

Aleksandra Jankiewicz¹, Damian Skrypnik², Katarzyna Skrypnik³

¹Szkoła Podstawowa nr 4 im. Jana Brzechwy w Swarzędzu

²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Poradnia Dietetyczna „Zdrowa Dieta” w Promnicach

Głęboka niepełnosprawność intelektualna a rozwój emocjonalno-społeczny i motoryczny

Profound mental disability and emotional, social and motor development

Abstract

The definition of a profound mental disability was given by ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) and DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- classification of mental disorders of the American Psychiatric Association). ICD-10 states that profound mental disability is characterized by maximum intelligence quotient 20 (adults mentally not exceeding three years of age). It manifests by serious limitations in the area of self-care, communication and mobility. DSM-IV states that profound mental disability concerns 1–2% of people with mental disability. IQ (intelligence quotient) fluctuates below 20–25. Serious neurological damage is the main reason of this condition. From early childhood people with profound mental disability demonstrate significant impairment of sensomotor functioning. Motor skills, self-service and communication skills are greatly reduced. Neurodevelopment condition of the patient with profound mental disability differs significantly from the correct formation of nervous system. However- some patients may function in supervised and protected environment.

Psychiatry 2014; 11, 4: 222–227

key words: *mental disability, emotional development, social development, motor development*

Definicje i etiologia niepełnosprawności intelektualnej

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) niepełnosprawność intelektualna jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, który charakteryzuje się zwłaszcza niedoborem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji, tj. zdolności poznawczych, mowy, zdolności ruchowych i społecznych. Niepełnosprawność

intelektualna może wystąpić wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi lub bez nich [1].

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) podaje jako niezbędne do zdiagnozowania niepełnosprawności intelektualnej trzy punkty diagnostyczne:

A. Funkcjonowanie intelektualne istotnie niższe od przeciętnego w indywidualnie dobranych testach inteligencji; iloraz inteligencji około 70 lub mniej (skala Wechslera); w przypadku niemowląt w ocenie klinicznej funkcjonowanie istotnie niższe od przeciętnego.

B. Współwystępowanie deficytów i upośledzenia zdolności przystosowywania się, czyli efektywności spełniania standardów wyznaczanych dla grupy kulturowej, dla określonego wieku, w co najmniej dwóch z nastę-

Adres do korespondencji:

lek. Damian Skrypnik
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
Zaburzeń Metabolicznych
i Nadciśnienia Tętniczego
ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań
e-mail: damian.skrypnik@gmail.com

pujących obszarów (tzw. sprawności adaptacyjnych): komunikacja, zdolność do dbania o siebie, umiejętności społeczne, funkcjonowanie w rodzinie, użyteczność społeczna, samostanowienie, dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo, organizacja czasu wolnego, zdolność do nauki i pracy. C. Początek przed 18. rż. [2].

Jeszcze jedną definicję niepełnosprawności intelektualnej podaje Amerykańskie Stowarzyszenie Niepełnosprawności Intelektualnej i Rozwojowej (AAIDD, *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*), która niepełnosprawność intelektualną przedstawia jako istotne ograniczenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz zakłócenie w zakresie zachowań adaptacyjnych. Zachowania przystosowawcze obejmują wiele sfer codziennego funkcjonowania. Zaburzenie rozwoju musi wystąpić przed 18. rż. [3].

Wśród przyczyn niepełnosprawności intelektualnej wymienia się: czynniki biologiczne, czynniki psychologiczne, czynniki społeczne i czynniki środowiskowe.

Czynniki biologiczne:

- endogenne:
 - a) zaburzenia chromosomowe,
 - b) choroby genetyczne,
 - c) zaburzenia metaboliczne;
- egzogenne (teratogeny). Teratogen to czynnik patogenezy, który może spowodować anomalie rozwojowe płodu. Do grupy teratogenów należą: leki, używki, promieniowanie jonizujące, związki chemiczne, infekcje wirusowe (cytomegalia, różyczka, opryszczka), niedobór witamin, hipertermia (przegrzanie organizmu matki), niktyna, alkohol, narkotyki, choroby przewlekłe matki, na przykład cukrzyca.

Czynniki psychologiczne, społeczne i środowiskowe to przede wszystkim: patologia więzi matki i dziecka, deficyt stymulacji poznawczej, patologia społeczna [4–6]. Czynnikiem odpowiedzialnym za niepełnosprawność intelektualną musi spełnić trzy kryteria. Kryterium 1 — pochodzenie wewnętrzne lub czynniki zewnętrzne. Kryterium 2 — czas występowania — czynniki występujące przed poczęciem uszkadzające gamety, czynniki działające w okresie embrionalnym i czynniki okołoporodowe. Kryterium 3 — jakość czynników zaburzających rozwój: czynniki toksyczne, promieniowanie jonizujące, stres, zamartwica, choroby dziedziczne, urazy mózgu [4–6]. Niepełnosprawność intelektualna stopnia umiarkowanego, znacznego oraz głębokiego jest zazwyczaj uwarunkowana jednoczynnikowo. Natomiast niepełnosprawność intelektualna lekkiego stopnia jest zazwyczaj uwarunkowana wieloczynnikowo przy współdziałaniu czynników genetycznych i środowiskowych [6]. Rozwój poznawczy osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną składa się na rozwój takich elementów

intelektu, jak: myślenie, uwaga, spostrzeganie, pamięć oraz mowa.

Myślenie

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną nie przekraczają stadium inteligencji sensomotorycznej, które u dzieci przypada na pierwsze 2 lata życia. W stadium tym dokonuje się „rewolucja intelektualna”, którą charakteryzują procesy takie jak konstrukcja kategorii przedmiotu i przestrzeni oraz przyczynowości i czasu działania. Analizując grupę osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną możemy wyróżnić trzy stadia rozwojowe [4, 7]:

- stadium I — osoby, które funkcjonują na poziomie pierwszego miesiąca życia,
- stadium II — osoby, które funkcjonują na poziomie rozwoju między drugim a dwunastym miesiącem życia,
- stadium III — osoby, które osiągnęły poziom funkcjonowania powyżej dwunastego miesiąca życia.

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną przechodzą z jednego stadium rozwoju do drugiego. Niektóre przez całe życie nie wychodzą poza stadium pierwsze lub drugie [4, 8].

Osobom z głęboką niepełnosprawnością intelektualną często towarzyszą inne schorzenia, takie jak: wady wzroku, słuchu, zaburzenia czucia i wiele innych. Znacznie utrudniają one proces rozwoju myślenia [4, 7].

Wyróżnia się sześć stadiów procesu rozwoju myślenia:

- **Stadium odruchów i ruchów spontanicznych** przypadające na pierwszy miesiąc życia dziecka. Dziecko w tym czasie korzysta z odruchów bezwarunkowych (odruchów ssania, chwytania) i doskonali je [4]. Pojawiają się automatyczne reakcje na bodźce pochodzące ze środowiska zewnętrznego. Pojęcie stałości przedmiotu jest jeszcze niewykształcone. Występuje egocentryzm i brak przyczynowości [9, 10].
- **Stadium pierwszych nawyków**. Obejmuje okres od drugiego do czwartego miesiąca życia dziecka. W tym stadium dziecko nabywa pierwsze nawyki poprzez pierwsze przystosowania nabyte i reakcję okrężną pierwotną, czyli ćwiczenia funkcjonalnie nabyte, będące kontynuacją ćwiczeń odruchowych, umożliwiające powstanie nowych schematów czuciowo-ruchowych [4]. Wtedy też powstają pierwsze odruchy warunkowe. W trzecim miesiącu życia dziecka następuje koordynacja między wzrokiem a słuchem. Dziecko intencjonalnie podąża za znanym sobie dźwiękiem, na przykład głosem matki. Pojawiają się schematy sensomotoryczne, czyli wyćwiczone i możliwe do uogólnienia wzorce działania, za pomocą których dzieci oddziałują na świat i go poznają, tym samym nadając mu znaczenie. W tym stadium zaobserwować można brak

- pojęcia przedmiotu, przedmiot jest określony jako zespół wrażeń sensomotorycznych wzrokowych, dotykowych i smakowych. Dziecko przyglądające się przedmiotom obserwuje w pierwszej kolejności ich ruch, spostrzegane obrazy uzyskują wartość poprzez powiązanie ich z bodźcami słuchowymi, dotykowymi, węchowymi i smakowymi [4, 9, 10]. U dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną obserwuje się takie zachowania, jak przebieganie palcami, postukiwanie klockiem bez zainteresowania się samym klockiem, na co wskazuje to, że po upuszczeniu klocka dziecko nie poszukuje go, lecz podejmuje inną, stereotypową czynność [4, 9, 10].
- **Stadium wtórnych reakcji kołowych.** Przypada między piątym a dziewiątym miesiącem życia dziecka. Wtedy zaczyna się koordynacja wzroku i ruchu chwytania [4]. Dziecko zaczyna interesować się światem zewnętrznym. Schematy ruchowe zaczynają być skierowane na zewnątrz ciała dziecka. Dziecko rozpoczyna chwytać i manipulować przedmiotami oraz następuje ruchowa identyfikacja przedmiotu — dziecko na widok przedmiotu wykonuje ruch odpowiadający jego wykorzystaniu. Pojawia się tak zwana przyczynowość magiczna — rozwinięte procedury ruchowe mogą być czasami niewłaściwie zastosowane. Dziecko potrafi odtwarzać interesujące go ruchy w celu uzyskania ich skutku [9, 10].
 - **Stadium koordynacji środków i celów.** Obejmuje czas od dziewiątego do dwunastego miesiąca życia dziecka, kiedy dochodzi do koordynowania ze sobą schematów czynnościowych, czyli następujących po sobie serii kolejnych celowych ruchów i stosowania ich w nowych sytuacjach [4]. Dziecko odróżnia środki i cele oraz potrafi zastosować znane schematy ruchowe w nowej sytuacji. Pojawia się ruchowa definicja przedmiotu — jako elementu do wykorzystania w jakimś celu, na przykład grzechotka — do potrząsania. Dziecko zaczyna rozumieć stałość kształtu i wielkości oraz pojawia się przewidywanie [9, 10].
 - **Stadium odkrywania nowych środków,** czyli różnicowanie znanych wzorców czynnościowych i wykrywanie nowych za pomocą czynnego eksperymentowania. Stadium to przypada na okres od dwunastego do osiemnastego miesiąca życia dziecka. W tym stadium występują reakcje okrężne trzeciego rzędu polegające na wytwarzaniu schematów ruchowych poprzez eksperyment [4]. Dziecko doświadcza przedmiotów poprzez oglądanie, podrzucanie i sprawdzając ich zachowania w nowych sytuacjach. Rozwiązuje problemy za pomocą prób i błędów. Pojawiają się także reakcje z podporą, takie jak ściągnięcie serwety w celu dotarcia do

przedmiotu znajdującego się na stole oraz załazek naśladownictwa odróżnicowanego, czyli powtarzanie ruchu pod nieobecność jego wzoru [9, 10].

- **Stadium inwencji dzięki nagłemu rozumieniu.** Stadium to występuje między osiemnastym a dwudziestym czwartym miesiącem życia dziecka, kiedy to następuje wymyślanie przez dziecko nowych metod rozwiązywania prostych problemów praktycznych za pomocą konstrukcji myślowych [4]. W tym stadium rozpoczyna się rozwój inteligencji przedstawieniowej, to znaczy zdolności do wewnętrznego przedstawienia przedmiotów i zdarzeń. Dziecko jest zdolne do wymyślenia nowych sposobów działania oraz do myślowego konstruowania możliwych rozwiązań problemów przez wykonanie w myślach kolejnych czynności. Dziecko posiada również umiejętność tworzenia prostych związków przyczynowo-skutkowych. Występuje też właściwa reakcja z podporą, na przykład intencjonalne użycie patyka do przesunięcia innego przedmiotu [4, 9, 10].

Ważnym elementem rozwoju poznawczego jest kształtowanie się pojęcia stałości przedmiotu. W tabeli 1 opisano zachowanie dziecka w kolejnych stadiach kształtowania się pojęcia przedmiotu [7].

Uwaga

Uwaga u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną jest mimowolna, krótkotrwała i charakteryzuje się dużą męczliwością. Jest ona także całkowicie zależna od czynników zewnętrznych. Pojawiają się częste zaburzenia związane z odruchem orientacyjnym [10], który polega na skierowaniu receptorów na źródło stymulacji. Jest on reakcją złożoną i w jego skład wchodzi trzy komponenty: komponenta ruchowa przejawiająca się w chwilowym zahamowaniu dotychczasowej aktywności; komponenta wegetatywna polegająca na wielu zmianach w organizmie (akcji serca, szybkości oddychania, szerokości źrenic) i komponenta elektroencefalograficzna — zmiana aktywności kory półkul mózgowych [8]. U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną odruch orientacyjny może przybierać różne formy. W niektórych przypadkach nie występuje w ogóle, czasem może pojawić się z opóźnieniem albo pozostać przetrwały. Dlatego należy uważnie obserwować osobę z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, aby ustalić stan występowania odruchu orientacyjnego. Jeśli jest obecny, konieczne jest określenie, jakie bodźce go wywołują, czy pojawia się bezpośrednio po zadziałaniu bodźca, czy z opóźnieniem i czy reakcje na bodziec nie są zbyt intensywne lub zbyt słabe. Ważne jest również, po ilu ekspozycjach odruch wygasa. W zależności od formy patologii odruchu orientacyjnego należy wdrożyć odpowiednie postępowanie rewalidacyjne [8].

Tabela 1. Zachowanie dziecka w kolejnych stadiach kształtowania się pojęcia stałości [7]

Table 1. Child's behavior in subsequent stages of permanence notion development [7]

Stadium	Wiek w miesiącach	Sukcesy	Porażki
I	0–2	Brak specyficznych zachowań występujących w odpowiedzi na znikanie przedmiotu	
II	2–4	Dziecko śledzi przedmiot znikający z pola widzenia. Potrafi śledzić przedmiot poruszający się z miejsca A na miejsce B	Nawet po zatrzymaniu przedmiotu kontynuuje śledzenie jego kierunku poruszania się. Poszukuje przedmiotu w starym miejscu nawet gdy widzi, że porusza się on w innym kierunku
III	4–6	Nie popełnia już charakterystycznych dla poprzedniego stadium błędów śledzenia. Potrafi odnaleźć częściowo ukryty przedmiot	Nie odnajduje zupełnie schowanego przedmiotu
IV	6–12	Odnajduje całkowicie schowany przedmiot	Poszukuje przedmiotu w miejscu, w którym znalazło go w poprzednich próbach, zupełnie ignorując miejsce w którym został obecnie na jego oczach ukryty
V	12–15	Dziecko nie popełnia już charakterystycznych dla poprzedniego stadium błędów położenia	Nie radzi sobie z przemieszczeniami niewidocznego przedmiotu
VI	15–18	Pełen sukces — dziecko odnajduje przedmiot niezależnie od tego, gdzie i w jaki sposób został ukryty	

Spostrzeganie

U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną występują częste zaburzenia analizatora wzroku i słuchu. Możliwe jest jednak odbieranie niektórych wrażeń, szczególnie tych związanych ze zmysłami bliskimi takimi jak węch, smak i dotyk. Istotne jest określenie poziomu integracji sensorycznej. Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną charakteryzują się zróżnicowanym progiem wrażliwości na bodźce różnej modalności oraz niskim progiem tolerancji na nadmiar stymulacji. Często u osób tych obecne są sensoryzmy — nietypowe preferencje dotyczące niektórych bodźców i tendencja do unikania pozostałych. Występuje także ograniczona zdolność do rozpoznawania bodźców, ich różnicowania i interpretowania [10].

Pamięć

U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną występuje pamięć motoryczna, percepcyjna, emocjonalna oraz pamięć proceduralna. Pamięć motoryczna dotyczy poszczególnych zdolności ruchowych, takich jak siadanie czy wstawanie. Pamięć percepcyjna charakteryzuje się rozpoznawaniem powtarzających się bodźców i ich układów. Pamięć emocjonalna to zapamiętanie emo-

cjonalnego znaczenia bodźców. Pamięć proceduralna występuje w wąskim zakresie, tylko u niektórych osób, odnosi się do prostych czynności, takich jak: chwycenie łyżki i podnoszenie jej na wysokość ust [10].

Mowa

Bardzo rzadko występuje u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną komunikacja słowna, czasami jednak pojawiają się pojedyncze słowa. Formy komunikowania się są głównie ekspresyjne i polegają na wymianie gestów, uśmiechów. Najczęściej osoby te porozumiewają się przez przedmiot. W komunikacji stosowany jest system symboli jednoznacznych oraz sygnały zapowiadające. Trudności w komunikacji mogą być przyczyną zachowań problemowych [7, 10].

Rozwój emocjonalno-społeczny osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną

W literaturze brakuje opracowań omawiających rozwój emocjonalno-społeczny osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Ta sfera funkcjonowania wydaje się pomijana. Należy jednak mieć świadomość, że osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną mają potrzebę kontaktu emocjonalnego z drugim człowiekiem

i mogą być zdolne do przeżywania podstawowych emocji w zależności od stopnia uszkodzenia mózgu. Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną są zdolne do reakcji emocjonalnej na najprostsze rodzaje bodźców, takie jak na przykład: bodźce o nieoczekiwaniu dużym natężeniu, niespodziewane bodźce w nowym otoczeniu, dotychczas niedoświadczane bodźce pojawiające się w bezpośredniej bliskości, ból nieustępujący po próbach jego eliminacji, nagła utrata równowagi. Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, z nieznanymi przyczynami, charakteryzują się małym zróżnicowaniem sygnałów afektywnych. Wśród prób wyjaśnienia tego zjawiska wymienia się: niezdolność do rozpoznawania doznań zmysłowych, brak rozumienia ich treści oraz obniżenie możliwości do wyrażania czytelnych sygnałów afektywnych. Reprezentacja emocji u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną funkcjonuje na poziomie obrazowym [7].

U pacjentów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną może wystąpić zespół ożywienia. Obserwuje się go u noworodków w wieku od 1,5 do 6 miesięcy i obejmuje on bezruch, uśmiech, wokalizację i pobudzenie ruchowe jako reakcja na bodziec wzrokowy. Wyróżnia się trzy etapy zaawansowania zespołu ożywienia:

- I. **Stadium reaktywne (1,5–3 miesiąc życia)** — dziecko na widok osoby dorosłej skupia na nim swoją uwagę. Początkowo adresowane do dziecka czynności dorosłego nie wpływają na jego zachowanie. Wraz ze wzrostem dziecka obraz ten zmienia się — zaczyna reagować na działanie dorosłego.
- II. **Stadium (3–3,5 miesiąc życia)** — dziecko zaczyna rozumieć, że jest adresatem zachowań dorosłego. Jego reakcje zaczynają być adekwatne do działań dorosłego.
- III. **Stadium (3,5–6 miesiąc życia)** — dochodzi do różnicowania zachowań dziecka będących reakcją na działania dorosłego. Stara się ono samo pobudzić osobę dorosłą do kontaktu [7].

U niektórych dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną zespół ożywienia nie występuje wcale lub pojawia się z opóźnieniem i często ma bardzo ubogą formę. Dlatego istotne jest określenie jakości zespołu ożywienia przed przystąpieniem do pracy terapeutycznej z dzieckiem [11].

U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną zaburzony jest rozwój społeczny. Osoby te rozumieją tylko proste, często powtarzające się sytuacje społeczne, w których biorą udział nie więcej niż dwie osoby, najczęściej jedną z tych osób są one same. Osoby te mają jednak ograniczoną samodzielność lub jej całkowity brak, co znacząco wpływa negatywnie na ich funkcjonowanie społeczne. W warunkach deficytu samodzielności

ważne jest, aby osoba z głęboką niepełnosprawnością intelektualną otrzymała wsparcie, aby umożliwić jej elementarne funkcjonowanie w społeczeństwie. Istotne jest poczucie bezpieczeństwa kontaktu oraz schematyczność sytuacji społecznych [8]. Należy zwrócić uwagę na fakt, że u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną często występuje brak samokontroli. Coraz częściej w tej populacji pacjentów obserwuje się również zaburzenia depresyjne [7].

Rozwój motoryczny osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną

W rozwoju motorycznym osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną można zauważyć duże zróżnicowanie w zakresie umiejętności motorycznych. Głębokiej niepełnosprawności intelektualnej towarzyszy prawie zawsze uszkodzenie neurologiczne. Istotny dla rozwoju motorycznego w tej grupie pacjentów jest tak zwany stan neurorozwojowy, który jest oceniany głównie poprzez umiejętności ruchowe małego dziecka. Pozwala on ustalić poziom rozwoju dziecka w stosunku do wieku kalendarzowego oraz stopnia nieprawidłowości [12]. Rozwój motoryczny człowieka przebiega w następującej kolejności:

- od głowy do nóg (kierunek kranio-kaudalny),
 - od odcinków proksymalnych do dystalnych,
 - od odruchów bezwarunkowych do reakcji odruchowo-warunkowych,
 - od ruchów dynamicznych do automatyzacji ruchów,
 - od reakcji masowych do ruchów pojedynczych,
 - od aktywności spontanicznej do ruchów celowych,
 - od ruchów prostych do złożonych,
 - od ruchów niezgrabnych do skoordynowanych [12].
- Cechy zaburzonego rozwoju dziecka w pierwszym miesiącu życia:
- ułożenie w pozycji żabiej (obniżenie napięcia mięśniowego) lub z głową odgiętą (wzmoczone napięcie mięśni),
 - ruchy ubogie lub obserwuje się nasilone drżenia ciała,
 - gałki oczne ustawione lub ruchome nieprawidłowo,
 - zaburzone napięcie osi głowa–tułów, opadanie głowy lub jej nadmierne usztywnienie,
 - zaburzenia odruchów lub ich brak [12].

Stan neurorozwojowy dziecka z głębokim upośledzeniem umysłowym w trzecim miesiącu życia cechuje się trudnością w wywołaniu reakcji emocjonalnych, nadwrażliwością na bodźce, brakiem umiejętności utrzymania głowy w ustawieniu przeciwważeniowym, ograniczeniem kątów odwodzenia ud i wyprostu w stawach kolanowych przy współistniejącej hipertonii mięśniowej lub nadmiernym zakresem ruchów w tych stawach przy współistniejącej hipotonii mięśniowej [12].

W szóstym miesiącu życia dziecko z zaburzoną stanem neurorozwojowym w przebiegu głębokiego upośledzenia umysłowego cechuje się małą ruchliwością lub obecnością ruchów nieprawidłowych (np. drżenia, asynergia), brakiem reakcji chwytania, ubóstwem reakcji emocjonalnych, obniżonym napięciem mięśniowym na osi głowa–tułów [12].

Dziecko z głębokim upośledzeniem umysłowym w dziewiątym miesiącu życia:

- nie umie chwycić przedmiotów, często zaciska ręce w pięść,
- nie umie odróżnić osób, które zna od tych, których nigdy wcześniej nie widziało,
- siedzi nie pewnie lub nie umie siedzieć,
- nie prezentuje reakcji spadochronowej [12].

W dwunastym miesiącu życia dziecko z głębokim upośledzeniem umysłowym bawi się w sposób stereotypowy, nie chodzi, ani nie raczkuje, ma przetrwałe odruchy

toniczne, nie interesuje się swoim otoczeniem. Natomiast w osiemnastym miesiącu życia dziecko to nie rozumie otrzymywanych poleceń, ma słabo rozwiniętą motorykę małą ręką i nie obserwuje się u niego synergizmu między kończynami górnymi i dolnymi [12].

Głęboka niepełnosprawność intelektualna prowadzi nie tylko do nieprawidłowego rozwoju poznawczego, ale praktycznie do zaburzeń każdej sfery życia chorego. Zagadnienie terapii pacjenta z głęboką niepełnosprawnością intelektualną jest domeną nie tylko psychiatrii. Obejmuje ono praktycznie wszystkie dziedziny medycyny. Pacjenci dotknięci tym problemem mogą w ograniczonym zakresie funkcjonować w swoim środowisku. Konieczne jest jednak, aby było ono prawidłowo dostosowane do ich potrzeb. Zatem nie tylko medycyna, ale również inne dziedziny nauki, umożliwiające zdobycie wiedzy i umiejętności służących poprawie jakości życia osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Streszczenie

Definicję głębokiej niepełnosprawności intelektualnej podają Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) oraz klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV). ICD-10 stwierdza, że głęboka niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się ilorazem inteligencji do 20 (osoby dorosłe mentalnie nie przekraczają 3. roku życia). Objawia się poważnymi ograniczeniami w sferze samoobsługi, komunikacji i mobilności. Klasyfikacja DSM-IV podaje, że głęboka niepełnosprawność intelektualna obejmuje od 1 do 2% osób z niepełnosprawnością intelektualną. Poziom IQ oscyluje poniżej 20–25. U większości osób ze zdiagnozowaną głęboką niepełnosprawnością intelektualną za ten stan odpowiada poważne uszkodzenie neurologiczne. Od wczesnego dzieciństwa osoby te wykazują znaczne upośledzenie funkcjonowania sensomotorycznego. Umiejętności ruchowe, samoobsługa oraz umiejętności komunikacyjne są znacznie obniżone. Stan neurorozwojowy pacjenta z głęboką niepełnosprawnością intelektualną znacząco odbiega od prawidłowego kształtowania się cech organizmu człowieka. Niektóre osoby mogą jednak w pewnym zakresie funkcjonować w ściśle nadzorowanym i chronionym środowisku.

Psychiatria 2014; 11, 4: 222–227

słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, rozwój emocjonalno-społeczny, rozwój motoryczny

Piśmiennictwo

1. Pużyński S., Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000: 189.
2. Wciórka J. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR wydane przez American Psychiatric Association. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008: 41.
3. Schalock R.L., Borthwick-Duffy S.A., Bradley V.J. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Eleventh Edition. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington DC 2010: rozdział 1.
4. Kirejczyk K. Upośledzenie umysłowe- pedagogika. Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981: 99–102.
5. Kościelak R. Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo. Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
6. Obuchowska I. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2008: 224–226.
7. Piszczek M. Diagnostyka i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2011: 46–66.
8. Piszczek M. Rozwój poznawczy we wczesnym dzieciństwie i funkcjonowanie osób głęboko upośledzonych umysłowo, cz. 1. Rewalidacja 2004; 2: 41–62.
9. Bee H. Psychologia rozwoju człowieka. ZYSK i SK-A, Poznań 2004.
10. Kopeć D. Metody rehabilitacji dzieci i młodzieży ze złożoną niepełnosprawnością. W: Dykcik W., Twardowski W. (red.). Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń. Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań 2004.
11. Piszczek M. Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnostyka, zasady terapii i ocena efektów zajęć. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006.
12. Dobrzańska A., Ryżko J. PEDIATRIA. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004.