

Sylwia Niemiec-Elanany
Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków

Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychiczne

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie problematyki zaburzeń psychicznych występujących w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Teoretyczne rozważania rozpoczęto od etiologii i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, poprzez opis ich obrazu klinicznego (zaburzenia zachowania, zaburzenia osobowości, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne), kończąc na leczeniu.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna

Intellectual disabilities and mental disorders

The presented paper is a theoretical review aiming to understand the interface between the *intellectual* disability and mental disorders. The conducted review clarifies etiology and epidemiology of mental disorders, describes their symptoms and clinical characteristics (behavioral disorders, personality disorders, emotional disorders, eating disorders, psychotic disorders) as well as treatment options.

Keywords: mental disorder, intellectual disability

Wprowadzenie

Współcześni klinicyści coraz częściej zgadzają się z tezą, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą zapadać na zaburzenia psychiczne, które występują u osób w normie intelektualnej. Niepełnosprawność intelektualna uznawana jest za jeden z czynników ryzyka dla ich wystąpienia. Iloraz inteligencji poniżej 70 powoduje 3–4 razy większe ryzyko ujawnienia się i pojawienia zaburzeń psychicznych w porównaniu z populacją ogólną [Jackowska, Dęga-Rudewicz 2004].

Zaburzenia w sferze psychicznej stanowią ważny czynnik, który w sposób zasadniczy może ograniczyć funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz wpływać na jakość ich życia i adaptację w społeczeństwie [Komender

2002]. Mimo że wiedza na temat zaburzeń psychicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest coraz szersza, brakuje w dalszym ciągu jednoznacznych danych dotyczących ich rozpowszechnienia, symptomatologii oraz czynników sprzyjających ich powstawaniu [Bobińska, Gałecki 2006].

Etiologia i rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych

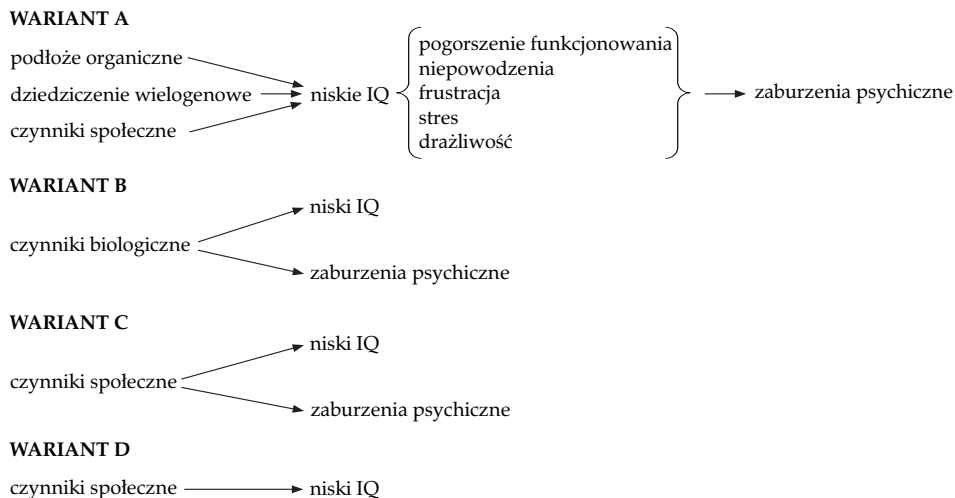
Występowanie zaburzeń psychicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną ocenia się na około 50%, natomiast procent występowania tych zaburzeń jest zmienny [Rola 1999]. J. Bregman stwierdził, że występują one u 27–71% populacji niepełnosprawnych intelektualnie. M. Rutter natomiast ocenił ich rozpowszechnienie na 7,7% i 9,5% [Komender 2002]. Zaburzenia psychiczne stwierdza się u około jednej trzeciej dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, a wśród osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym – u połowy [Goodman, Scott 2000].

Warunki sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnością intelektualną zwiększają ryzyko zachorowania – oprócz mniejszej zdolności adaptacyjnej, wpływać na to mogą np. niedostateczne zaspokojenie ich potrzeb przez otoczenie, ograniczone możliwości zwerbalizowania swych pragnień, obniżenie poczucia własnej wartości [Barnow, Ermer, Dittmann, Stieglitz 2005].

Podejrzewa się cztery możliwe kombinacje przyczyn, które są odpowiedzialne za współistnienie niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń psychicznych (rys. 1).

Warianty A i B są w świetle badań najbardziej prawdopodobne. Drugi przypadek zakłada istnienie podobnych czynników biologicznych, które wywołują niezależnie od siebie niepełnosprawność intelektualną i zaburzenia psychiczne (np. autyzm). Wariant A opiera się na założeniu, że niezależnie od uwarunkowań niski poziom inteligencji usposabia do zaburzeń psychicznych. Niższy poziom funkcjonowania intelektualnego wiąże się z napotykiem przez dziecko większych trudności np. w nauce. Uczniowie ci mogą gorzej radzić sobie ze stresem i silniej na niego reagować. W ten sposób niższy iloraz inteligencji wiązać się może z większym natężeniem smutku, złości i lęku [Goodman, Scott 2000].

Większe prawdopodobieństwo ujawnienia się zaburzeń psychicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną wynika ze specyfiki społecznej i psychologicznej egzystencji [Bobińska, Gałecki 2010, za: Rutter 1989]. Jednocześnie występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego u osób z obniżonym poziomem inteligencji wiąże się z posiadaniem słabszego systemu mechanizmów obronnych, ogranicza często w znacznym stopniu ich funkcjonowanie oraz wpływa pośrednio na jakość ich życia, a także adaptację w społeczeństwie [Bobińska, Gałecki 2010].



Rys. 1. Przyczyny współlistnienia niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń psychicznych
Źródło: [Goodman, Scott 2000, s. 204].

Zdiagnozowanie zaburzeń zdrowia psychicznego u osób z obniżonym intelektem jest zadaniem bardzo trudnym, ponieważ wiąże się ono m.in. z uwarunkowaniami kulturowymi. Dzieje się tak z powodu różnic środowisk, w jakich żyją i dorastają jednostki z niepełnosprawnością intelektualną, problemów jakie napotyka w codziennym życiu i oczekiwań ze strony innych. Dlatego tak istotne jest, aby rozpatrywać ich w szerokim kontekście środowiska, w którym żyją, a nie jako izolowane jednostki [Bobińska, Gałecki 2010, za: Gitta, Goldberg 1995].

W procesie diagnostycznym należy zwrócić uwagę na fakt, iż symptomy zaburzeń psychicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną mogą przybierać inną formę niż te obserwowane u ludzi w normie intelektualnej. Można natomiast zauważyć pewną prawidłowość: im wyższa sprawność umysłowa u osób z niepełnosprawnością intelektualną tym obraz zaburzeń psychicznych jest bardziej zbliżony do tego występującego w populacji ogólnej. Niższe zdolności intelektualne determinują przewagę objawów atypowych [Bobińska, Gałecki 2010]. Obserwuje się także tendencję do niestawiania diagnoz psychiatrycznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną, pomimo obecności objawów. Złożoność etiologii niepełnosprawności intelektualnej wymaga szczególnej współpracy specjalistów oraz całościowego podejścia. Diagnoza psychiatryczna opiera się przede wszystkim na kryteriach DSM-IV¹ [Merrick, Merrick, Lunskey, Kandel 2006]. Inny-

¹ Od 2013 roku obowiązującą klasyfikacją zaburzeń psychicznych jest DSM-5® (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

mi, stosowanymi narzędziami diagnostycznymi są m.in. *Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults* (PIMRA) i *Diagnostic Assessment of the Severely Handicapped* (DASH) [Bobińska, Gałecki 2012].

Zaburzenia zachowania

Jednym z zaburzeń, którego rozpowszechnienie u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest częstsze niż w populacji ogólnej [Komender 2002] i stwierdza się je u 33%, a ich zakres wzrasta często w okresie adolescencji, są zaburzenia zachowania [Masi 1998]. J. Corbett na podstawie własnych badań stwierdził zaburzenia zachowania u 9% dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, a u 5% – nasilone stereotypie [Zaremba, Wald, Stomma 2000].

Wystąpieniu tego typu zaburzeń sprzyja m.in. stawianie dziecku zbyt wygórowanych wymagań, które nie są dostosowane do jego możliwości. Na różne niepowodzenia dziecko może reagować uciezkami, kłamstwami, odmową chodzenia do szkoły [Komender 2002]. U osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną można obserwować zachowania od agresywnych i impulsywnych do stereotypowych, samouszkodzających i bezcelowych w głębszych postaciach niepełnosprawności [Masi 1998]. Kiwanie, kołysanie się, machanie rękami i ruchy palców to najczęstsza postać stereotypii ruchowych. Mogą one wynikać z niezaspokojenia potrzeb, a także mieć charakter autostymulacji [Komender 2002]. Samouszkodzenia najczęściej przejawiają się uderzeniami głowy, rąk, pięści, innych części ciała, drapaniem, szczypaniem, samogryzieniem, wyrywaniem włosów itp. Ten typ zaburzeń występuje u ok. 10–15% osób z niepełnosprawnością intelektualną tym częściej, im ma ona głębsze postacie, a także u osób niepełnosprawnych z zaburzeniami nastroju, lękowymi, osobowości i schizofrenią. Zachowania samouszkodzające mogą być związane z czynnikami środowiskowymi (jako odpowiedź na stres spowodowany hałasem, dużą liczbą osób), albo chronicznym bólem, różnymi dolegliwościami, ubocznym działaniem leków [Masi 1998]. Zespoły związane z samookaleczaniem są szczególnie częste u osób ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną. U części dzieci mogą być one sposobem na nudę, chęcią odwrócenia lub też zwrócenia na siebie uwagi [Goodman, Scott 2000].

Agresja zazwyczaj występuje u dorastających chłopców oraz młodych mężczyzn i częściej obserwuje się ją u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Może być spowodowana czynnikami psychologicznymi (przewlekła frustracja związana z niską samooceną, poczuciem braku autonomii i sukcesu) oraz biologicznymi (wysoka temperatura, hałas, ból) [Komender 2002].

W przypadku występowania zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną bardzo istotne jest, aby określić czynniki determinujące dane zachowanie. Niezbędne w tej sytuacji są rzetelny wywiad z pacjentem, wywiad środowiskowy oraz obserwacja pacjenta [Bobińska, Gałeczki 2010].

Zaburzenia osobowości

Badania A.H. Reida i B.R. Ballingera wykazały występowanie wyraźnych oznak kolejnych nieprawidłowości psychicznych, a dokładnie zaburzeń osobowości u 57% zinstytucjonalizowanych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Natomiast L.F. Eaton i F.J. Menolascino wyznaczyli ich zakres na 27% [Masi 1998].

G. Masi [1998] twierdzi, iż o zaburzeniach osobowości można mówić tylko u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, gdy zmiany są trwałe i niezależne od środowiska. Najczęściej u adolescentów niepełnosprawnych intelektualnie występują zaburzenia typu borderline, osobowość zależna, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, osobowość schizoidalna, osobowość unikająca.

Osobowość typu borderline u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną ujawnia się w wahaniach nastroju, niskiej samoocenie, trudnościach w kontrolowaniu impulsów oraz słabych relacjach interpersonalnych. Bardzo intensywne w tym zaburzeniu są komponenty depresyjne. Typ unikający i typ schizoidalny często są pomieszane, gdyż w tych dwóch przypadkach osoba pozbawiona jest bliskich kontaktów społecznych. Adolescenci o typie lękowo-unikającym są odizolowani, w sposób nieadekwatny wyrażają swe uczucia, są nieśmiali i nadwrażliwi (szybko popadają we frustrację). Młodzież o typie schizoidalnym nie jest zainteresowana nawiązywaniem znaczących kontaktów społecznych, charakteryzuje się ograniczonym zasięgiem emocji oraz obojętnością na krytykę [Masi 1998].

Zaburzenia osobowościowe mogą przejawiać się także: nadmierną zewnętrzną zależnością, niską samooceną, wycofywaniem się, zamykaniem się w sobie, apatią, lękiem, wrogością, agresją i nadpobudliwością [Czerkawski 2001].

Zaburzenia emocjonalne

Zaburzenia lękowe, podobnie jak zaburzenia zachowania, należą do zaburzeń często diagnozowanych u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wśród pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, którzy byli leczeni ambulatoryjnie, rozpoznano je u 25%. Istotną rolę w wystąpieniu tych zaburzeń odgrywają stresy powiązane z czynnikami psychospołecznymi, które w efekcie doprowa-

dzają do niskiej samooceny, lęku przed stratą opiekuna, są przewidywaniem niepowodzenia [Komender 2002].

Czasami ostre epizody złości, agresji czy też płaczu mogą stanowić odpowiednik zaburzeń lękowych lub panicznych. Fobie są częściej dziwaczne i mają zmienny charakter. Obsesje u osób z niepełnosprawnością intelektualną występują rzadziej, podczas gdy kompulsje są zjawiskiem częstym szczególnie w okresie dojrzewania [Masi 1998]. Rozpoznanie tego typu zaburzeń jest ułatwione w przypadku osób, które potrafią opowiedzieć o swoich uczuciach towarzyszących epizodom lęku, natomiast u tych, z którymi kontakt werbalny jest ograniczony, w dużej mierze należy opierać się na obserwacji zachowania, np. unikającego [Komender 2004].

U osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną zaburzenia lękowe dotyczą konkretnych, nieskomplikowanych sytuacji, które powszechnie uchodzą za lękotwórcze [Wald, Stomma 1989]. U głębiej niepełnosprawnych intelektualnie często diagnoza może stanowić jedynie przypuszczenie, dlatego także rodzinna historia zaburzeń lękowych stanowi bardzo ważną wskazówkę [Masi 1998].

Kolejne zaburzenia diagnozowane u osób z niepełnosprawnością intelektualną to zaburzenia nerwicowe. Rozpoznanie nerwicy u osób z niepełnosprawnością intelektualną może sprawiać trudności i często jest to możliwe dopiero po obserwacji w warunkach szpitalnych. Najczęściej spotykaną formą zaburzeń nerwicowych są reakcje typu histerycznego, występujące częściej u dziewcząt niż u chłopców. Większe natężenie zaburzenia nerwicowe przybierają w okresie adolescencji, a w miarę upływu czasu występuje tendencja do ich ustępowania. Ważną rolę w etiologii tego typu zaburzeń odgrywają niezbyt korzystne warunki środowiskowe, a także zbyt duże wymagania stawiane dzieciom [Komender 1974].

Rozpowszechnienie depresji wielkiej (psychozy afektywnej, melancholii, depresji endogennej) u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną stanowi 1,5–2%. Jej symptomy mogą przybierać trochę inną formę niż u osób w normie intelektualnej. A. Dosen wyodrębnił następującą grupę objawów depresyjnych, które zaobserwował u dzieci ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną: hiperaktywność, agresja, destruktywność, stereotypie, szybkie zmiany nastroju. F.J. Menolascino i M. Weiler wyróżnili symptomy, takie jak: zaburzenia nastroju, smutek, apatia, wycofywanie się z kontaktów, płaczliwość; zachowania destruktywne, napady wściekłości; zaburzenia snu; zaburzenia łaknienia; samouszkodzenia; zahamowanie psychomotoryczne; stupor katatoniczny; halucynacje oraz myśli i czyny samobójcze [Rola 1996]. K. Day opisał depresję psychotyczną u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym, którą charakteryzuje: osłabienie apetytu z utratą wagi ciała; zaburzenia snu; nastrój depresyjny; wycofywanie się z kontaktów; utrata zainteresowania dotychczasową aktywnością; zahamowanie psychoruchowe z depresyjnym stuporem; napady wściekłości;

irytacja; poczucie winy; poczucie bezradności; myśli i czyny samobójcze; negatywizm; niepowściągliwość; mutyzm; objawy histeryczne [Rola 2004]. Według C. Johnson i współpracowników u osób z niepełnosprawnością intelektualną można wyróżnić więcej takich zachowań, jak: próby samobójcze, płacz, rozdrażnienie, problemy ze spaniem, zmienność nastroju i społeczna izolacja [Johnson, Handen, Lubetsky, Sacco 1995]. Do trudnych zadań należy diagnoza depresji wielkiej u osób ze znacznym i głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej, ponieważ pojawiają się u nich symptomy niespecyficzne, tj.: samouszkodzenia, hiperaktywność, stereotypie ruchowe [Rola 1996].

Uwarunkowania psychologiczne depresji nerwicowej (zwanej także dystymią, depresją reaktywną, depresją egzogenną, depresją personalną) są takie same jak u dzieci w normie intelektualnej. Dystymia występuje u osób z niepełnosprawnością, uznawanych za „grupę podwyższonego ryzyka”, częściej niż w populacji ogólnej. M.C. Way zdiagnozował dystymię u 16% niepełnosprawnych intelektualnie, a C. Gilberg i inni u 6%, natomiast K. Day u 33% [Rola 2004]. W obrazie klinicznym tego zaburzenia obecne są mniej poważne symptomy w porównaniu z tymi, obserwowanymi w depresji wielkiej. Utrzymują się krócej i nie ma wśród nich objawów psychotycznych. Występują natomiast symptomy nerwicowe, tj.: lęk, hipochondria, zachowania obsesyjne, płaczliwość, irytacja. Dystymia jest często reakcją na niezbyt korzystne warunki środowiskowe, albo indywidualną reakcją dziecka na stres. U osób z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną depresja nerwicowa może przejawiać się w: pobudzeniu lub spowolnieniu psychoruchowym, płaczliwości, dysforycznym nastroju, poczuciu winy, obniżonej samoocenie, wycofywaniu się, lęku oraz dolegliwościach somatycznych. U znacznie niepełnosprawnych intelektualnie występują: zaburzenia snu, wrażliwość somatyczna, wycofywanie się, obniżony dysforyczny nastrój, zaburzenia motoryki, lęk, niepokój [Rola 2004]. K. Day wyróżnia następujące symptomy w obrazie klinicznym dystymii u osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim i znacznym: nastrój depresyjny – częste i szybkie zmiany nastroju, ubóstwo afektu, nastrój powierzchowny, manifestacja raczej pustki niż smutku; obecność symptomów wegetatywnych w postaci zaburzeń łaknienia; lęk i inne neurotyczne symptomy (uczucie paniki, potliwość, bladość, zatwardzenie, koncentracja na dolegliwościach fizycznych); zaburzenia snu; problemy i zaburzenia zachowania (agresywność, napady wściekłości, irytacja); słaba kontrola impulsów agresywnych; zachowania obsesyjne. W przebiegu depresji u osób z niepełnosprawnością intelektualną pojawia się również problem myśli i czynów samobójczych, które są traktowane jako przykład zakłóceń w sferze psychologicznej. Mogą być one konsekwencją trudności, z którymi osoby te spotykają się na co dzień [Rola 2004]. Badania Waltersa i współpracowników wykazały, że zachowania samobójcze występują u ok. 21% badanych niepełnosprawnych intelektualnie. Dotyczy to głównie

młodzieży niepełnosprawnej w lekkim stopniu [Rola 1999]. Charakterystyka czynów samobójczych – bardzo podobna do tej, która jest spotykana u osób w normie intelektualnej: od myśli, poprzez groźby do czynów samobójczych. Raz podjęta próba samobójcza zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się następnej. Przytaczane badania wykazały także związek zmiennych o charakterze społecznym z obecnością czynów samobójczych. Czynniki rodzinnymi, zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia samobójstwa są: nadużywanie substancji psychoaktywnych w rodzinie, rodzinna historia psychiatryczna, depresja, znaczące stary, adopcja, wykorzystywania emocjonalne, fizyczne oraz emocjonalne [Rola 1999].

Zaburzenia odżywiania

Warto także wspomnieć o zaburzeniach odżywiania, aczkolwiek te pod postacią jadłowstrętu psychicznego i bulimii występują rzadko u osób z niepełnosprawnością intelektualną, natomiast przeżuwanie oraz spożywanie substancji niejadalnych są dość częste. Jednak te formy występują zwłaszcza u osób z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej [Komender 2002].

Zaburzenia psychotyczne

Schizofrenia to kolejne zaburzenie diagnozowane rzadziej w populacji ogólnej (1%) w porównaniu z osobami z niepełnosprawnością intelektualną (ok. 3%). Wielu badaczy twierdzi, że istnieją specyficzne dla niepełnosprawności intelektualnej formy psychoz: psychozy atypowe, ostre psychozy epizodyczne, „larwal psychosis” u głęboko niepełnosprawnych intelektualnie. Częstsze są psychozy o symptomatologii schizofrenicznej niż afektywnej [Medyńska, Kuzak 1974].

U osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim manifestacja symptomów schizofrenii nie różni się w wielkim stopniu od tej, którą prezentują osoby w normie intelektualnej [Rola 1999]. Jednak w głębszych postaciach niepełnosprawności rozpoznanie tego zaburzenia może być nawet niemożliwe [Komender 2002]. Schizofrenia ujawnia się często w późnej adolescencji. Prognozy są gorsze niż u osób w normie intelektualnej, a wywołać ją mogą traumatyczne przeżycia, np. molestowanie seksualne czy psychiczne maltretowanie [Masi 1998]. Obraz kliniczny psychoz cechują prostsze, uboższe w wyrazie i liczbie objawy psychopatologiczne [Zaremba, Wald, Stomma 2000]. Urojenia są ubogie, fragmentaryczne, rzadko usystematyzowane; rzadkie objawy depersonalizacji i derealizacji

cji; omamy epizodyczne, proste i stereotypowe; drażliwość, gniewliwość; częste objawy katatoniczne [Medyńska, Kuzak 1974]. W okresie dojrzewania mogą pojawić się symptomy, takie jak: naiwność, proste halucynacje, fragmentaryczne urojenia, zaburzenia myślenia, echolalie, neologizmy, nadmierna aktywność ruchowa bądź stupor. Nagły początek schizofrenii często jest związany z zaburzeniami zachowania (agresją, samouszkodzaniem, impulsywnością). Istotne objawy kliniczne to bełkotliwa mowa, niespójne myśli, pobudzenie psychoruchowe, halucynacje, labilność afektu [Bamburg, Cherry, Matson, Penn 2001].

Leczenie zaburzeń psychicznych

Leczenie zaburzeń psychicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną nie różni się w założeniach od postępowania w populacji ogólnej. Aby wyeliminować zachowania autoagresywne, stereotypie oraz częste budzenie się w nocy – stosuje się terapię behawioralną. W zależności od rodzaju zaburzeń, wieku i możliwości poznawczych stosuje się również inne oddziaływania, tj. psychoterapię poznawczą, podtrzymującą i rodzinną. Kwestią sporną jest leczenie farmakologiczne, którego skuteczność jest przejściowa. Neuroleptyki, chociaż zmniejszają zachowania agresywne, działają krótko, więc skuteczne są w nagłych przypadkach. Z biegiem czasu należy zwiększać dawki leków. Po ich odstawieniu, eliminowane zachowania nasilają się na krótki czas, po czym powracają do poprzedniego poziomu [Goodman, Scott 1998].

Zakończenie

U osób z niepełnosprawnością intelektualną stwierdza się większe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. W dalszym ciągu nie ustalono jednolitych kryteriów diagnostycznych, co pozwoliłoby na trafniejsze stawianie diagnoz psychiatrycznych. Większa wiedza na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne oraz dokładna diagnoza, wpłynęłyby z pewnością do podniesienia skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych, a przez to na poprawę jakości ich życia.

Zasadne zatem jest spojrzenie na problematykę zaburzeń psychicznych występujących wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną w szerokim kontekście środowiska społecznego tych osób oraz podjęcie działań zmierzających do wypracowania kryteriów diagnostycznych oraz opracowania odpowiednich narzędzi służących przeprowadzeniu właściwej i pełnej diagnozy.

Bibliografia

- Bamburg J., Cherry K., Matson J., Penn D. (2001), *Assessment of Schizophrenia in Person With Severe and Profound Mental Retardation Using the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II (DASH-II)*, „Journal of Developmental and Physical Disabilities”, vol. 13, 4, s. 319–331.
- Barnow S., Ermer A., Dittmann V., Stieglitz R. D., (2005), *Upośledzenie umysłowe [w:] Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, H.J. Freyberger, W. Schneider, R.D. Stieglitz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Bobińska K., Gałecki P. (2010), *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo Contineo, Wrocław.
- Bobińska K., Gałecki P. (2012), *Specyfikacja diagnozy psychiatrycznej, psychologicznej i internistycznej u osób z niepełnosprawnością intelektualną [w:] Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałecki (red.), Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Czerkawski A. (2001), *Psychoterapia w rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo*, „Auxilium Sociale”, 1, s. 56–67.
- Goodman R., Scott S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.
- Jackowska E., Dęga-Rudewicz K (2004), *Depresyjność młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego w świetle badań empirycznych*, „Psychiatria Polska”, nr 1, s. 37–49.
- Johnson C., Handen B., Lubetsky M., Sacco K. (1995), *Affective Disorders in Hospitalized Children and Adolescents with Mental Retardation: A Retrospective Study*, „Research in Developmental Disabilities”, vol. 16, 3, 221–231.
- Komender J. (1974), *Zaburzenia nerwicowe u dzieci upośledzonych umysłowo*, „Psychiatria Polska”, t. VIII, 3, s. 295–300.
- Komender J. (2002), *Upośledzenie umysłowe [w:] Psychiatria*, t. 2. *Psychiatria kliniczna*, A. Bili-kiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wiórka (red.), Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.
- Masi G. (1998), *Psychiatric illness in mentalny retarded adolescents: clinical features*, „Adolescence”, vol. 33(130), s. 425–434.
- Medyńska L., Kuzak K. (1974), *Analiza psychoz u młodzieży upośledzonej umysłowo*, „Psychiatria Polska”, nr 3, s. 301–306.
- Merrick I., Merrick E., Lunskey Y., Kandel I. (2006), *A review of suicidality in persons with intellectual disability*, „Isr J Psychiatry Relat Sci”, vol. 43(4), s. 258–265.
- Rola J. (1996), *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1996.
- Rola J. (1999), *Współczesne podejście do problematyki zdrowia psychicznego osób z upośledzeniem umysłowym*, „Szkoła Specjalna”, nr 3, s. 147–154.
- Rola J. (2004), *Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo APS im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Zaremba J., Wald I., Stomma D. (2000), *Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna) [w:] Psychiatria wieku rozwojowego*, A. Popielarska, M. Popielarska (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.