje duševnih motenj. Gillberg in sodelavci (6) so pri skupini 164 otrok (83 z IQ > 50 in 66 z IQ < 50) opazili duševne motnje pri 64 % otrok. Koller in sodelavci (7) so pri 36 otrocih z IQ < 50 našli duševne motnje pri 23 %, pri 114 otrocih z IQ > 50 pa pri 14 %. Einfeld in Tonge (8) sta pri epidemiološki kohorti otrok, starih med 4 in 18 let, ugotovila 40,7 % pojavljanje duševnih motenj, navajata pa tudi, da je Corbett s sodelavci pri dveh skupinah otrok, vzeti iz epidemiološke kohorte (140 otrok z IQ < 50 in 104 otroci z IQ > 50), ugotovil 45 % pojavljanje duševnih motenj.

Podatki o vplivih spola, starosti in intelektualne ravni na pojav duševnih motenj pri duševno manj razvitih otrocih so si zaenkrat precej nasprotujoči.

Spol

Benson in sodelavci (9) ter Tutton in sodelavci (10) ugotavljajo, da pri moškem spolu opazimo več duševnih motenj. Koller in sodelavci (7) so pri moškem spolu opazili več antisocialnega vedenja, pri ženskem pa več motenj čustvovanja. Borthwick – Duffy in Eyman (11), Iverson in sodelavci (12), Myers in sodelavci (13), Eyman in Call (14) ter Einfeld in Tonge (8) pa ugotavljajo, da med spoloma ni razlik v pojavljanju duševnih motenj.

Starost

Borthwick – Duffy in Eyman (11) ter Einfeld in Tonge (8) ugotavljajo, da duševne motnje na splošno niso odvisne od starosti otrok. Ando in Yoshimura (15) sta pri mlajših duševno manj razvitih otrocih opazila pogostejše introvertirano vedenje. Jacobson in sodelavci (16) so pri najstnikih in adolescentih ugotovili več vedenjskih motenj. Eyman in Call (14) sta opazila pogostejšo hiperaktivnost pri mlajših otrocih in več bolj zapletenih motenj vedenja pri starejših.

Stopnja duševne manjrazvitosti

Eyman in Call (14), Jacobson in sodelavci (16) ter Rutter in sodelavci (5) ugotavljajo, da je največ duševnih motenj v skupini zmerno, huje in globoko duševno manj razvitih. Hill in Bruininks (17) sta največ motenj vedenja opazila pri skupini otrok z zmerno duševno manjrazvitostjo. Koller in sodelavci (7) so pri otrocih z nižjim IQ opazili več hiperaktivnosti, pri skupini z višjim IQ pa več antisocialnega vedenja. Ando in Yoshimura (15) sta pri huje in globoko duševno manj razvitih opazila več samopoškodb, hiperaktivnosti, introvertiranega in stereotipnega vedenja. Borthwick-Duffy in Eyman (11), Iverson in sodelavci (12) ter Jacobson in sodelavci (16) ugotavljajo, da je največ duševnih motenj v skupini blažje in mejno duševno manj razvitih. Einfeld in Tonge (8) sta pri globoki duševni manjrazvitosti opazila manj duševnih motenj na splošno, pri blažji in mejni duševni manjrazvitosti več razdiralnega in antisocialnega vedenja, pri skupini z zmerno in hudo duševno manjrazvitostjo pa več introvertiranega vedenja in vedenja, podobnega avtizmu.

Razlogov za neskladje je veliko. Na splošno jih lahko uvrstimo med razlike v definiranju in identificiranju motenj, razlike v zajemanju vzorcev iz državnih ustanov, psihiatričnih klinik ali celotne populacije ter pomanjkanje standardiziranih pripomočkov za obravnavo motenj (2).

Socialni dejavniki

V literaturi ni veliko podatkov o vplivu socialnih dejavnikov na pojav duševnih motenj pri duševno manj razvitih otrocih. Pomemben dejavnik razvoja duševnih motenj gotovo predstavlja življenjsko okolje. Pojavnost motenj je namreč precej višja v institucionaliziranih okoljih in pri bivanju v velikih skupinah (11, 18).

Teorije nastanka in oblik motenj

Pri pogledih na samo naravo in vzroke soobstajanja duševnih motenj in duševne manjrazvitosti obstajajo različna mnenja. Teorijam duševnih motenj, ki v ozadju motenega vedenja in čustvovanja iščejo duševno motnjo, nasprotujeta edukacijska in behavioralna teorija. Prva postavlja v ozadje neustreznega vedenja otrokov poskus komunikacije s stresnim okoljem ob pomanjkanju normalnih prilagoditvenih sposobnosti, druga pa vidi neprilagojeno vedenje kot posledico neustreznih vzgojnih pristopov (3).

Teorije duševnih motenj skušajo v ozadju motenj vedenja in čustvovanja duševno manj razvitega otroka prepoznati znake duševnih bolezni. Obstajajo trije različni pristopi (3).

Klasični pristop poudarja podobnosti med duševnimi motnjami pri duševno manj razviti in duševno ustrezno razviti populaciji. Duševne motnje se opredeljuje po diagnostičnih kriterijih MKB-10 (19) ali DSM-IV, ki sicer veljajo za duševno ustrezno razvito populacijo. Najpogosteje ugotavljajo pri otrocih motnje osebnosti, ki jim sledijo motnje razpoloženja, anksiozne motnje, psihotične motnje, prodorne razvojne motnje, paranoidna motenost osebnosti in hudi vedenjski problemi (20).

Vmesni pristop deli obstoječe motnje na motnje vedenja in duševne motnje. Duševne motnje so enake tistim v normalni populaciji, motnje vedenja pa nimajo nikakršnega ali le malo psihopatološkega pomena (21).

Deskriptivno empirični pristop trdi, da vse duševne motnje, znane iz normalne populacije, lahko prizadenejo tudi duševno manj razvite otroke, vendar obstaja vrsta vedenj, ki so močno pogostejša, edinstvena ali težje določljiva zaradi njihovih posebnosti. Zaradi težav klasičnega pristopa pri opredeljevanju duševnih motenj se zavzemajo za posebno ocenjevanje simptomov, sindromov in motenj, lastno skupini duševno manj razvitih otrok. Pri obravnavi otrok naj bi se zaenkrat raje kot na diagnostične kriterije MKB-10 (19) ali DSM-IV opirali na jasno določene simptome, ki jih določamo s faktorско analizo velikega števila kliničnih opisov posameznih otrok, ugotavljamo pa s standardiziranimi vprašalniki (3). Zadnji razviti vprašalnik, *Developmental Behavior Checklist*, uvršča simptome v šest večjih skupin ali vedenjskih sindromov duševno manj razvitih otrok (22):

- sindrom razdiralnega vedenja vključuje manipuliranje, žaljenje, izbruhe togote, razdražljivost, brcanje in udarjanje drugih, hrupnost, nepotrpežljivost, gospodovalnost, iskanje pozornosti, spremembe razpoloženja, ljubosumnost, trmo, metanje in lomljenje stvari, impulzivnost, napetost, vznemirjenost, samopoškodovanje, grožnje s samomorom in laži;
- sindrom introvertiranega vedenja vključuje uživanje neužitnih stvari, opravljanje potrebe izven stranišča kljub doseženi kontinenci, preveliko zanimanje za trivialne stvari, samopoškodovanje, jemanje različnih predmetov v usta, mrmranje, slab občutek za nevarnost, ponavljajoča dejanja, samotarstvo, bežanje proč od ljudi, kričanje, samozadovoljevanje pred drugimi, hiperaktivnost, udarjanje z glavo, metanje in lomljenje stvari, tavanje naokrog ter frcanje, trepljanje in vrtenje predmetov na mestu;
- sindrom motenj v komunikaciji vključuje eholalijo, perseveracijo, pogovarjanje s samim seboj, nepovezane misli, šepetajoč govor, vznesenost brez razloga, prehitel govor in iluzije;
- pri vedenju, podobnem avtizmu, otrok ne kaže naklonjenosti do drugih, je odmaknjen, nesrečen, ne reagira na čustva drugih, se izogiba stiku z očmi, ni aktiven, kaže obrazne tike in grimase ter ponavljajoče se gibe.
- anksiozno vedenje vključuje simptome, kot so pretirana stiska ob osamljenosti, separacijska anksioznost, strahovi in fobije, jokavost, razburjenost zaradi majhnih sprememb, nočne more, ignoriranje zvokov – ali nasprotno – stisko ob zvokih, napetost, sramežljivost, kaprice v zvezi s hrano ter razdražljivost;
- antisocialno vedenje se kaže z laganjem, krajo stvari, skrivanjem predmetov ter prižiganjem ognjev.

Motnje vedenja, ki so pogostejše pri duševno manjrazvitih otrocih

Za stereotipno vedenje in samopoškodbe so včasih menili, da izhajajo iz skupnega vzroka, predvsem zaradi ponavljajočega se vzorca obeh motenj. Danes prevladuje mnenje, da sta motnji med seboj neodvisni. Opazni sta tudi pri duševno ustrezno razvitih otrocih kot del razvoja med šestim in osmim mesecem starosti. Precej pogostejši sta predvsem pri hujših stopnjah duševne manjrazvitosti (23).

Avtizem predstavlja vedenjski sindrom, ki ga označuje primanjkljaj recipročne socialne interakcije in komunikacije, v kombinaciji s primanjkljajem na čustvenem in vedenjskem

področju. Primanjkljaj mora biti hud in neprimeren za razvojno stopnjo otroka. Če vedenje otroka ne izpolnjuje vseh kriterijev, se ga opredeli kot atipični avtizem. Skupaj s tipično obliko se pojavljata pri 20 % duševno manj razvite populacije (24).

Pri organskem cerebralnem sindromu je za motnjo vedenja odgovorna organska patologija. Pri hudi in globoki duševni manjrazvitosti jo najdemo v skoraj 90 % primerov (3).

Vedenjski fenotipi so različne motnje vedenja in značajske poteze, ki skupaj s fizikalnimi, citogenetskimi in molekularnimi značilnostmi predstavljajo značilne fenotipe otrok pri nekaterih genetskih sindromih. Pri Prader-Willijevem sindromu se pojavlja hiperfagija in hujša splošna motnja vedenja. Angelmanov sindrom označuje neizvano smejanje in ohlapno visenje rok. Za Williamsov sindrom je značilna anksioznost, hiperaktivnost, hiperakustičnost, neprimeren odnos do drugih, motnje spanja, ekspresivno področje jezika pa je bolj razvito kot receptivno. Za Downov sindrom so značilni miren, prijeten karakter, blažja splošna motnja vedenja ter povečana verjetnost pojava demence Alzheimerjevega tipa kasneje v življenju. Pri sindromu lomljivega kromosoma X je prisotno izogibanje stiku z očmi in ohlapno visenje rok. Posledica prizadetosti zaradi prirojene rdečk je opazna razdražljivost v otroštvu. Pri tuberozni sklerozi je pojav psihopatoloških simptomov odvisen od lokacije možganskih tuberklov. Za Lesch-Nyhanov sindrom so značilne samopoškodbe, za Rettov sindrom pa značilni gibi prstov (25, 26).

Težave pri opredeljevanju duševnih motenj

Splošno sprejeto mnenje klasičnega pristopa, da diagnostični kriteriji MKB-10 (34) ali DSM-IV z manjšimi prilagoditvami veljajo tudi za opredeljevanje duševnih motenj pri duševno manjrazvitih otrocih, postaja v zadnjem času vprašljivo (3). Težave pri uporabi klasičnih kriterijev namreč nastopijo zaradi mnogih dejavnikov. Duševno manj razvit posameznik razmišlja bolj konkretno, slabše komunicira, med pogovorom mu primanjkuje socialne razgibanosti, ob stresu se lahko vede bizarno, ali pa je pri njem navzoča kaka pretirano poudarjena nepatološka značilnost, ki lahko zakriva psihopatološke simptome (27).

Do nestrinjanja pri diagnosticiranju prihaja predvsem pri ločevanju klasične oblike avtizma od njegove atipične oblike, ločevanju posameznih oblik vedenjskih motenj in ločevanju hiperkinetičnega sindroma od razvojni stopnji primerne nivoja aktivnosti (28). Težave nastopijo tudi pri alociranju organskega cerebralnega sindroma (29). Raziskovalci se strinjajo, da klasični diagnostični kriteriji odpovedujejo predvsem pri skupini zmerno, huje in globoko duševno manj razvitih. Pri skupinah z blago ali mejno duševno manjrazvitostjo pa duševne motnje z višanjem inteligenčne stopnje postajajo vse bolj podobne tistim v normalni populaciji. Težava pri teh skupinah nastopi pri določanju tiste ravni IQ, kjer lahko pričnemo uporabljati klasične diagnostične kriterije, saj je ta raven najbrž različna pri posameznih duševnih motnjah (3).

Standardizirani vprašalniki, ki se uporabljajo pri deskriptivno empiričnem pristopu za opredeljevanje duševnih motenj, predstavljajo le enega od možnih odgovorov na težave

klasičnega pristopa. Pravi odgovori na posamezne nejasnosti bodo najbrž vsebovali kombinacije več diagnostičnih metod skupaj (3):

- klasične diagnostične kriterije MKB-10 (19) ali DSM-IV, bolje prilagojene populaciji duševno manj razvitih;
- standardizirane vprašalnike za opredeljevanje simptomov duševnih motenj, pridobljene z multivariantnimi statističnimi raziskavami;
- biokemične označevalce, ki lahko s svojo prisotnostjo nakazujejo podobnosti duševnih motenj pri duševno manj razviti populaciji z duševnimi motnjami pri duševno ustrezno razviti populaciji. Deksametazonski supresijski test že nakazuje, da se depresivnost pri duševno manj razvitih lahko izraža preko neizzvane agresivnosti, samopoškodb in močno introvertiranega vedenja (30), testi odgovora na TSH pa nakazujejo, da generalizirana odpornost na ščitnične hormone pomeni desetkrat večjo verjetnost hiperaktivnega vedenja (31);
- identifikacije duševnih bolezni v družini duševno manj razvitega otroka, saj pri mnogih duševnih boleznih obstaja genetska komponenta (32);
- farmakološko sondiranje nejasnih duševnih motenj pri duševno manj razvitih z zdravili, za katera bolj ali manj vemo, na katere duševne motnje vplivajo;
- nevropsihiatrične slikovne tehnike, ki podobno kot biokemični označevalci lahko nakazujejo podobnost duševnih motenj pri duševno manj razviti in normalni populaciji. Pozitronska emisijska tomografija že nakazuje pomembna znižanja ravni presnove glukoze v značilnih delih možgan pri bolnikih s hiperkinetičnim sindromom (33);
- vedenjski fenotipi, ki bodo določeni za vse znane vzroke duševne manjrazvitosti.

Zdravljenje duševnih motenj pri duševno manjrazvitih otrocih

V zadnjem času se je področje zdravljenja duševnih motenj precej razvilo, vendar se ugotovitve te vrste le počasi uvajajo v zdravljenje duševno manj razvitih zaradi pomanjkanja strokovnjakov in vzporednosti sistemov obravnave duševnih motenj in duševne manjrazvitosti. Možni in potrebni so naslednji načini zdravljenja (20):

- psihofarmakološko zdravljenje pomaga pri velikem številu duševnih motenj, vendar se je treba izogibati predpisovanju velikih odmerkov zdravil. Zdravila moramo uporabljati le kot del celotnega zdravljenja in spremljati njihov učinek na vedenje otrok. Uporabna so predvsem pri zmanjševanju simptomov duševnih motenj, kot sta depresivnost in nemir;
- svetovanje in psihoterapija sta precej uspešna pri mejno in blažje duševno manj razvitih;
- kognitivna terapija pomaga otrokom prepoznati situacije, kjer zaidejo v težave, in oblikovati alternativno vedenje. Na področju duševne manjrazvitosti se uporablja šele v zadnjem obdobju;
- vedenjske tehnike pomagajo obvladovati motnje v vedenju pri duševno manj razvitih. Duševno manj razviti danes zahtevajo popolno opustitev averzivnih kaznovanih tehnik in dovoljujejo le pozitivne vedenjske tehnike;
- učenje socialnih spretnosti je zelo učinkovit pristop, ki duševno manj razvitemu lahko pomaga k precejšnjemu izboljšanju kvalitete življenja in medosebnih odnosov;
- glasbena in umetnostna terapija prinašata v njihovo življenje pozitivne izkušnje in jim pomagata graditi samozavest.

Namen naloge

Duševno manj razviti otroci predstavljajo skupino, ki zaradi svojih značilnosti potrebuje posebno pozornost pri zdravstveni obravnavi. Kadar se pri njih pojavijo duševne motnje, je obravnava zaradi pomanjkanja specializiranega osebja in relativne nerazvitosti področja premalo učinkovita (22).

Epidemiološke raziskave so jasno ugotovile le dejstvo, da se duševne motnje pri duševno manj razvitih otrocih pojavljajo nekajkrat pogosteje kot pri populaciji duševno ustreznih otrok. Ugotovitve različnih avtorjev o natančnejših vplivih različnih dejavnikov na pojavljanje duševnih motenj si med seboj nasprotujejo (2).

Standardiziran vprašalnik pomeni objektivni pristop k opredeljevanju simptomov duševnih motenj, uporabljamo pa ga lahko v klinične, znanstvene in administrativne namene (22).

Telesno zdravje duševno manj razvitih otrok pomembno vpliva na raven njihovih sposobnosti. Telesne prizadetosti povezane z vzrokom duševne manjrazvitosti, so pogostejše pri globljih stopnjah duševne manjrazvitosti (34, 35). Nekatere druge bolezni, predsem infekcijske, so na splošno pogostejše pri duševno manj razvitih otrocih (36–38).

Otrokovo sociokulturno okolje vpliva predvsem na razvoj mejne in blažje duševne manjrazvitosti, medtem ko so za razvoj zmerne, hude in globoke duševne manjrazvitosti večinoma odgovorni organski dejavniki (39, 40).

Z raziskavo smo želeli:

- primerjati telesno zdravje duševno manj razvitih in duševno ustrezno razvitih otrok,
- osvetliti povezanost demografskih, telesnih in socialnih dejavnikov s stopnjami duševne manjrazvitosti,
- prikazati klinično uporabnost standardiziranega vprašalnika pri opredeljevanju duševnih motenj pri duševno manj razvitih otrocih,
- oceniti pojavljanje duševnih motenj pri izbrani skupini duševno manjrazvitih otrok,
- osvetliti vplive demografskih, telesnih in socialnih dejavnikov na pojavljanje duševnih motenj pri duševno manj razvitih otrocih,
- ugotoviti ustreznost zdravstvene obravnave ugotovljenih duševnih motenj.

Delovne hipoteze:

- duševno manj razviti otroci se po telesnem zdravju ne razlikujejo od duševno ustreznih razvitih vrstnikov;
- duševne motnje so enako pogoste pri vseh duševno manj razvitih otrocih, ne glede na raven njihovih inteligenčnih sposobnosti;
- telesne in duševne motnje so pri duševno manj razvitih otrocih v tesni medsebojni povezavi;
- vrsta ugotovljenih duševnih motenj je odvisna od otrokovih osebnih značilnosti in od dejavnikov okolja, v katerem odrasča.

Metode

Preiskovanci

V raziskavo smo vključili 46 duševno manj razvitih otrok (19 deklic in 27 dečkov), ki so v času raziskave obiskovali prvi do četrty razred Osnovne šole s prilagojenim programom

Janeza Levca v Ljubljani. Povprečna starost otrok je bila 10 ± 2 leti (razpon od 7 do 16 let). Mejno duševno manj razvitih je bilo 9, blažje duševno manj razvitih 28, zmerno duševno manj razvitih pa 9 otrok. Stopnja duševne manjrazvitosti otrok je bila ugotovljena ob razvrščanju v osnovno šolo s prilagojenim programom. Pri devetih otrocih je bil najverjetnejši biološki vzrok duševne manjrazvitosti predporoden, pri sedmih obporoden, pri osmih poporoden in pri enem otroku skupen. Pri osmih otrocih so na razvoj duševne manjrazvitosti najverjetneje vplivali dejavniki okolja. Pri trinajstih otrocih je vzrok ostal neznan. Najverjetnejši vzrok duševne manjrazvitosti smo ugotavljali raziskovalci glede na zdravstvene podatke otrok. Njihove demografske in klinične podatke prikazujemo v tabeli 1.

Tabela 1. Demografski in klinični podatki za duševno manj razvite preiskovance po starostnih kategorijah (podatki so podani v številu primerov).

Starost	Duševna manjrazvitost			Spol	
	Mejna	Blaža	Zmerna	Moški	Ženske
7 do 9 let	0	9	2	8	3
10 do 11 let	8	13	6	13	14
12 let in več	1	6	1	6	2
Skupaj	9	28	9	27	19

Starši in skrbniki vseh preiskovancev so bili pred preiskavo podrobno seznanjeni z njenim potekom in namenom ter so na njo prostovoljno pisno pristali.

V raziskavi ni sodelovalo 9 sošolcev preiskovancev, ker so njihovi starši ali skrbniki sodelovanje odklonili.

Pri primerjavi telesnega zdravja duševno manj razvitih in normalnih otrok smo poleg zdravstvenih podatkov skupine duševno manj razvitih otrok uporabili tudi zdravstvene podatke skupine 50 otrok (23 deklic in 27 fantov), ki so v času raziskave obiskovali dva naključno izbrana četrta razreda osnovne šole v Ljubljani. Povprečna starost otrok je bila $10 \pm 0,5$ let (razpon od 9 do 13 let). Njihove demografske podatke prikazujemo v tabeli 2.

Tabela 2. Demografski podatki za ustrezno razvite preiskovance (podatki so podani v številu primerov).

7 do 9 let	Starost		Moški	Spol	
	10 do 11 let	12 let in več		Ženske	
3	46	1	27	23	

Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravstvo Republike Slovenije.

Vprašalnik

Developmental Behavior Checklist (DBC) je standardizirani vprašalnik, ki ga izpolnjujejo laiki. Obravnava širok spekter simptomov čustvenih in vedenjskih motenj pri duševno

manj razvitih otrocih in adolescentih. Sestavlja ga 96 vprašanj o splošnem vedenju ter specifičnih simptomih vedenja in čustvovanja otroka. Na vprašanja odgovarjajo osebe, ki z otrokom preživljajo večino časa. Specifični simptomi so razdeljeni v šest sindromov motenj vedenja, in sicer razdiralno, introvertirano, anksiozno in antisocialno vedenje ter motnje v komunikaciji in vedenje, podobno avtizmu.

Vprašalnike so izpolnjevali razredni učitelji otrok. Prevod vprašalnika v slovenščino sva opravila avtorja, medicinsko izrazoslovje je lektorirala prof. Martina Tomori.

Vprašalnik smo pridobili in uporabili, upoštevaje avtorske pravice prof. S. L. Einfelda (School of Psychiatry, University of New South Wales) in prof. B. J. Tonga (Monash University Centre for Developmental Psychiatry).

Analizo rezultatov smo opravili z računalniškim programom DBC Scoring Software (avtorji T. Florio, D. Taylor, S. L. Einfeld, B. J. Tonge, 1996, School of Psychiatry, University of New South Wales in Monash University Centre for Developmental Psychiatry).

Statistično smo podatke analizirali z računalniškima programoma Microsoft Excel 97 (Microsoft Corporation) in Winks 4.1 (TexaSoft).

Ostali zdravstveni podatki

Zdravstvene podatke, ki se nanašajo na razvoj otrok, njihovo telesno zdravje, socialno stanje in zdravstveno obravnavo, smo pridobili iz njihovih zdravstvenih kartotek v Dispanzerju za šolsko mladino Zdravstvenega doma Ljubljana Center. Vsi otroci, tako skupina duševno manj razvitih kot skupina duševno ustrezno razvitih otrok, so bolniki dr. Danice Zabukovec, ki je dovolila uporabo njihovih podatkov po ustreznih etičnih načelih. Vse podatke sva izločevala avtorja in jih razvrščala v skupine predhodno določenih razredov:

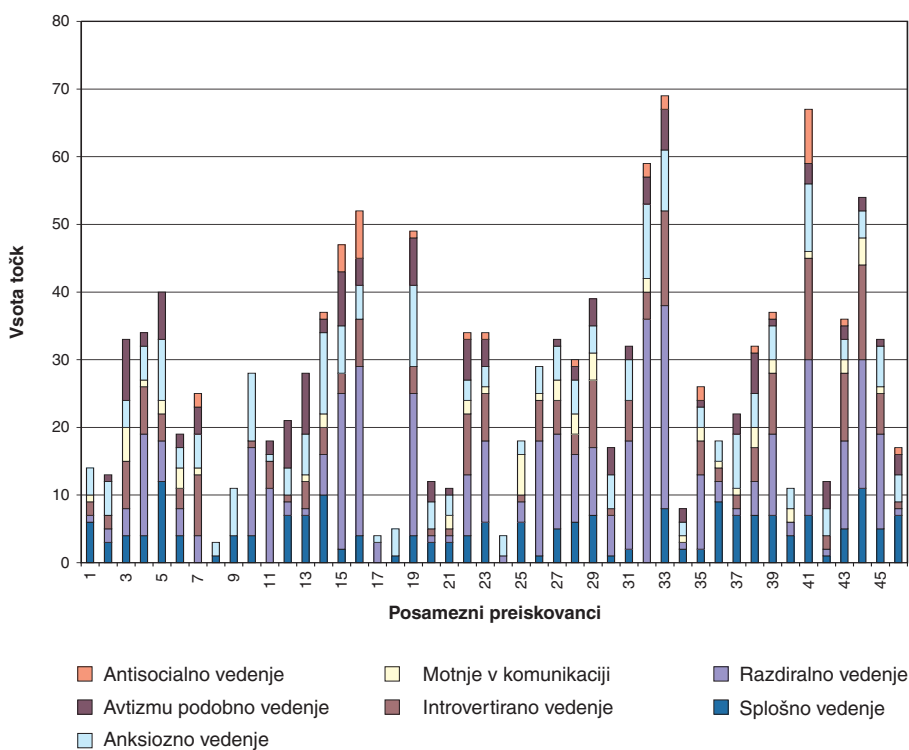
- družinska anamneza duševnih bolezni,
- razvoj – bolezni in zapleti v predporodnem razvoju, termin poroda, porodna teža, porodna dolžina, ocena po Apgarjevi, zapleti ob porodu, bolezni in zapleti med razvojem do 1. leta, otroške nalezljive bolezni, bolezni po 1. letu, bivanja v bolnišnici po 1. letu, starost, ob kateri je otrok govoril, in starost, ob kateri je otrok shodil,
- telesno zdravje v času raziskave – percentila telesne višine, percentila telesne teže, telesne bolezni in motnje motorike,
- socialni dejavniki – izobrazba očeta, matere, popolnost družine, število otrok, kateri otrok po vrsti je, gmotne razmere, odnos staršev do otrokovega razvoja, obiskovanje vzgojno-varstvenih zavodov, menjavanje okolja in dvojezičnost, nasilje ali alkoholizem v družini.

Podatke o telesnem zdravju, razvoju in zdravstveni obravnavi so vsebovali zapisi z rednih sistematskih pregledov, poročila različnih specialistov in zapisniki ob razvrščanju otrok v osnovno šolo s prilagojenim programom. Socialno stanje otrok in njihovih družin je ocenila socialna služba, podatke so vsebovali zapisniki ob razvrščanju otrok v osnovno šolo s prilagojenim programom.

Rezultati

Analiza rezultatov vprašalnika

Sedem od šestinštiridesetih otrok – dva mejno in dva blažje duševno manj razvita dečka ter dve mejno in ena blažje duševno manj razvita deklica – je pri skupni vsoti DBC presegle mejo šestinštiridesetih točk, ki označuje prisotnost duševne motenosti, kar pomeni 15 % soobstajanje duševnih motenj in duševne manjrazvitosti v izbranem vzorcu. Porazdelitev skupnih vsot DBC in deleže posameznih podskupin pri preiskovancih prikazujemo na sliki 1.



Slika 1. Porazdelitev skupnih vsot vprašalnika Developmental Behavioural Checklist in deležev podskupin.

Zdravstvena obravnava

Od sedmih otrok z ugotovljeno duševno motnjo sta bila v času preiskave dva otroka v strokovni psihiatrični obravnavi (terciarna raven), ostalih pet ni bilo deležno nikakršne oblike strokovne pomoči.

Statistična analiza

Ob primerjavi skupine duševno manj razvitih otrok in duševno ustrezno razvitih otrok smo ugotovili ($p < 0,05$), da imajo duševno manj razviti otroci ob rojstvu slabšo vrednost po Apgarjevi, da se pri njih pojavlja med razvojem do 1. leta več bolezni in zapletov, da spregovorijo in shodijo kasneje, da se jih več uvršča pod 10. percentilo glede njihove telesne višine ter pod 10. ali nad 90. percentilo glede njihove telesne teže, da pri njih opažajo več motenj motorike in več telesnih bolezni v času raziskave kot pri duševno ustrezno razvitih otrocih.

Ob primerjavi povezanosti različnih dejavnikov s stopnjo duševne manjrazvitosti, duševno motenostjo ali vedenjskimi sindromi smo ugotovili naslednje statistično značilne povezave ($p < 0,05$) pri skupini duševno manj razvitih otrok:

Med blažje in mejno duševno manj razvitimi otroki se jih več rodi predčasno kot med zmerno duševno manj razvitimi.

Blažje in mejno duševno manj razviti otroci so v otroštvu pogosteje bolnišnično zdravljeni kot zmerno duševno manj razviti.

Očetje mejno in blažje duševno manj razvitih otrok so slabše izobraženi kot očetje zmerno duševno manj razvitih otrok.

Razvojni oddelek vzgojno-varstvenega zavoda so v večjem deležu obiskovali zmerno duševno manj razviti otroci kot pa mejno in blažje duševno manj razviti.

Duševne motnje se pogosteje pojavljajo pri skupini mejno (44 %) in blago duševno manj razvitih otrok (10 %) kot pri skupini zmerno duševno manj razvitih otrok (0 %).

Otroci s prisotno duševno motnjo so imeli med svojim razvojem do prvega leta več zapletov in bolezni (85 %) kot otroci, ki nimajo duševnih motenj (54 %).

Pri otrocih s prisotnimi telesnimi boleznimi v času raziskave se pogosteje pojavljajo duševne motnje.

Otroci s prisotno duševno motnjo imajo manj motenj motorike (14 %) kot otroci, ki nimajo duševnih motenj (61 %).

Med otroki s prisotno duševno motnjo je manj prvo- in drugorojencev (14 %) kot med otroki, ki nimajo duševnih motenj (66 %).

Pri mejno duševno manj razvitih otrocih je več antisocialnega in anksioznega vedenja, pri zmerno duševno manj razvitih otrocih pa več avtizmu podobnega vedenja.

Anksiozno vedenje se pogosteje pojavlja pri višji starosti otrok.

Introvertirano vedenje se pogosteje pojavlja pri fantih.

Razdiralnega vedenja je več pri otrocih, ki imajo v družinski anamnezi prisotno duševno bolezen, ter statistično značilno manj pri prvo- in drugorojencih.

Pri otrocih s prisotnimi telesnimi boleznimi v razvoju se pogosteje pojavlja razdiralno, introvertirano, anksiozno in antisocialno vedenje, pri otrocih s prisotnimi telesnimi boleznimi v času raziskave pa so pogostejše motnje sporazumevanja.

Motnje sporazumevanja se pogosteje pojavljajo pri boljših gmotnih razmerah v družini. Pri slabem odnosu staršev do otrokovega razvoja se pogosteje pojavi antisocialno vedenje.

Razpravljanje

Primerjava telesnega zdravja duševno manj razvitih in duševno ustrezno razvitih otrok

V raziskavi smo ugotovili, da se duševno manj razviti otroci po svojih različnih lastnostih precej razlikujejo od duševno ustrezno razvitih vrstnikov.

Nižje vrednosti po Apgarjevi ob rojstvu in pogostejše bolezni med razvojem potrjujejo pomen obporodnih in poporodnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj duševne manjrazvitosti.

Ugotovitvi, da duševno manj razviti otroci v povprečju kasneje shodijo in govorijo kot duševno ustrezno razviti otroci, odražata njihov upočasneni razvoj. Ob znanih težavah z razpoznavanjem predvsem mejne in blažje duševne manjrazvitosti bi jih morda lahko upoštevali kot še pomembnejši opori pri zgodnjem razpoznavanju duševne manjrazvitosti.

Manjša telesna višina, pogostejše telesne bolezni in pogostejša neustrezna prehranjenost duševno manj razvitih otrok v času raziskave kažejo na soodvisnost duševne manjrazvitosti, telesnih dogajanj in vplivov okolja pri otrocih.

Povezanost opazovnih dejavnikov s stopnjo duševne manjrazvitosti

V raziskavah duševne manjrazvitosti se posamezne stopnje deli v dve večji skupini – skupino mejne in blažje duševne manjrazvitosti ($IQ > 50$) ter skupino zmerne, globoke in hude duševne manjrazvitosti ($IQ < 50$).

Statistično značilne povezave ($p < 0,05$) s stopnjo duševne manjrazvitosti smo ugotovili pri naslednjih dejavnikih: roku poroda, bolnišničnih zdravljenjih v otroštvu, izobrazbi očetov in pri obiskovanju različnih oddelkov vzgojno-varstvenih zavodov. Ostali dejavniki se niso izkazali za statistično značilno povezane s stopnjo duševne manjrazvitosti.

Med blažje in mejno duševno manj razvitimi otroci se jih več rodi predčasno kot med zmerno duševno manj razvitimi.

Pri večini (sedmih) od skupaj osmih predčasno rojenih otrok je bila kasneje v razvoju ugotovljena mejna (pri dveh) ali blažja (pri petih) duševna manjrazvitost ($IQ > 50$). Zmerna duševna manjrazvitost ($IQ < 50$) je bila ugotovljena le pri enem predčasno rojenem otroku. Pri skupini pravočasno rojenih otrok so se stopnje duševne manjrazvitosti pojavljale enakomerneje: pri štirih otrocih mejna, pri trinajstih blažja in pri šestih zmerna. Na rezultat testa bi morda lahko vplival dokaj velik delež otrok z neznanim rokom poroda (petnajst otrok), vendar sta med njimi le dva zmerno duševno manj razvita otroka. Domnevamo lahko, da predčasen porod vpliva predvsem na razvoj mejne in blažje duševne manjrazvitosti.

Blažje in mejno duševno manj razviti otroci so v otroštvu pogosteje bolnišnično zdravljeni kot zmerno duševno manj razviti.

V otroštvu je bilo v bolnico sprejetih devetnajst blažje in mejno duševno manj razvitih otrok ter en zmerno duševno manj razvit otrok, medtem ko je skupino nikoli v bolnišnici zdravljenih otrok predstavljalo petnajst blažje in osem zmerno duševno manj razvitih otrok. Ob poskusu razlage zgornje trditve upoštevamo dve različni možnosti. Bivanje v bolnišnici samo predstavlja stres za vsakega otroka ne glede na vrsto in resnost bolezni. Ker so duševno manj razviti otroci slabše prilagodljivi, jih prizadene že vsaka manjša sprememba okolja. Mogoče je, da želijo starši huje prizadetih otrok tak stres svojim otrokom prihraniti, če je le mogoče. Poleg tega huje prizadeti otroci slabše sodelujejo pri zdravljenju, zato se tudi zdravniki težje odločajo za indikacijo sprejema v bolnišnico, kadar se srečajo z otrokom, ki je močno odvisen od svojega domačega okolja. Druga možnost pa je, da starše duševno blažje manj razvitih otrok bolj skrbi za njihovo zdravje in se prej odločajo za intenzivnejše oblike zdravljenja.

Očetje mejno in blažje duševno manj razvitih otrok so slabše izobraženi kot očetje zmerno duševno manj razvitih otrok.

Tega podatka, ki ga ugotavljamo z našo raziskavo, si ne znamo razložiti.

Razvojni oddelek vzgojno-varstvenega zavoda so v otroštvu v večjem deležu (44 %) obiskovali zmerno duševno manj razviti otroci kot pa mejno in blažje duševno manj razviti (21 %).

Zaradi širokega individualnega razpona pri razvoju posameznih otrokovih sposobnosti je mejno in blažjo duševno manjrazvitost v prvih letih življenja težko zanesljivo prepoznati. Ob takem slabše prepoznavnem razvojnem primanjkljaju se mnogi starši tudi zanašajo, da bo odraščanje med zdravimi vrstniki ob normalnih pogojih spodbudilo otrokov napredek. Razvojni oddelek omogoča pomembno preventivno delovanje v otrokovem razvoju, zato sta oba deleža obiskovanja močno premajhna. Ker se predvideva močan vpliv socialnih dejavnikov ravno pri razvoju blažje in mejne duševne manjrazvitosti, je še posebej pomembno, da pri tej skupini otrok čim prej v njihovem razvoju posredujejo z varovalnimi in stimulativnimi izvendružinskimi vplivi.

Pojavljanje duševnih motenj in vedenjskih sindromov pri duševno manj razvitih otrocih

V raziskavi smo ugotovili 15 % soobstajanje duševnih motenj in duševne manjrazvitosti v izbranem vzorcu. Rezultat se približuje spodnji meji splošno sprejete ocene o pojavljanju duševnih motenj (20–50 %) pri duševno manj razvitih otrocih (1). Podobno oceno (14 %) pojavljanja duševnih motenj v opazovani epidemiološki kohorti navajajo Koller in sodelavci (7), medtem ko Quine in sodelavci (4) ugotavljajo 45 % soobstajanje duševnih motenj in duševne manjrazvitosti, Rutter in sodelavci (5) 50 % pri skupini zmerno, huje in globoko duševno manj razvitih, Gillberg in sodelavci (6) 64 % ter Einfeld in Tonge 40,7 % soobstajanje (8).

Sorazmerno nizek delež otrok z duševnimi motnjami v naši raziskovani skupini kaže, da so otroci, ki so vključeni v prilagojen proces izobraževanja in usposabljanja z individualno

strokovno pomočjo, bolj zavarovani pred vrsto čustvenih obremenitev, ki bi jih bili lahko deležni. Vendar moramo pri tej ugotovitvi upoštevati dejstvo, da so vprašalniki izpolnjevali učitelji, ki otroke spremljajo v bolj zavarovanih razmerah posebne nege in vodenja. Obstaja torej možnost, da bi starši opisali več neustreznih znakov otrokovega vedenja, odzivanja in čustvovanja. To možnost nakazuje tudi precej nizka ocena strinjanja med učitelji in starši, ki sta jo Einfeld in Tonge ugotovila med preverjanjem psihometričnih lastnosti vprašalnika DBC (22).

Duševne motnje se pogosteje pojavljajo pri skupini mejno in blago duševno manj razvitih otrok kot pri skupini zmerno duševno manj razvitih otrok.

V raziskavi smo ugotovili, da stopnja duševne manjrazvitosti vpliva na pojavljanje duševnih motenj. Več duševnih motenj je bilo namreč prisotnih v skupinah mejno (44 %) in blago duševno manj razvitih (10 %) kot pa v skupini zmerno duševno manj razvitih otrok (0 %). Pri skupini mejno duševno manj razvitih smo ugotovili tudi pogostejše antisocialno in anksiozno vedenje, pri skupini zmerno duševno manj razvitih pa pogostejše avtizmu podobno vedenje.

Eyman in Call (14), Jacobson in sodelavci (16) ter Rutter in sodelavci (5) ugotavljajo, da je največ duševnih motenj v skupini zmerno, huje in globoko duševno manj razvitih. Hill in Bruininks (17) sta največ motenj vedenja opazila pri skupini otrok z zmerno duševno manjrazvitostjo. Koller in sodelavci (7) so pri otrocih z nižjim IQ opazili več hiperaktivnosti, pri skupini z višjim IQ pa več antisocialnega vedenja. Ando in Yoshimura (15) sta pri huje in globoko duševno manj razvitih opazila več samopoškodb, hiperaktivnosti, introvertiranega in stereotipnega vedenja. Borthwick – Duffy in Eyman (11), Iverson in sodelavci (12) ter Jacobson in sodelavci (16) ugotavljajo, da je največ duševnih motenj v skupini blažje in mejno duševno manj razvitih. Einfeld in Tonge (8) sta pri globoki duševni manjrazvitosti opazila manj duševnih motenj na splošno, pri blažji in mejni duševni manjrazvitosti več razdiralnega in antisocialnega vedenja, pri skupini z zmerno in hudo duševno manjrazvitostjo pa več introvertiranega vedenja in vedenja, podobnega avtizmu.

V primerjavi z zmerno ali huje duševno manj razvitimi otroci so blažje in mejno duševno manj razviti otroci bolj izpostavljeni različnim zunanjim in notranjim obremenitvam, zato se pri njih pogosteje razvijejo duševne motnje (41). Ker so bolj kot njihovi resneje prizadeti vrstniki vključeni v normalno okolje in širši socialni prostor, doživljajo več stresov, ki jih ne morejo ustrezno obvladovati. Pričakovanja okolja so večja pri njih kot pri resneje prizadetih otrocih, pogosto pa imajo tudi nerealno visoko samopodobo. Ob vrsti nepremagljivih nalog so zato bolj prizadeti in negotovi, v odnosu z okoljem pa pogosteje doživljajo konflikte. Zmerno in huje duševno manj razviti otroci so pogosto tudi telesno bolj prizadeti, kar je dodaten razlog za zaščitniški odnos okolja, ki jih obvaruje pred različnimi stresi in obremenitvami.

Pri otrocih s prisotno duševno motnjo so med razvojem do prvega leta starosti opazili več zapletov in bolezni kot pri otrocih, ki nimajo duševnih motenj.

Zapleti v razvoju in pogoste bolezni v zgodnjem življenjskem obdobju se povezujejo tako z neugodnimi življenjskimi razmerami, v katerih otrok odrašča, kot tudi z njegovo večjo

ranljivostjo in slabšo sposobnostjo prilagajanja na neugodne zunanje dejavnike. Pri otrocih z duševnimi motnjami delujejo najverjetneje oboji dejavniki. Duševne motnje so torej splet neugodnih objektivnih in subjektivnih vplivov.

Pri otrocih s prisotnimi telesnimi boleznimi v času raziskave se pogosteje pojavljajo duševne motnje.

Tudi večja pogostost v času raziskave prisotnih telesnih zdravstvenih motenj pri otrocih z duševnimi motnjami opozarja na celosten problem soodvisnosti duševnih in telesnih dogajanj pri otroku. Pogoste telesne bolezni in zdravstvene težave v otroštvu in sedanjem času kažejo tudi na verjetnost slabše nege in pomanjkljive splošne zdravstvene skrbi za otroka.

Otroci s prisotno duševno motnjo imajo manj motenj motorike kot otroci, ki nimajo duševnih motenj.

Motnje motorike so pogosto del širše nevrološke obolenosti otroka. Otrok z izrazitimi telesnimi motnjami je s strani svojega okolja in najbližjih oseb običajno dokaj zaščiten in tako tudi čustveno in vedenjsko stabilnejši. Ta ugotovitev se sklada tudi s podatkom, ki ga kaže naša raziskava, da so duševne motnje sorazmerno pogoste prav pri mejno in blažje duševno manj razvitih otrocih.

Med otroki s prisotno duševno motnjo je manj prvo- in drugorojencev kot med otroki, ki nimajo duševnih motenj.

Morda kaže ta ugotovljeni podatek na možnost, da se starši prvim otrokom posvečajo pozorneje, z več potrpljenja in razumevanja. Razmere odraščanja v pogosto gmotno in kulturno prikrajšanih družinah so najbrž manj ugodne za otroke, ki stojijo na koncu daljše vrste sorojencev.

Pri mejno duševno manj razvitih otrocih je več antisocialnega vedenja in anksioznega vedenja, pri zmerno duševno manj razvitih otrocih pa več avtizmu podobnega vedenja.

Duševne motnje, ki so pogostejše pri mejno duševno manj razvitih otrocih (antisocialno in anksiozno vedenje), so predvsem reaktivne. Kažejo torej na težave pri vključevanju v okolje, ki povzročijo otrokovo negotovost in tesnobo. Vedenjske motnje v takih razmerah so hkrati odraz otrokove stiske, njegovega ozkega razpona različnih možnih oblik vedenja v stresu in njegovega konflikta z okoljem, ki ga doživlja kot odklonilnega ali celo sovražnega.

Umik vase pomeni pasivnejšo obliko otrokovega vedenja v stiski. Ob slabih izkušnjah z lastnimi neuspehi pri dejavnem vključevanju v okolje in ob pomanjkanju občutij varnosti in sprejetosti se duševno težje manj razviti otroci lažje zatečejo v pasivni umik vase.

Anksiozno vedenje se pogosteje pojavlja pri višji starosti otrok.

Dejstvo, da ugotavljamo večjo anksioznost v vedenju starejših otrok, si razlagamo z več dejavniki.

Starejši kot je otrok, več ima izkušenj o tem, kako se je sposoben vključevati v svoje okolje in premagovati preizkušnje, ki jih prinaša razvoj. Njegova negotovost se pogloblja, nezaupanju vase se zlahka pridruži še nezaupanje v druge in anksioznost se stopnjuje.

Ker se doživljanje tesnobe kaže na različne načine, bolj ali manj posredno, je tudi prepoznavna anksioznosti pri majhnem otroku zaradi slabše izraznosti težja kot pri starejšem otroku s širšim razponom izražanja notranjih doživetij.

Introvertirano vedenje se pogosteje pojavlja pri dečkih.

Večje pogostosti introvertiranega vedenja pri dečkih v primerjavi z deklicami si ne znamo razlagati. Ponavadi se dečki v stiski odzivajo navzven z motnjami vedenja, medtem ko so pri deklicah pogostejše čustvene motnje, kot je npr. depresivnost (19). Morda so razlog za poudarjen umik vase pri dečkih večja pričakovanja okolja do otrok moškega spola, ki pa jih zaradi manjših sposobnosti ne morejo izpolniti.

Pri dečkih je pogostejši tudi avtistični sindrom, zato je možno, da je opazovano introvertirano vedenje del tega, včasih le delno izraženega sindroma.

Razdiralnega vedenja je več pri otrocih, ki imajo v družinski anamnezi prisotno duševno bolezen, ter manj pri prvo- in drugorojencih.

Razdiralno vedenje ni odvisno le od otrokovih konstitucijskih značilnosti, temveč je v splošnem pogostejše pri otrocih, ki odraščajo v neugodnih družinskih razmerah. Večja pogostost duševnih motenj v družinah otrok z opisanimi vedenjskimi motnjami potrjuje splošna opažanja o povezavi disfunkcionalnosti družine z motnjami vedenja pri otrocih.

Motnje sporazumevanja se pogosteje pojavljajo pri boljših gmotnih razmerah v družini.

Ocena komunikativnosti je pri otroku precej težka. Upoštevati mora tako otrokove izrazne in socialne značilnosti kot tudi značilnosti, spodbude in komunikacijski slog njegovega okolja. Povezave med dobrimi gmotnimi razmerami v družini in otrokovo slabšo komunikativnostjo so lahko zelo različne, vendar sama raziskava ne daje dovolj drugih podatkov, s katerimi bi lahko razložili ugotovitev.

Pri slabem odnosu staršev do otrokovega razvoja se pogosteje pojavi antisocialno vedenje.

Večja pogostost vedenjskih motenj pri otrocih, katerih starši ne spremljajo njihovega razvoja z naklonjenostjo, zanimanjem in pozornostjo, opozarja na pomen odtujenih in čustveno nesposobnih odnosov na otrokovo graditev pozitivnega odnosa do sebe in okolice. Vedenjske motnje so lahko eno najbolj opaznih sporočil o odklonilnem dojemanju sebe in sveta, ki se razvija pri otroku, ki ne čuti sprejetosti in pomena lastne vrednosti.

Zdravstvena obravnava duševnih motenj

Od sedmih otrok z ugotovljeno duševno motnjo sta bila v času preiskave dva otroka v strokovni psihiatrični obravnavi (terciarna raven pomoči). Za ostale otroke starši niso nikdar iskali nikakršne oblike strokovne pomoči.

Einfeld in Tonge (8) sta ugotovila, da je 9% staršev otrok z ugotovljeno duševno motnjo poiskalo specialistično pomoč psihiatra ali psihologa, ki se ukvarja z duševnimi motnjami pri duševno manj razvitih otrocih. 13% staršev je iskalo pomoč pri strokovnjakih,

ki se ukvarjajo posebej z duševnimi motnjami ali duševno manjrazvitostjo (sekundarna raven), 31 % pa pri zdravnikih splošne medicine (primarna raven). 47 % ni iskalo nobene oblike pomoči.

Natančno vprašanje, ki ga zastavlja vprašalnik, se glasi: »Ali ste zaradi motenj vedenja pri otroku zanj kdaj iskali strokovno pomoč?«, zato nizek odstotek izražene potrebe po zdravstveni obravnavi govori bolj o odporu staršev do iskanja pomoči kot pa o neprimernem zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Einfeld in Tonge (8) predvidevata, da starši menijo, da je strokovna pomoč ali neučinkovita ali pa nedostopna in je zato ne iščejo. Iz svojih kliničnih izkušenj navajata, da se starši velikokrat pritožujejo nad nedostopnostjo specializirane pomoči, obenem pa menijo, da splošna zdravstvena oskrba za njihove otroke ni primerna.

Ker je število otrok v naši skupini, ki bi zaradi ugotovljenih duševnih motenj potrebovali strokovno pomoč, premajhno, statistična primerjava s podatki iz navedene literature ne bi bila smiselna. Vendarle pa lahko glede na zbrane podatke sklepamo, da je tudi pri nas le majhen del duševno manj razvitih otrok deležen strokovne pomoči zaradi duševnih motenj. Morda bi razlog za to lahko iskali tudi v pogosti slabi prosvetljenosti družin, v katerih odraščajo duševno manj razviti otroci.

Delovne hipoteze

Duševno manj razviti otroci se po telesnem zdravju ne razlikujejo od duševno ustrezno razvitih vrstnikov.

Hipoteza ni potrjena. Duševno manj razviti otroci se tako po telesnem zdravju med razvojem kot po telesnem zdravju v času raziskave razlikujejo od svojih normalno razvitih vrstnikov.

Duševne motnje so enako pogoste pri vseh duševno manj razvitih otrocih, ne glede na raven njihovih inteligenčnih sposobnosti.

Hipoteza ni potrjena. Duševne motnje so pogostejše pri mejno in blažje duševno manj razvitih otrocih kot pri zmerno duševno manj razvitih otrocih.

Telesne in duševne motnje so pri duševno manj razvitih otrocih v tesni medsebojni povezavi.

Hipoteza je potrjena. Tesna medsebojna povezanost telesnih in duševnih motenj pomeni predvsem izredno pomembnost preventive pri obravnavi duševno manj razvitih otrok.

Vrsta ugotovljenih duševnih motenj je odvisna od otrokovih osebnih značilnosti in od dejavnikov okolja, v katerem odrašča.

Hipoteza je potrjena. Skupaj z zgornjo hipotezo nam potrjuje pomen celostne obravnave telesnih in duševnih težav pri duševno manj razvitih otrocih.

Sklep

Rezultati potrjujejo klinično in raziskovalno uporabnost vprašalnika, ugotovljene povezave pa nakazujejo sočasnost in soodvisnost telesnih dogajanj, socialnih vplivov, duševne manjrazvitosti in duševnih motenj tako v razvoju kot v sedanjem zdravstvenem

stanju otrok. Zaradi ugotovljene soodvisnosti še posebej poudarjamo pomen preventive pri obravnavi duševno manj razvitih otrok in verjetno neustreznost zdravstvene obravnave duševnih motenj pri njih.

Zahvala

Zahvaljujeva se mentorju, prof. dr. Milošu Kobalu za vodenje naloge in strokovne nasvete, mentorici prof. dr. Martini Tomori za vodenje naloge, strokovne nasvete in lektiranje izrazoslova, dr. Danici Zabukovec in osebju Zdravstvenega doma Ljubljana Center za sodelovanje in pomoč pri izločanju zdravstvenih podatkov, dr. Urbanu Grolegerju za pomoč pri statistični obdelavi podatkov, ravnateljici OŠPP Janeza Levca gospe Nadi Flajšman in pomočnici ravnateljice gospe Slavici Sedej za vsestransko pomoč in sodelovanje ter razrednim učiteljicam OŠPP Janeza Levca za sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnikov.

Literatura

1. Borthwick – Duffy SA. Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62(1): 17–27.
2. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: I rationale and methods. *J Intel Disabil Res* 1996; 40(2): 91–8.
3. Einfeld SL, Aman M. Issues in the taxonomy of psychopathology in mental retardation. *J Autism Dev Disord* 1995; 25(2): 143–67.
4. Quine L. Behaviour problems in severely mentally handicapped children. *Psychol Med* 1986; 16(4): 895–907.
5. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Research report: Isle of Wight studies, 1964–1974. *Psychological Medicine* 1976; 6: 313–32.
6. Gillberg C, Persson E, Grufman M, Themner U. Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: Epidemiological aspects. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 68–74.
7. Koller H, Richardson SA, Katz M, McLaren J. Behavior disturbance since childhood among a 5-year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *American Journal of Mental Deficiency* 1983; 87:386–95.
8. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40(2): 99–109.
9. Benson BA. Behavior disorders and mental retardation: associations with age, sex, and level of functioning in an outpatient clinic sample. *Appl Res Ment Retard* 1985; 6(1): 79–85.
10. Tutton C, Wynne-Willson S, Piachaud J. Rating management difficulty: a study into the prevalence and severity of difficult behavior displayed by residents in a large residential hospital for the mentally handicapped. *J Ment Defic Res* 1990; 34(4): 325–39.
11. Borthwick – Duffy SA, Eyman RK. Who are the dually diagnosed? *Am J Ment Retard* 1990 94: 586–95.
12. Iverson JC, Fox RA. Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. *Res Dev Disabil* 1989; 10: 77–83.
13. Myers BA. Psychiatric problems in adolescents with developmental disabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26(1): 74–9.
14. Eyman RK, Call T. Maladaptive behavior and community placement of mentally retarded persons. *Am J Ment Defic* 1977; 82(2): 137–44.
15. Ando H, Yoshimura I. Prevalence of maladaptive behavior in retarded children as a function of IQ and age. *J Abnorm Child Psychol* 1978; 6(3): 345–9.
16. Jacobson JW. Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population I: behavior frequency. *Appl Res Ment Retard* 1982; 3(2): 121–39.

17. Hill BK, Bruininks RH. Maladaptive behavior of mentally retarded individuals in residential facilities. *Am J Ment Def* 1984; 88: 380–38.
18. Anon. Where People Live. *The Arc* 1995 (dostopno na <http://www.thearc.org>).
19. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. (MKB-10). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 1995.
20. Reiss S. Mental illness in persons with mental retardation. *The Arc*, 1993. (dostopno na <http://www.thearc.org>).
21. Sturmey P, Reed J, Corbett J. Psychometric assessment of psychiatric disorders in people with learning difficulties (mental handicap): A review of measures. *Psychol Med* 1991; 21: 143–55.
22. Einfeld SL, Tonge BJ. The Developmental Behavior Checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *J Autism Dev Disord* 1995; 25 (2): 81–104.
23. Rojahn J. Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. In: T. Thompson (Ed.), *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p. 49–67.
24. Nordin V, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with physical or mental disability or both. In: Clinical and epidemiological aspects. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 297–313.
25. Einfeld SL, Hall W. When is a behavior phenotype not a phenotype? *Dev Med Child Neurol* 1994; 36: 467–70.
26. Einfeld SL, Tonge BJ, Florio T. Behavioral and emotional disturbance in individuals with Williams syndrome. *Am J Ment Retard* 1997; 102(1): 45–53.
27. Sovner R. Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin* 1986; 22: 1055–9.
28. Einfeld SL, Tonge BJ. Psychometric and clinical assessment of psychopathology in developmentally disabled children. *Aust N Z J Dev Disabil* 1991; 17: 147–54.
29. Rojahn J, Helsel WJ. The Aberrant Behavior Checklist in children and adolescents with dual diagnosis. *J Autism Dev Disord* 1991; 21: 17–28.
30. Pirodsky D, Gibbs JW, Hesse RA, Hsieh MC, Krause RB, Rodriguez WH. Use of the dexamethasone suppression test to detect depressive disorders of mentally retarded individuals. *Am J Ment Def* 1985; 90: 245–52.
31. Hauser P, Zametkin AJ, Martinez P, Vitiello B, Matochik JA, Mixson AJ, Weintraub BD. Attention deficit hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *N Engl J Med* 1993; 328: 997–1001.
32. Andreasen NC, Rice J, Endicott J, Reich T, Coryell W. The family history approach to diagnosis. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 421–9.
33. Zametkin A, Nordahl J, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J, Hamburger S, Cohen RM. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med* 1990; 323: 1361–6.
34. Martin BA. Primary care of adults with mental retardation living in the community. *Am Fam Physician* 1997; 56(2): 485–94.
35. Murphy CC, Yeargin-Allsopp M, Decoufle P, Drews CD. Prevalence of cerebral palsy among ten-year-old children in metropolitan Atlanta, 1985 through 1987. *J Pediatr* 1993; 123(5): 3–20.
36. Rimmer JH, Braddock D, Fujiura G. Prevalence of obesity in adults with mental retardation: implications for health promotion and disease prevention. *Ment Retard* 1993; 31(2): 105–10.
37. Schupf N, Ortiz M, Kapell D, Kiely M, Rudelli RD. Prevalence of intestinal parasite infections among individuals with mental retardation in New York State. *Ment Retard* 1995; 33(2): 84–9.
38. Bohmer CJ, Klinkenberg-Knol EC, Kuipers EJ, Niezen-de Boer MC, Schreuder H, Schuckink – Kool F, Meuwissen SG. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection among inhabitants and healthy employees of institutes for the intellectually disabled. *Am J Gastroenterol* 1997; 92(6): 1000–4.
39. Islam S, Durkin MS, Zaman SS. Socioeconomic status and the prevalence of mental retardation in Bangladesh. *Ment Retard* 1993; 31(6): 412–7.
40. Anon. Genetic Causes of Mental Retardation. *The Arc* 1996 (dostopno na <http://www.thearc.org>).
41. Tomori M. Duševna manjrazvitost. In: *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika: v tisku.