

Beata Kowalewska^{1,2}, Łukasz Kowalewski², Mirosława Kierzkowska³, Wiktor Dróżdź¹

¹II Klinika Psychiatrii, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy,

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, Londyn, Wielka Brytania

³Szkoła Podstawowa nr 4 w Solcu Kujawskim

Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną w klasyfikacji DC-LD

Diagnostic criteria of mental disorders for adults with intellectual disability in DC-LD classification

Abstract

Diagnosing people with intellectual disability and additional mental health difficulties can be challenging. This paper looks at the current classifications of mental health disorders in the population with intellectual disability. Specifically designed for this population, the DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorder for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation) classification system is almost unknown in Poland. Therefore, our aim is to focus on this classification system in order to help physicians and psychologists who work with adult patients with intellectual disability.

Psychiatria 2019; 16, 4: 233–246

Key words: *intellectual disability, adults, mental disorders, classification*

Wstęp

Zadaniem każdej klasyfikacji jest uporządkowanie i u-systematyzowanie przedmiotów (danych, faktów, zjawisk) według przyjętych kryteriów. Im kryteria są bardziej jednoznaczne, precyzyjne i logiczne, tym klasyfikacja bardziej czytelna i przejrzysta [1].

W Polsce oraz w większości krajów Europy nadal obowiązuje 10. wersja systemu diagnostycznego zaburzeń psychicznych, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1990 roku — Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Classification of Diseases and Related Health Problems*). Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) stanowi inny, najbardziej znany i stosowany

na świecie, system diagnostyczno-klasyfikacyjny. Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że zarówno klasyfikacja zaburzeń psychicznych ICD-10, jak i DSM-V, mogą mieć ograniczone zastosowanie u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną (NI) [2–4].

Wytyczne *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) z września 2016 roku sugerują, aby w przypadku pacjentów ze znacznym i głębokim stopniem NI zastosować kryteria diagnostyczne DM-ID (*Diagnostic Manual-Intellectual Disability*) lub DC-LD (*Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorder for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation*), ponieważ są bardziej adekwatne dla tych pacjentów [5].

Klasyfikacja DC-LD została opracowana, ponieważ brakowało standaryzowanych kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych występujących u osób z NI. Stworzyli ją specjaliści psychiatrii z zakresu niepełnosprawności intelektualnej (*Intellectual Disability Psychiatry*) z Wielkiej Brytanii oraz Irlandii. Po raz pierwszy LC-DC

Adres do korespondencji:

Beata Kowalewska
II Klinika Psychiatrii CM UMK
ul. Skłodowskiej-Curie 27/29, 87-100 Toruń
Tel./ faks: 56 679 57 59
e-mail: beata.kowalewska@kcl.ac.uk

wydano w 2001 roku w *Royal College of Psychiatrist UK*. Klasyfikacja ta powstała z myślą o usystematyzowaniu i pomocy w diagnostyce chorób psychicznych i zaburzeń zachowania u osób dorosłych z NI szczególnie w stopniu znacznym i głębokim.

Gdy oceniano chorobowość punktową (*point prevalence*) zaburzeń psychicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną według różnych systemów klasyfikacyjnych, okazało się, że w przypadku diagnozy klinicznej wyniosła ona 40,9%, jeśli stosowano klasyfikację DC-LD — 35,2%, jeśli zastosowano kryteria ICD-10-DCR — 16,6%, a jeśli stosowano kryteria DSM-IV-TR — 15,7% [6]. Stwierdzone znaczne rozbieżności wskazują na potrzebę krytycznego podejścia do powszechnie używanych narzędzi diagnostycznych w odniesieniu do grupy dorosłych chorych z niepełnosprawnością intelektualną.

System DC-LD nie jest instrumentem przeznaczonym do prowadzenia wywiadu, jak również nie wyjaśnia etiologii chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną. To wyłącznie system klasyfikacyjny, zapewniający zoptymalizowane kryteria diagnostyczne w odniesieniu do szczególnej populacji pacjentów psychiatrycznych. Może mieć zastosowanie w praktyce klinicznej i diagnozowaniu pacjentów, jako narzędzie systematyzujące symptomatologię i pomagające w ustaleniu odpowiedniego planu leczenia oraz innych interwencji [2]. Za celowe uważa się przybliżenie go polskim klinicytom.

Klasyfikacja DC-LD została stworzona na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych ICD-10 i jest osiowa oraz, podobnie jak ICD-10, hierarchiczna, gdzie choremu przypisywany jest najwyższy szczebel w hierarchii zaburzeń.

W klasyfikacji DC-LD autorzy rozpatrują zaburzenia uwzględniające trzy odrębne osie:

- zaburzenia osi I — stopień niepełnosprawności intelektualnej;
- zaburzenia osi II — przyczyny niepełnosprawności intelektualnej;
- zaburzenia osi III — zaburzenia psychiczne, które dzielą się dodatkowo na poziomy A, B, C, D oraz E.

Zaburzenia osi I — stopień niepełnosprawności intelektualnej

Na zaburzenia osi I w DC-LD składa się stopień NI. W tabeli 1 przedstawiono główne kategorie klasyfikacji NI i odpowiadające im symbole w klasyfikacji ICD-10, DSM-IV oraz DSM-V. W klasyfikacji DC-LD autorzy rezygnują z określania występowania zaburzeń zachowania, które towarzyszą niepełnosprawności intelektualnej i są wyszczególnione w ICD-10.

Zaburzenia osi II — przyczyny niepełnosprawności intelektualnej

Zaburzenia osi II skupiają się na przyczynach niepełnosprawności intelektualnej. Autorzy DC-LD zwracają uwagę na przyczyny wyszczególnione w klasyfikacji ICD-10. Na przykład autorzy DC-LD podają zespół Pradera-Williego i związaną z nim żarłoczność, jako zaburzenia osi II. Jeżeli jednak przyczyna NI jest nieznaną, to występująca żarłoczność będzie klasyfikowana jako zaburzenia osi III. Autorzy zwracają również uwagę, że zespół Retta, sklasyfikowany jako całościowe zaburzenie rozwoju w klasyfikacji ICD-10, w DC-LD jest wyszczególniony jako genetyczna przyczyna niepełnosprawności intelektualnej.

Tabela 1. Klasyfikacja niepełnosprawności intelektualnej w DC-LD, ICD-10, DSM-IV oraz DSM-V

Table 1. Classification of intellectual disability according to DC-LD, ICD-10 and DSM-V

| Stopień niepełnosprawności intelektualnej DC-LD | Przedział ilorazu inteligencji IQ (wiek rozwojowy) | Kod ICD-10 | DSM-IV | DSM-V |
|---|---|------------|--------|---|
| Lekki | IQ 50–69 (9–12 lat) | F70.x | 317 | Niepełnosprawność intelektualna w DSM-V została sklasyfikowana jako całościowe zaburzenie rozwojowe |
| Umiarkowany | IQ 35–49 (6–9 lat) | F 71.x | 318.0 | |
| Znaczny | IQ 20–34 (3–6 lat) | F 72.x | 318.1 | |
| Głęboki | IQ poniżej 20 (< 3 lat) | F 73.x | 318.2 | |
| Inna niepełnosprawność intelektualna (<i>other learning disabilities</i>) | | F 78.x | - | Autorzy kładą nacisk na kliniczny komponent interpretacji ilorazu inteligencji, który obejmuje deficyty w funkcjonowaniu intelektualnym i adaptacyjnym, w obszarze koncepcyjnym, społecznym i praktycznym |
| Niesklasyfikowane | | F 79.x | 319 | |

Zaburzenia osi III — zaburzenia psychiczne

Zaburzenia osi III w klasyfikacji DC-LD zostały odpowiednio podzielone na pięć poziomów: A, B, C, D oraz E.

Zaburzenia poziomu A — całościowe zaburzenia rozwoju

Do zaburzeń poziomu A zalicza się autyzm wczesnodziecięcy (*autism childhood onset*) (IIIA 1.1) — w klasyfikacji ICD-10 kodowany symbolem F84.0, a w DSM-IV 299.0; autyzm o nieokreślonym początku (IIIA 1.2) — w ICD-10: F84.0, a w DSM-IV 299.0 oraz inne całościowe zaburzenia rozwoju (IIIA1.3).

Zaburzenia poziomu B — choroby psychiczne

Do poziomu B zalicza się choroby psychiczne, które podzielono na zespoły otępienne, oznaczone symbolami od IIIB1.1 do IIIB1.4, oraz inne zespoły otępienne uwzględnione w klasyfikacji ICD-10; majaczenie oznaczone symbolem IIIB2.1; zaburzenia psychotyczne oznaczone symbolem IIIB3; zaburzenia afektywne IIIB4; zaburzenia nerwicowe IIIB5; zaburzenia odżywiania IIIB6; oraz zaburzenia hiperkinetyczne IIIB7 (nadpobudliwość psychoruchową).

Zaburzenia psychotyczne — IIIB3

Z badań populacji australijskiej wynika, że u 31,7% populacji dorosłych z NI można zdiagnozować współistniejącą chorobę psychiczną [7]. Uważa się, że występowanie zaburzeń psychotycznych u osób dorosłych z NI jest większe niż w populacji ogólnej [8]. Pomimo ograniczeń dotychczasowych badań wykazano, że częstość występowania schizofrenii u dorosłych z NI wynosi 3,7–5,2% w zależności od badanej grupy kohortowej [7]. Dla porównania w populacji ogólnej częstość występowania schizofrenii szacuje się na 1% [9].

W DC-LD podkreśla się, że ograniczenia w możliwościach określenia psychopatologii u osób z NI mogą mieć istotny wpływ na możliwości diagnostyczne niektórych zaburzeń psychotycznych występujących w klasyfikacji ICD-10. Autorzy DC-LD do grupy zaburzeń psychotycznych zaliczają schizofrenię/zespoły urojeniowe o kodzie IIIB3.1, psychozy schizoafektywne (IIIB3.2xx), inne nieafektywne choroby psychotyczne o kodzie IIIB3.3 oraz inne choroby psychotyczne w klasyfikacji ICD-10.

Schizofrenia/zespół urojeniowy w klasyfikacji DC-LD obejmuje szersze spektrum zaburzeń urojeniowych kodowanych w ICD-10 jako F22, F23 oraz F24. Okres trwania objawów psychotycznych, niezbędnych do zdiagnozowania schizofrenii, został skrócony do 2 tygodni w porównaniu z miesiącem w klasyfikacji ICD-10. Niektórzy autorzy sugerują, że kryteria DC-LD powinny być stosowane w paraleli z ICD-10 oraz DSM-IV, gdy jest to możliwe [10].

W tabeli 2 przedstawiono kryteria DC-LC niezbędne do rozpoznania schizofrenii u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną.

Zaburzenia nastroju (afektywne) — IIIB4

Z badań wynika, że częstość występowania zaburzeń nastroju u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest zbliżona do częstości ich występowania w populacji ogólnej [11]. Z analizy literatury wynika, że na trudności w diagnozowaniu zaburzeń nastroju mogą mieć wpływ ograniczenia poznawcze, sensoryczne oraz motoryczne występujące u osób z NI [12].

Do zaburzeń nastroju w klasyfikacji DC-LD zostały zaliczone:

- IIIB4.1 — epizod depresyjny, epizod depresyjny w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, nawracające depresje;
- IIIB4.2 — epizod maniakalny, epizod maniakalny w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej;
- IIIB4.3 — epizod mieszany;
- IIIB4.4 — inne specyficzne zaburzenia nastroju (*other specified mood disorder*).

Autorzy DC-LD zwracają uwagę, że w procesie diagnostycznym należy uwzględniać zarówno informacje uzyskane od osoby badanej, jak również od osób z jej najbliższego otoczenia. Podkreślają, że zmiana zachowania/funkcjonowania pacjenta jest szczególnie ważna w celu określenia przyczyny występowania charakterystycznych symptomów oraz dalszej diagnostyki i leczenia. Podczas stawiania rozpoznania istotne jest stwierdzenie zmiany w aktualnym funkcjonowaniu w porównaniu ze stanem przedchorobowym.

Mechanizmy te są rozpatrywane na gruncie aktualnych ujęć teoretycznych funkcjonujących w psychologii i psychopatologii rozwojowej [12]. Nierzadko u osób z niepełnosprawnością intelektualną zmiany w stanie wewnętrznym są sygnalizowane przez pojawienie się problemów behawioralnych, na przykład zachowań agresywnych lub samouszkodzających [13].

W tabelach 3–5 przedstawiono kryteria DC-LD dla rozpoznania odpowiednio epizodu depresyjnego lub epizodu maniakalnego u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną.

Zaburzenia nerwicowe — IIIB5

Zakłada się, że zaburzenia nerwicowe występują w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną częściej w porównaniu z populacją ogólną. W zależności od klasyfikacji oraz kryteriów diagnostycznych użytych w badaniach częstość występowania zaburzeń nerwicowych waha się w granicach od 0,63% [14] do 57,3% [15]. Występowanie objawów zaburzeń lękowych oscyluje

Tabela 2. Kryteria DC-LD dla rozpoznania schizofrenii/zaburzenia urojeniowego u osób z niepełnosprawnością intelektualną**Table 2.** DC-LD diagnostic criteria for schizophrenia or delusional disorder

- A. Symptomy nie są spowodowane inną współistniejącą chorobą psychiczną (otępieniem, majaczeniem, epizodem depresyjnym, epizodem maniakalnym, stanem mieszanym), nie są spowodowane przez substancje psychoaktywne, alkohol lub inne choroby organiczne, na przykład zaburzenia hormonów tarczycy
- B. Kryteria dla zaburzeń schizoafektywnych nie są spełnione
- C. Co najmniej jeden z kryteriów 1, 2 lub 3 jest obecny
1. Co najmniej jeden symptom jest obecny przez większość dni, przez co najmniej 2 tygodnie:
 - a) głosy omamowe dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie
 - b) głosy omamowe pochodzące z innej części ciała
 - c) utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i zupełnie niemożliwa do zaistnienia np. pozostawanie w łączności z przybyszami z innego świata
 - d) echo myśli lub nasyłanie lub zabieranie myśli lub rozgłaszanie (odsłonięcie) myśli lub urojenia oddziaływania lub wpływu lub owładnięcia lub omamy słuchowe komentujące zachowanie pacjenta
 2. Co najmniej jeden z poniższych symptomów jest obecny przez większość czasu, przez ostatni miesiąc lub przez jakiś czas przez co najmniej miesiąc:
 - a) urojenia bez wyraźnej treści afektywnej
 - b) utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu
 3. Co najmniej dwa z poniższych objawów są obecne przez większość dni przez co najmniej dwa tygodnie:
 - a) urojenia bez wyraźnej treści afektywnej
 - b) utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu
 - c) symptomy katatoniczne: osłupienie lub giętkość woskową lub negatywizm lub nienaturalne postawy i pozycje ciała
 - d) objawy negatywne, na przykład: apatia, brak woli, spłylenie afektu, nastrój płytki i niedostosowany
 - e) myślenie zdeorganizowane

w zakresie od 6% [16] do 31% [17]. Trudności w diagnostyce chorób nerwicowych wzrastają proporcjonalnie do ciężkości NI [18].

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają mniejszy wgląd w swoje przeżycia, a zatem napotykać na trudności w sformułowaniu i wyrażaniu myśli [13]. Kryteria ICD-10 bazują głównie na subiektywnym opisie przeżyć pacjenta, co może być niewystarczające w przypadku zbierania wywiadu od osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Autorzy DC-LD dopuszczają do określenia rozpoznania symptomów, które zostały zaobserwowane przez inne osoby (opiekunowie, rodzina). Pozwala to na zdiagnozowanie oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia u osób z organicznymi możliwościami komunikacji werbalnej. Autorzy, zwracając uwagę na możliwości występowania odmiennej psychopatologii u osób z niepełnosprawnością intelektualną, wyodrębnili następujące zaburzenia lękowe:

- IIIB5.1x — agorafobia,
- IIIB5.2 — fobia społeczna,
- IIIB5.3 — fobie specyficzne,
- IIIB5.4 — zespół lęku napadowego (lęk paniczny),
- IIIB5.5 — zespół lęku uogólnionego,
- IIIB5.6 — inne zaburzenia lękowe,

- IIIB5.7 — inne zaburzenia lękowe w postaci fobii,
- IIIB5.8 — zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne,
- IIIB5.9 — ostra reakcja na stres,
- IIIB5.10 — zaburzenia adaptacyjne.

Agorafobia — IIIB.1

Występowanie agorafobii w populacji z niepełnosprawnością intelektualną szacuje się na 1,4% [19]. Zaburzenie to często współwystępuje z zespołem lęku panicznego i przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, *American Psychiatric Association*) do niedawna było diagnozowane łącznie. Klasyfikacja zaburzeń APA wyodrębniła zespół lęku panicznego z agorafobią, zespół lęku panicznego bez agorafobii i agorafobię bez historii zaburzenia panicznego. Dopiero najnowsza wersja klasyfikacji — DSM-V, wydana w maju 2013, traktuje te zaburzenia jako dwie odrębne jednostki [20].

Kryteria klasyfikacji DC-LD uwzględniają symptomy, których nie zgłasza pacjent, ale zostały one zaobserwowane przez jego rodzinę lub opiekunów. Dodatkowo w klasyfikacji kryterium występowania depersonalizacji/derealizacji zostało zastąpione występowaniem nadmiernej irytacji lub nadmiernym pobudzeniem ruchowym. W tabeli 6 przedstawiono kryteria diagnostyczne

Tabela 3. Kryteria DC-LD dla rozpoznania epizodu depresyjnego**Table 3.** DC-LD diagnostic criteria for depressive episode

| |
|--|
| <p>A. Symptomy są obecne prawie każdego dnia, przez co najmniej 2 tygodnie</p> <p>B. Występowanie symptomów nie jest spowodowane spożyciem substancji psychoaktywnych ani nie wynika z obciążeń organicznych, np. niedoczynności tarczycy</p> <p>C. Występowanie symptomów nie jest spowodowane wystąpieniem epizodu mieszanego lub choroby schizofrenicznej</p> <p>D. Wystąpienie symptomów jest wyraźne i odmienne od stanu przedchorobowego</p> <p>E. Występuje co najmniej jeden z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nastrój depresyjny (niezdolność do utrzymania nastroju charakterystycznego dla danej osoby przez cały dzień) lub nastrój drażliwy, który może prowadzić do agresji 2) zmniejszony zakres zainteresowań lub odczuwania przyjemności lub izolacja społeczna lub zaniedbywanie higieny (zmniejszenie skłonności do wykorzystywania funkcji samoobsługi; zanik funkcji samoobsługi; odmowa we współpracy z czynnościami samoobsługi wykonywanymi przez inne osoby) lub zmniejszenie ilości mowy/komunikacji <p>F. Wystąpienie poniższych symptomów w ilości dającej łącznie co najmniej cztery z kryteriów E i F:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ubytek energii, zmniejszenie aktywności 2) zmniejszenie pewności siebie lub zwiększenie starań w celu uzyskania wsparcia (<i>reassurance seeking</i>), występowanie lub zwiększenie lęków 3) zwiększona płaczliwość 4) wystąpienie lub zwiększenie częstości występowania objawów somatycznych/dolegliwości fizycznych (na przykład: zwiększenie skarg bólowych, nadmierne zaabsorbowanie objawami fizycznymi; powtarzające się wskazywanie na części ciała w celu sprawdzenia) 5) obniżona zdolność do koncentracji/łatwość dekoncentracji lub trudności w podejmowaniu decyzji 6) nasilenie zaburzeń zachowania 7) wystąpienie zahamowania lub poburzenia ruchowego 8) pojawienie się lub nasiloną utratę/zwiększenie apetytu 9) pojawienie się lub nasilenie zaburzeń snu (trudności w zasypianiu trwające co najmniej o 1 godzinę dłużej niż zazwyczaj; nocne budzenie z niemożnością ponownego zaśnięcia trwające o 1 godzinę dłużej niż zazwyczaj; i/lub wczesne budzenie się — co najmniej o 1 godzinę wcześniej niż zazwyczaj) |
|--|

dla rozpoznania agorafobii u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną.

Fobie społeczne — IIB5.2

Wyniki badań nie określają częstości zachorowań na fobie społeczne w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną [21]. Symptomy występujące w fobii społecznej zostały zauważone u osób zdiagnozowanych z zespołem łamliwego chromosomu X, gdzie u 60% badanych wystąpiły objawy niepewności, wycofania, unikania kontaktów społecznych [21].

Diagnoza fobii społecznej w klasyfikacji DC-LD opiera się na stwierdzeniu występowania poniższych symptomów, niewynikających bezpośrednio z innych zaburzeń lub schorzeń psychicznych i somatycznych (np. w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń w wydzielaniu hormonów tarczycy, stosowaniem używek);

- występowanie nieuzasadnionego lęku w znacznym nasileniu pojawiającego się w sytuacjach społecznych, na przykład takich, jak: jedzenie poza domem (w restauracji), udział w przyjęciach, imprezach, spotkania w pracy, gdzie uwaga innych skupiona jest na danej osobie. Może wystąpić unikanie powyższych sytuacji. Osoba opisuje występowanie strachu, że jej zachowanie może jej przynieść upokorzenie, zakłopotanie, zawstydzenie, iż inni będą ją wyśmiewać lub objawy wskazujące na występowanie lęków zostały zaobserwowane przez osoby trzecie (rodzina, opiekunowie);
- gdy osoba znajdzie się w sytuacji, która budzi lęk, lub gdy przewiduje, że takie zdarzenie nastąpi, musi wystąpić co najmniej jeden z następujących objawów:
 - 1) zaczerwienienie lub drżenie;
 - 2) wymioty, odruchy wymiotne lub strach przez wystąpieniem wymiotów;

Tabela 4. Kryteria DC-LD dla rozpoznania epizodu maniakalnego**Table 4.** DC-LD diagnostic criteria for manic episode

- A. Symptomy są obecne prawie każdego dnia przez co najmniej tydzień
- B. Występowanie symptomów nie jest spowodowane spożyciem substancji psychoaktywnych oraz nie jest konsekwencją występowania obciążeń organicznych, np. niedoczynności tarczycy
- C. Występowanie symptomów nie jest spowodowane wystąpieniem epizodu mieszanego lub choroby schizofrenicznej (które zajmują wyższe hierarchicznie miejsce w klasyfikacji)
- D. Wystąpienie symptomów jest wyraźne i odmienne od stanu przedchorobowego
- E. Nastroj podniesiony, ekspansywny lub drażliwy (drażliwość może być wyrażona poprzez agresję fizyczną lub werbalną w odpowiedzi na bodźce, które dotychczas nie wywoływały reakcji; zmniejszona tolerancja)
- F. Wystąpienie co najmniej trzech z poniższych symptomów:
 - 1) zwiększenie energii i aktywności oraz zazwyczaj wyraźnie wzmożone samopoczucie dotyczące wydolności fizycznej
 - 2) wielomówność (*pressure of speech*) lub nasilone wydawanie dźwięków
 - 3) gonitwa myśli (*flights of ideas*)
 - 4) zwiększona liczba kontaktów z otoczeniem, spoufalanie się, wzmożenie popędu seksualnego
 - 5) zmniejszona potrzeba snu (to jest skrócenie czasu snu o co najmniej godzinę niż zwykle)
 - 6) zawyżona samoocena (pewność siebie)/idee wielkościowe
 - 7) zmniejszenie zdolności w utrzymaniu uwagi/roztargnienie
 - 8) zachowania lekkomyślne (*reckless behaviour*), osłabienie osądu, zachowania nieadekwatne do sytuacji oraz niezgodne z charakterem pacjenta, np. wzmożone wydawanie pieniędzy, rozdawanie przedmiotów osobistych, stawianie siebie w sytuacjach niebezpiecznych
 - 9) wzrost libido i zachowań seksualnych niezgodnych z charakterem pacjenta (na przykład masturbacja w miejscach publicznych, inne zachowania seksualne, niecharakterystyczne dla osoby)

Tabela 5. Kryteria DC-LD dla rozpoznania epizodu mieszanego**Table 5.** DC-LD diagnostic criteria for mixed affective episode

- A. Symptomy są obecne prawie każdego dnia przez co najmniej 2 tygodnie
- B. Występowanie symptomów nie jest spowodowane spożyciem substancji psychoaktywnych oraz nie są konsekwencją występowania obciążeń organicznych np. niedoczynności tarczycy
- C. Kryteria dla zaburzeń schizofrenicznych nie są spełnione
- D. Wystąpienie symptomów jest wyraźne i odmienne od stanu przedchorobowego
- E. Występowanie chwiejnego nastroju (tj. zwiększenie rozchwiania objawiające się jako gwałtowna zmiana pomiędzy stanem depresji a nastrojem podniesionym, ekspansywnym lub drażliwym). Gwałtowna zmiana odnosi się do zmiany nastroju występującej w przeciągu kilku minut do kilku godzin
- F. Symptomy/objawy występujące podczas epizodu muszą spełnić jednocześnie powyższe kryteria dla epizodu depresyjnego (IIIB4.1) oraz epizodu maniakalnego (IIIB4.2)

Autorzy zwracają uwagę, aby zamiast stanu mieszanego używać diagnozy: choroba afektywna dwubiegunowa, epizod mieszany, jeżeli wcześniej pacjent spełniał kryteria dla epizodu depresyjnego, maniakalnego lub mieszanego wg kryteriów DC-LD

Zaleca się również używanie diagnozy choroba afektywna dwubiegunowa, obecnie w remisji, jeżeli pacjent nie ujawnia żadnych wyraźniejszych zaburzeń, lecz wcześniej spełniał kryteria DC-LD dla co najmniej dwóch zaburzeń afektywnych oraz jeden z nich był epizodem maniakalnym lub mieszanym

- 3) strach przed pilną potrzebą skorzystania z toalety w celu oddania moczu lub kału (parcie na mocz lub stolec), lub strach przed niekontrolowanym oddaniem moczu lub stolca;

— dodatkowo pojawiają się co najmniej dwa z poniższych objawów:

- 1) palpacje lub czerwienie się lub przyspieszone bicie serca,

Tabela 6. Kryteria DC-LD dla rozpoznania agorafobii**Table 6. DC-LD diagnostic criteria for agoraphobia**

- A. Symptomy nie wynikają bezpośrednio z innych zaburzeń lub schorzeń psychicznych i somatycznych (np. w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń wydzielania hormonów tarczycy, spożywaniem używek)
- B. Występowanie nieuzasadnionego lęku o znacznym nasileniu w co najmniej dwóch sytuacjach:
- 1) przebywanie w tłumie
 - 2) miejsca publiczne (na przykład sklepy, kino)
 - 3) środki transportu (pociąg, samolot, autobus)
 - 4) opuszczanie domu
- Alternatywnie — pacjent unika powyższych sytuacji
- C. Gdy osoba znajdzie się w sytuacji, która budzi lęk, lub gdy przewiduje takie zdarzenie, występują co najmniej dwa z następujących objawów:
- 1) palpacje lub czerwienienie się lub przyspieszone bicie serca
 - 2) nadmierna potliwość
 - 3) drżenie
 - 4) suchość w ustach (często pod postacią ciągłego proszenia o coś do picia)
 - 5) trudności w oddychaniu (hiperwentylacja)
 - 6) ból w klatce piersiowej lub odczuwalny dyskomfort
 - 7) nudności, wymioty lub uczucie dyskomfortu w żołądku
 - 8) zawroty głowy
 - 9) uderzenia gorąca lub zimna
 - 10) niepokój
 - 11) irytacja z powodu lęku (może pojawić się agresja słowna i fizyczna w sytuacjach powodujących lęk)

- 2) nadmierna potliwość,
- 3) drżenie,
- 4) suchość w ustach (ciągłe proszenie o coś do picia),
- 5) trudności w oddychaniu (hiperwentylacja),
- 6) ból w klatce piersiowej lub odczuwalny dyskomfort,
- 7) nudności, wymioty lub uczucie dyskomfortu w żołądku,
- 8) zawroty głowy,
- 9) uderzenia gorąca lub zimna,
- 10) niepokój,
- 11) irytacja z powodu lęku (może pojawić się agresja słowna i fizyczna w sytuacjach powodujących lęk).

Fobie specyficzne — IIIB5.3

Zasadniczo fobią specyficzną (inaczej prostą, izolowaną) określa się zaburzenie objawiające się trwałym, nieuzasadnionym, nieproporcjonalnym lękiem, który pojawia się podczas kontaktu z konkretnym przedmiotem, osobą, zwierzęciem lub zjawiskiem [20].

Według badań prowadzonych przez Cooper [19] 6,8% populacji z NI w wieku pomiędzy 20–64 lata cierpiało na fobie specyficzne inne niż agorafobia. Niewiele jest

artykułów na temat diagnostyki i występowania fobii specyficznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Najczęściej można doszukać się tylko opisów przypadków i serii przypadków, które sugerują występowanie fobii specyficznych u osób z NI [22–24].

Lęk paniczny — IIIB5.4

Warunkiem rozpoznania lęku panicznego w klasyfikacji ICD 10 jest wystąpienie oraz opisanie przez osobę chorą objawów fizycznych związanych z występowaniem lęku. W populacji osób z NI trudności werbalne uniemożliwiają komunikację objawów psychicznych, dlatego klasyfikacja DC-LD umożliwia zdiagnozowanie lęku panicznego, jeżeli objawy somatyczne zostaną zaobserwowane przez osoby z najbliższego otoczenia (rodziców, opiekunów). Objawy psychopatologiczne, takie jak depersonalizacja i derealizacja, zostały pominięte w klasyfikacji DC-LD ze względu na trudności w komunikacji występujące u osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Lęk uogólniony — IIIB5.5

Z badań wynika, że 1,7% populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną cierpi na zespół lęku uogólnionego [25]. Lęk uogólniony, w przeciwieństwie do lęku napadowego, określa się jako wolnopłynący, trwający długi

czas, tj. niemal codziennie przez co najmniej pół roku. Występuje niezależnie od sytuacji. Osoba doświadcza nadmiernych lęków i obaw o codzienne sprawy. Osoba może zgłaszać powyższe odczucia lub zachowanie lękowe jest zaobserwowane przez jej opiekunów. Dodatkowo występuje co najmniej jeden z objawów somatycznych występujących w fobiach.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne — IIIB5.8

Do zaburzeń lękowych zalicza się również zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Szacuje się, że częstość występowania tych zaburzeń w populacji osób z NI wynosi 3,5% [21]. W rozpoznaniu zaburzeń kompulsyjnych trudności sprawia opis obsesji jako myśli pochodzenia egodystonicznego, dostarczany przez osobę chorą. Kompulsje są z reguły łatwe do zaobserwowania przez osoby z najbliższego otoczenia. W tabeli 7 przedstawiono kryteria diagnostyczne zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną.

Podsumowując, kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych DC-LD umożliwiają rozpoznanie zaburzenia na podstawie objawów zaobserwowanych przez osoby opiekujące się osobą niepełnosprawną intelektualnie. Mniejszy nacisk kładzie się na subiektywną ocenę stanu wewnętrznego. Niektóre objawy psychopatologiczne, jak depersonalizacja i derealizacja, zostały pominięte w klasyfikacji DC-LD ze względu na trudności w komunikacji występujące u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Podkreśla się znaczenie występowania objawów behawioralnych, jak również istotę zmiany w zachowaniu osoby chorej. Ważne jest również określenie wpływu występujących objawów na

funkcjonowanie w środowisku i wykonywanie dotychczasowych czynności przez osobę chorą.

Zaburzenia odżywiania — IIIB6

W klasyfikacji DC-LD zaburzenia odżywiania również należą do zaburzeń osi III. Wyniki badań dowodzą, że 2–35% osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną jest otyłych (BMI [*body mass index*] > 30), oraz około 5–43% osób jest niedożywionych (BMI < 17) [26]. Pojęcie zaburzeń odżywiania implikuje negatywny wpływ ich psychopatologii na stan psychiczny i fizyczny jednostki (wliczając masę ciała) oraz jej funkcjonowanie w społeczeństwie (WHO [*World Health Organization*] 1992; APA 1994). Biorąc po uwagę współwystępowanie wielu potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych u osób z NI oraz występowanie kompleksowej psychopatologii zaburzeń odżywiania, ryzyko pojawienia się zjawiska zacięnienia diagnostycznego podczas diagnozy osób dorosłych z NI i zaburzeniami odżywiania jest znaczne [27]. Uważa się, że na przykład w zespole Pradera-Willego uwarunkowania biologiczne związane ze złym funkcjonowaniem ośrodka sytości prowadzą do niekontrolowanego objadania się, poszukiwania jedzenia, jak również kradzieży jedzenia lub pica [28]. Podczas diagnozowania trudności może sprawiać uzyskanie zarówno informacji werbalnych, odnośnie do postrzegania własnej wagi od osoby niepełnosprawnej intelektualnie, jak i ocena występowania zachowań prowadzących do utraty wagi.

Zaburzenia odżywiania według klasyfikacji DC-LD:

- IIIB6.1 — jadłowstręt psychiczny,
- IIIB6.2 — żarłoczność psychiczna,

Tabela 7. Kryteria DC-LD rozpoznawania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Table 7. DC-LD diagnostic criteria for obsessive compulsive disorder

- A. Występowanie obsesji i/lub kompulsji przez większość dni, przez co najmniej dwa tygodnie lub dłużej
- B. Objawy nie wynikają z występowania jednocześnie innych schorzeń (napadów paniki, zaburzeń psychotycznych, zaburzeń depresyjnych), zażywania substancji odurzających lub innych chorób fizycznych
- C. Obsesje (natrętne myśli, obrazy lub wyobrażenia) oraz kompulsje (czyli natrętne czynności, takie jak: porządkowanie, mycie, czyszczenie, sprawdzanie), które posiadają następujące cechy:
 - 1) są uznane za własne myśli
 - 2) są powtarzające się i niemożliwe do pohamowania przez chorego
 - 3) są przeżywane w sposób przykry i są bezcelowe, oraz wykonanie czynności kompulsyjnej nie sprawia pacjentowi radości (uczucie czasowego spadku napięcia nie powinno być mylone z odczuwaniem przyjemności)
 - 4) pacjent często próbuje opierać się wykonaniu czynności kompulsyjnej, jednak próba niewykonania czynności kompulsyjnej może nie występować, jeżeli choroba występuje przez długi czas
 - 5) zaburzenia te prawie zawsze łączy się z lękiem, który nasila się przy próbach zaniechania czynności przymusowej
- D. Obsesje lub kompulsje powodują stres lub utrudniają funkcjonowanie osoby chorej, zazwyczaj poprzez spędzanie czasu na wykonywaniu czynności kompulsyjnych

- IIB6.3 — zaburzenia jedzenia z napadami objadania się (BED, *binge eating disorder*),
- IIB6.4 — przejadanie się związane z czynnikami psychologicznymi,
- IIB6.5 — wymioty związane z czynnikami psychologicznymi,
- IIB6.6 — psychogenna utrata łaknienia,
- IIB6.7 — selektywność jedzenia/odmowa jedzenia i picia,
- IIB6.8 — zespół przeżuwania (*food rumination/ regurgitation disorder*),
- IIB6.9 — zaburzenia typu pica,
- IIB6.10 — przeżuwanie i wypluwanie jedzenia (*excessive chewing/spitting out food disorder*).

W tabelach 8–10 opisano odpowiednio kryteria diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego, bulimii oraz BED u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną. Diagnoza pozostałych zaburzeń odżywiania (tj.: przejadania się związanego z czynnikami psychologicznymi, wymiotów związanych z czynnikami psychologicznymi, psychogennej utraty apetytu, selektywności jedzenia, zespołu przeżuwania, zaburzenia typu pica, przeżuwanie i wypluwanie jedzenia i picia) opiera się na stwierdzeniu wystąpienia symptomów, nie wynikających z obecności innej choroby psychicznej (zaburzeń psychotycznych, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych). Bezpośrednią przyczyną występowania symptomów jest działanie zidentyfikowanego czynnika psychologicz-

Tabela 8. Kryteria diagnostyczne DC-LD dla jadłowstrętu psychicznego

Table 8. DC-LD diagnostic criteria for anorexia nervosa

- A. Występowanie symptomów nie jest wynikiem występowania innej choroby psychicznej (zaburzeń psychotycznych, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych)
- B. Żarłoczność (objadanie się przez co najmniej 2 godziny) nie występuje, lub pojawia się o częstotliwości mniejszej niż dwa razy w tygodniu, przez co najmniej trzy miesiące
- C. Występuje znaczący spadek masy ciała lub trudności z przybieraniem na wadze pomimo niskiej wagi wyjściowej; BMI 17.5 lub niższe
- D. Co najmniej dwa z poniższych symptomów są obecne:
 - 1) dążenie do utraty wagi poprzez unikanie spożywania produktów bogatych w cukry, produktów bogatych w skrobię, spożywania węglowodanów, produktów bogatych w białko i innych pokarmów wysokotłuszczowych
 - 2) prowokowanie wymiotów i/lub nadużywanie środków przeczyszczających i/lub częste wyczerpujące ćwiczenia fizyczne i/lub stosowanie leków moczopędnych lub innych środków wspomagających odchudzanie
 - 3) zaburzone postrzeganie proporcji własnego ciała (na przykład postrzeganie siebie jako osoby otyłej) i/lub lęk przed otyłością i/lub wyznaczenie sobie niskiego limitu masy ciała
 - 4) zaburzenia hormonalne; u kobiet — brak miesiączki lub spadek zainteresowania seksem lub zaburzenia wzrodu u mężczyzn

Tabela 9. Kryteria diagnostyczne DC-LD dla rozpoznania bulimii

Table 9. DC-LD diagnostic criteria for bulimia nervosa

- A. Występowanie symptomów nie jest wynikiem obecności innej choroby psychicznej (zaburzeń psychotycznych, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych)
- B. Żarłoczność (objadanie się przez co najmniej 2 godziny) pojawia się co najmniej dwa razy w tygodniu przez co najmniej trzy miesiące
- C. Unikanie przybierania na wadze poprzez prowokowanie wymiotów i/lub nadużywanie środków przeczyszczających i/lub głodówki i lub używanie środków hamujących apetyt, środków moczopędnych, hormonów tarczycy lub innych środków odchudzających
- D. Obecny co najmniej jeden z poniższych symptomów:
 - 1) przewlekłe powtarzające się myśli, nadmierne skupienie uwagi, rytuały wokół jedzenia i/lub spożywania posiłków
 - 2) zaburzone postrzeganie proporcji własnego ciała (na przykład postrzeganie siebie jako osoby otyłej) i/lub lęk przed otyłością i/lub wyznaczenie sobie niskiego limitu masy ciała
 - 3) występowanie jadłowstrętu psychicznego w wywiadzie

Tabela 10. Kryteria diagnostyczne DC-LD dla zaburzeń z napadami objadania się**Table 10.** DC-LD diagnostic criteria for binge eating disorder

- A. Występowanie symptomów nie jest wynikiem obecności innej choroby psychicznej (zaburzeń psychotycznych, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych)
- B. Napady objadania się (objadanie się przez co najmniej 2 godziny) pojawiają się co najmniej dwa razy w tygodniu przez okres co najmniej sześciu miesięcy
- C. Osoba chora nie stara się uniknąć przybierania na wadze poprzez prowokowanie wymiotów i/lub nadużywanie środków przeczyszczających i/lub głodówki i/lub używanie środków hamujących apetyt, środków moczopędnych, hormonów tarczycy lub innych środków odchudzających lub intensywny wysiłek fizyczny
- D. Napady objadania się spełniają co najmniej trzy z poniższych kryteriów:
- 1) jedzenie szybciej niż zazwyczaj
 - 2) jedzenie, dopóki osoba poczuje się niekomfortowo syta
 - 3) objadanie się nawet, gdy nie występuje poczucie głodu
 - 4) osoba odczuwa obrzydzenie do samej siebie, przygnębienie lub poczucie winy po epizodzie objadania się
- E. Osoba opisuje brak kontroli nad ilością spożytych pokarmów w trakcie epizodu lub utrata kontroli jest zaobserwowana przez otoczenie
- F. Osoba jest zdenerwowana po epizodzie napadowego objadania się lub jej zachowanie zaobserwowane przez osoby trzecie na to wskazuje

nego, na przykład: żaloby, traumatycznego przeżycia, przemocy fizycznej, przemocy psychicznej lub innych zmian życiowych.

Dla rozpoznania przejadania się związanego z czynnikami psychologicznymi dodatkowo symptomy muszą występować przez okres co najmniej trzech miesięcy oraz musi występować otyłość, ze wskaźnikiem BMI powyżej 30.

Dla stwierdzenia wymiotów o podłożu psychologicznym dodatkowo potrzebne jest stwierdzenie występowania powtarzających się wymiotów przez okres co najmniej trzech miesięcy. Ponadto zaburzenie wymaga interwencji medycznej.

Dla rozpoznania psychogennej utraty łaknienia dodatkowo potrzebne jest stwierdzenie wystąpienia utraty apetytu przez okres co najmniej trzech miesięcy z zaobserwowanym spadkiem masy ciała.

Kryteria diagnostyczne DC-LD picy opierają się na stwierdzeniu:

- występowania symptomów niewynikających ze współistnienia innej choroby psychicznej (zaburzeń psychotycznych, epizodu depresyjnego, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych);
- powtarzającego się co najmniej dwa razy w tygodniu spożywania produktów nieżywnościowych (spaczone łaknienie) przez okres co najmniej trzech miesięcy;
- powtarzającego się spożywania substancji nieżywnościowych, na przykład papieru, farby, mydła, kurzu, materiałów surowych/zamrożonych pokarmów, co musi być niezgodne ze środowiskiem kulturowym osoby chorej.

Zaburzenia hiperkinetyczne — IIIB7 (nadpobudliwość psychoruchowa)

W klasyfikacji DC-LD zaburzenia hiperkinetyczne zostały podzielone w zależności od wystąpienia pierwszych objawów na:

- IIIB7.1 — zespół nadpobudliwości psychoruchowej z początkiem w dzieciństwie,
 - IIIB7.2 — zespół nadpobudliwości psychoruchowej o nieznanym początku.
- Uważa się, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*) występuje częściej u osób z NI niż w populacji ogólnej [29]. Diagnoza zespołu nadpobudliwości psychoruchowej u osób dorosłych jest trudna. Z badań wynika, że częstość występowania ADHD w populacji osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną wynosi 19,6%. Uważa się, że im wyższy stopień NI, tym częstsze objawy nadpobudliwości psychoruchowej [29]. Etiologia częstszego występowania nadpobudliwości psychoruchowej u osób z NI może być tłumaczona wieloma czynnikami. Przyczyna genetyczna wyjaśnia występowanie ADHD w niektórych określonych mutacjach genetycznych jako część fenotypu [30].

W zespole Smith-Magenis w 75% przypadków stwierdzono występowanie zachowań hiperaktywnych [31]. Okołoporodowe uszkodzenia mózgu uważa się za częstą przyczynę występowania NI. Wiąże się je również z częstszym występowaniem nadpobudliwości psychoruchowej. Osoby niepełnosprawne intelektualnie są narażone na zwiększone ryzyko występowania napadów padaczkowo-

wych. Przegląd piśmiennictwa podaje, że padaczka jest najczęstszą chorobą przewlekłą u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, z częstością występowania około 22% [32]. Występowanie napadów drgawkowych wiąże się z częstszym występowaniem objawów nadreaktywności psychoruchowej [30]. Związek między ADHD a czynnikami socjoekonomicznymi (takimi jak niski status materialny, rozwód rodziców, zaniedbanie, stosowanie przemocy w dzieciństwie) nie jest jasny [33].

Diagnoza nadpobudliwości psychoruchowej z początkiem w dzieciństwie oraz o nieznanym początku, na podstawie kryteriów DC-LD u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, opiera się na stwierdzeniu występowania poniższych symptomów:

- pojawienie się symptomów chorobowych przed 7. rokiem życia (dla diagnozy nadpobudliwości psychoruchowej z początkiem w dzieciństwie) lub wiek, w którym wystąpiły objawy nie jest znany, jednak istnieją dowody, że symptomy trwają długo, lub z dokumentacji medycznej wynika, że są długotrwałe — dla diagnozy nadpobudliwości psychoruchowej o nieznanym początku;
- symptomy nie są spowodowane występowaniem innej choroby psychicznej, stosowaniem substancji odurzających lub występowaniem choroby fizycznej;
- występuje brak wytrwałości w realizacji zadań wymagających zaangażowania poznawczego, tendencja do przechodzenia od jednej aktywności do drugiej bez ukończenia żadnej, zachowania te nie są wynikiem ogólnego poziomu inteligencji i stopnia niepełnosprawności intelektualnej;
- działania impulsywne i niecierpliwie, bez przemyślenia potencjalnych konsekwencji swojego zachowania; zachowania te nie są wynikiem stopnia niepełnosprawności intelektualnej;
- niekontrolowana, nadmierna aktywność, niemożność pozostania w spoczynku, często łatwa do zaobserwowania, gdy osoba chora siedzi;
- zaburzenia występują w różnych sytuacjach/środowiskach oraz występują od dłuższego czasu.

Przy diagnozowaniu zaburzeń ruchowych oraz tików autorzy DC-LD sugerują oparcie diagnozy na kryteriach wyszczególnionych w ICD-10, które opisano w rozdziale zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Zaburzenia te często utrzymują się do wieku dorosłego. System DC-LD odwołuje się do ICD-10 w przypadku rozważania diagnozy:

- tików przemijających,
- przewlekłych tików ruchowych lub wokalnych,
- zespołu tików ruchowych i wokalnych,
- innych tików,

- tików nieokreślonych,
- stereotypii.

Zaburzenia poziomu IIIC — zaburzenia osobowości

Do zaburzeń poziomu C zalicza się zaburzenia osobowości. Rozpoznanie zaburzeń osobowości jest ważnym etapem diagnozowania, gdyż pozwala to ustalić odpowiedni plan leczenia. Ze względu na ograniczenia i trudności w diagnozowaniu pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną istnieje duża rozbieżność w literaturze odnośnie do częstości występowania tych zaburzeń, wahająca się w granicach 1–92% w zależności od badanej populacji [34].

Autorzy DC-LD sugerują diagnozowanie zaburzeń osobowości tylko po wykluczeniu zaburzeń osi I, II oraz III poziomów A i B. Autorzy podkreślają, że u osób z NI w stopniu znacznym i głębokim możliwości rozpoznania zaburzeń osobowości są minimalne. W klasyfikacji ICD-10 wiek minimalny umożliwiający zdiagnozowanie zaburzeń osobowości to 17 lat. System DC-LD pozwala na zdiagnozowanie zaburzeń osobowości w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 21. roku życia.

Uwzględnione zaburzenia osobowości w klasyfikacji DC-LD:

- IIIC1.1 — zaburzenie osobowości, nieokreślone,
- IIIC1.2 — osobowość paranoiczna,
- IIIC1.3 — osobowość dysocjalna,
- IIIC1.4 — osobowość niestabilna emocjonalnie — typ impulsywny,
- IIIC1.5 — osobowość niestabilna emocjonalnie — typ borderline,
- IIIC1.6 — osobowość histrioniczna,
- IIIC1.7 — osobowość anankastyczna,

Autorzy klasyfikacji DC-LD rekomendują unikanie diagnozowania u osób z NI osobowości schizoidalnej, lękliwej oraz zależnej. Ogólcie kryteria DC-LD dla rozpoznania zaburzeń osobowości (nieokreślonej) są następujące:

- symptomy obejmują znaczne różnice w sposobie myślenia i zachowania osoby z zaburzeniami w porównaniu z przyjętymi normami w danej kulturze; obejmują one zaburzenia w sposobie odbioru, myślenia, odczuwania, a zwłaszcza kontaktów z innymi osobami;
- zaburzenia nie są bezpośrednią konsekwencją stopnia niepełnosprawności intelektualnej, wynikiem występowania całościowych zaburzeń rozwoju, innej choroby psychicznej, przyjmowania substancji odurzających lub innej choroby;
- zaburzenia pojawiają się już w okresie dzieciństwa lub pokwitania i utrzymują w wieku dojrzałym;

- cechy charakterystyczne są przewlekłe, trwałe i zazwyczaj obejmują kilka wymiarów osobowości, prawie zawsze skojarzonych z odczuwaniem znacznej przykrości osobistej i zerwaniem więzi społecznych;
- często, choć nie zawsze, wiążą się one z różnego stopnia napięciem indywidualnym i/lub z napięciem osób przebywających w towarzystwie danej osoby;
- występowanie zaburzeń wiąże się z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym;
- osoba powinna ukończyć co najmniej 21 lat.

Aby zdiagnozować zaburzenia osobowości, wymienione w IIC1.2–IIC1.7 powyższe kryteria muszą być zawsze spełnione.

Zaburzenia poziomu IIID — zaburzenia zachowania/problemy behawioralne

Do zaburzeń poziomu D zalicza się problemy behawioralne. Problemy behawioralne mogą mieć różną naturę, szeroki zakres oraz być rezultatem uwarunkowań społecznych lub wynikać bezpośrednio ze stanu chorobowego. Częstość występowania zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną waha się od 10–15% [35] do 15–30% [36]. Autorzy DC-LD podkreślają, że niektóre problemy zachowania, szczególnie te o niewielkim stopniu i nieczyniące zbytnej szkody pacjentowi i jego otoczeniu, mogą wystąpić u każdej osoby z niepełnosprawnością intelektualną i nie powinny być rozważane w klasyfikacji problemów psychiatrycznych DC-LD [37].

Dla rozpoznania zaburzenia zachowania w klasyfikacji DC-LD muszą zostać spełnione następujące warunki:

- problem behawioralny występuje istotnie często, ma duże nasilenie, posiada chroniczny charakter, jak również wymaga klinicznej konsultacji i specjalistycznej interwencji/wsparcia;
- problem behawioralny nie może być konsekwencją istnienia innych zaburzeń psychicznych, fizycznych lub uzależnienia;
- problem behawioralny musi mieć negatywny wpływ na jakość życia osoby lub jakość życia innych osób w najbliższym otoczeniu, lub musi stanowić ryzyko dla zdrowia i/lub bezpieczeństwa osoby i/lub otoczenia;
- problem behawioralny jest trwały, powtarzający się w różnych sytuacjach, niekiedy może pojawić się z większym lub mniejszym nasileniem.

Klasyfikacji DC-LD opisuje następujące problemy behawioralne:

- IIID1.1 — ogólne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń zachowania,
- IIID1.2 — agresję werbalną,
- IIID1.3 — agresję fizyczną,

- IIID1.4 — zachowania destrukcyjne,
- IIID1.5 — zachowanie samouszkodzające,
- IIID1.6 — zachowanie seksualnie nieodpowiednie,
- IIID1.7 — zachowanie opozycyjne,
- IIID1.8 — zachowania wymagające uwagi innych,
- IIID1.9 — wędrówki/ucieczki,
- IIID1.10 — mieszane problemy zachowania,
- IIID1.11 — inne problemy zachowania,
- IIID1.12 — mieszane inne problemy zachowania.

Dla stwierdzenia występowania agresji werbalnej kryteria ogólne, dla rozpoznania występowania problemów behawioralnych, muszą być spełnione. Dodatkowo stwierdza się występowanie agresji słownej, co najmniej trzykrotnie w ciągu ostatnich sześciu miesięcy w sytuacjach, gdy nie została sprowokowana przez innych.

Występowanie zaburzeń zachowania w formie agresji fizycznej stwierdza się, gdy kryteria ogólne zaburzenia zachowania zostały spełnione oraz dodatkowo agresja fizyczna pojawiła się co najmniej trzy razy w ciągu sześciu miesięcy. Zachowania osoby chorej mogą być impulsywne lub zaplanowane. Do agresji fizycznej zaliczono: popychanie, uderzenie otwartą dłońią, fizyczne zastraszanie, zadawanie ciosu pięścią, kopanie, gryzienie, ciągnięcie za włosy oraz inne agresywne fizycznie zachowania.

Zachowania destrukcyjne stwierdza się, gdy ogólne kryteria dla zaburzeń zachowania zostały spełnione oraz dodatkowo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, co najmniej trzykrotnie dochodzi do zachowań niszczyliskich (darcie papieru, materiałów, niszczenie mebli, tłuczenie szkła, podpalanie oraz inne zachowania destrukcyjne). Występowanie zachowań samouszkodzających można zdiagnozować, jeżeli ogólne kryteria zaburzeń zachowania zostały spełnione oraz dodatkowo występują zachowania samouszkodzające, takie jak: zdrapywanie naskórka (*skin picking*)/drapanie się, wyrwanie włosów (*trichotillomania*), uderzanie twarzy, gryzienie dłoni, ust i innych części ciała, dłubanie w okolicach intymnych (genitalia, odbył), wkładanie palców do oczu, uderzanie głową, które powodują uszkodzenia tkanek miękkich (siniaki, blizny, przeczasy), występujące przez większość tygodni w ciągu sześciu miesięcy.

Wyżej opisanych zachowań samouszkodzających nie rozpatruje się w kategorii prób samobójczych.

Osobną kategorię zaburzeń zachowania stanowią problemy behawioralne wynikające z obecności innych zaburzeń. Klasyfikacja DC-LD wyróżnia:

- IIID2.1 — zaburzenia zachowania wynikające z obecności całościowych zaburzeń rozwoju,
- IIID2.2 — zaburzenia zachowanie wynikające z choroby psychicznej,
- IIID2.3 — zaburzenia zachowania wynikające z zaburzeń osobowości,

— IIID2.4 — zaburzenia zachowania wynikające z choroby fizycznej.

Autorzy DC-LD podkreślają, że w analizie problemów behawioralnych ważne jest określenie zarówno formy zachowania, jak i jego wpływu na funkcjonowanie danej osoby, oraz konsekwencji zachowania dla jej zdrowia i jakości życia oraz jej najbliższego otoczenia.

Zaburzenia poziomu IIIE — inne zaburzenia niesklasyfikowane

Do zaburzeń poziomu E zalicza się inne choroby psychiczne wcześniej niesklasyfikowane. Umieszczono tutaj zaburzenia, które trudno przypisać do poziomów A–D, na przykład: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem różnych substancji psychoaktywnych (opisanych w ICD-10 kodami F10-F19), nieorganiczne zaburzenia snu, zaburzenia funkcji i preferencji seksualnych, zaburzenia identyfikacji płciowej, zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną.

Podsumowanie

Problemy diagnostyczne, z jakimi można się spotkać u osób niepełnosprawnych intelektualnie, są niejednokrotnie pomijane w literaturze. Prawidłowe diagnozowanie i leczenie zaburzeń psychicznych w tej grupie nierzadko sprawia trudności klinicystom. Przedstawiona klasyfikacja DC-LD ma na celu uzupełnienie istniejącej już klasyfikacji ICD-10 w odniesieniu do populacji dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, u których zaburzenia psychiczne i zachowania zdarzają się znacznie częściej niż w populacji ogólnej i są przeważnie częścią obrazu chorobowego. Jak zastrzegają autorzy, nie jest to produkt finalny, a raczej zaczątek do informowania i rozwijania praktyki klinicznej oraz badań naukowych. Kryteria DC-LD wraz z rozwojem medycyny opartej na faktach ewoluują i mogą pomagać w diagnozowaniu oraz ustalaniu planu leczenia dla osób pracujących z populacją pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną. Warto zauważyć, że mogą okazać się przydatne w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym czy w procesie orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Streszczenie

Diagnozowanie pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną oraz współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi może przysparzać trudności. W artykule omówiono zasady klasyfikacji zaburzeń psychicznych u dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnych systemach diagnostycznych. Specjalnie przeznaczony dla takich osób system DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorder for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation — Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną) praktycznie nie jest w Polsce znany, dlatego poświęcono mu najwięcej uwagi, w celu przybliżenia tego systemu lekarzom i psychologom, którzy zajmują się dorosłymi pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną.

Psychiatria 2019; 16, 4: 233–246

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, dorośli, zaburzenia psychiczne, klasyfikacja

Piśmiennictwo

- Komender J. Upośledzenie umysłowe -niepełnosprawność intelektualna. In: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. ed. Psychiatria. Tom 2: Psychiatria kliniczna. Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2011: 567–590.
- Cooper SA. The Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) papers. Journal of Intellectual Disability Research. 2003; 47(s1): 1–2, doi: [10.1046/j.1365-2788.47.s1.1.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.47.s1.1.x).
- DC-LD diagnostic criteria of psychiatric disorder for use with adults with learning disabilities/mental retardation. Royal College of Psychiatrists. 2001: 6–119.
- Cooper SA, Melville C, Einfeld S. Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). Journal of Intellectual Disability Research. 2003; 47(s1): 3–15, doi: [10.1046/j.1365-2788.47.s1.2.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.47.s1.2.x).
- National Institute for Health and Care Excellence. Mental health problems in people with intellectual disabilities: prevention, assessment and management. 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>.
- Cooper SA, Smiley E, Morrison J, et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry. 2007; 190: 27–35, doi: [10.1192/bjp.bp.106.022483](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483), indexed in Pubmed: [17197653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17197653/).
- Smiley E. Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. Advances in Psychiatric Treatment. 2018; 11(3): 214–222, doi: [10.1192/apt.11.3.214](https://doi.org/10.1192/apt.11.3.214).
- Turner TH. Schizophrenia and mental handicap: an historical review, with implications for further research. Psychol Med. 1989; 19(2): 301–314, doi: [10.1017/s0033291700012344](https://doi.org/10.1017/s0033291700012344), indexed in Pubmed: [2669006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2669006/).
- Morgan VA, Leonard H, Bourke J, et al. Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. Br J Psychiatry. 2008; 193(5): 364–372, doi: [10.1192/bjp.bp.107.044461](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.044461), indexed in Pubmed: [18978313](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18978313/).
- Melville C. A critique of the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) chapter on non-affective psychotic disorders. Journal of Intellectual Disability Research. 2003; 47(s1): 16–25, doi: [10.1046/j.1365-2788.47.s1.12.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.47.s1.12.x).
- Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. J Intellect Disabil Res. 2001; 45(Pt 6): 495–505, indexed in Pubmed: [11737536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11737536/).

12. Rola J. Współczesne podejście do problemu obecności depresji i zaburzeń zdrowia psychicznego u osób upośledzonych umysłowo. *Psychiatria Polska*. 2007; 41: 203–216.
13. Zasepa E. Problemy zdrowia psychicznego u osób z zespołem Downa. *Impuls*, Kraków 2014: 70.
14. Crews WD, Bonaventura S, Rowe F. Dual diagnosis: prevalence of psychiatric disorders in a large state residential facility for individuals with mental retardation. *Am J Ment Retard*. 1994; 98(6): 724–731, indexed in Pubmed: [8054201](#).
15. Linaker O, Nitter R. Psychopathology in Institutionalised Mentally Retarded Adults. *British Journal of Psychiatry*. 2018; 156(4): 522–525, doi: [10.1192/bjp.156.4.522](#).
16. Ballinger BR, Ballinger CB, Reid AH, et al. The psychiatric symptoms, diagnoses and care needs of 100 mentally handicapped patients. *Br J Psychiatry*. 1991; 158: 251–254, doi: [10.1192/bjp.158.2.251](#), indexed in Pubmed: [1901503](#).
17. Reiss S. Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *Am J Ment Retard*. 1990; 94(6): 578–585, indexed in Pubmed: [2340135](#).
18. Matson JL, Smiroldo BB, Hamilton M, et al. Do anxiety disorders exist in persons with severe and profound mental retardation? *Res Dev Disabil*. 1997; 18(1): 39–44, indexed in Pubmed: [9085428](#).
19. Cooper SA. Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 375–380, doi: [10.1192/bjp.170.4.375](#), indexed in Pubmed: [9246258](#).
20. American Psychiatric Association: Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
21. Bailey NM, Andrews TM. Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD) and the diagnosis of anxiety disorders: a review. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003; 47(s1): 50–61, doi: [10.1046/j.1365-2788.47.s1.25.x](#).
22. Erfanian N, Miltenberger R. Brief report: Contact desensitization in the treatment of dog phobias in persons who have mental retardation. *Behavioral Interventions*. 1990; 5(1): 55–60, doi: [10.1002/bin.2360050106](#).
23. Freeman S. Treating a Dog Phobia in a Person with Down's Syndrome by Use of Systematic Desensitisation and Modelling. *Br J Learn Disab*. 1997; 25(4): 154–157, doi: [10.1111/j.1468-3156.1997.tb00031.x](#).
24. Davis TE, Kurtz PF, Gardner AW, et al. Cognitive-behavioral treatment for specific phobias with a child demonstrating severe problem behavior and developmental delays. *Res Dev Disabil*. 2007; 28(6): 546–558, doi: [10.1016/j.ridd.2006.07.003](#), indexed in Pubmed: [16950598](#).
25. Reid KA, Smiley E, Cooper SA. Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2011; 55(2): 172–181, doi: [10.1111/j.1365-2788.2010.01360.x](#), indexed in Pubmed: [21205039](#).
26. Gravestock S. Diagnosis and classification of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) approach. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003; 47(s1): 72–83, doi: [10.1046/j.1365-2788.47.s1.41.x](#).
27. Reiss S, Szyszko J. Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *Am J Ment Defic*. 1983; 87(4): 396–402, indexed in Pubmed: [6829617](#).
28. Holland AJ, Treasure J, Coskeran P, et al. Characteristics of the eating disorder in Prader-Willi syndrome: implications for treatment. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008; 39(5): 373–381, doi: [10.1111/j.1365-2788.1995.tb00541.x](#).
29. La Malfa G, Lassi S, Bertelli M, et al. Detecting attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults with intellectual disability The use of Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). *Res Dev Disabil*. 2008; 29(2): 158–164, doi: [10.1016/j.ridd.2007.02.002](#), indexed in Pubmed: [17416484](#).
30. Seager M, O'Brien G. Attention deficit hyperactivity disorder: review of ADHD in learning disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation[DC-LD] criteria for diagnosis. *J Intell Disab Res*. 2003; 47(s1): 26–31, doi: [10.1046/j.1365-2788.47.s1.30.x](#).
31. Udwin O, Dennis J. Psychological and behavioural phenotypes in generally determined syndromes: a review of research findings. In: O'Brien G. ed. *Behavioural phenotypes*. Mac-Keith Press, London 1995: 94–95.
32. Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, et al. Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellect Dev Disabil*. 2011; 49(2): 59–85, doi: [10.1352/1934-9556-49.2.59](#), indexed in Pubmed: [21446871](#).
33. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(8): 978–987, doi: [10.1097/00004583-199608000-00008](#), indexed in Pubmed: [8755794](#).
34. Regi A, Sherva C. Diagnosis of personality disorder in learning disability. *Br J Psychiatry*. 2003; 182(44): 28–31, indexed in Pubmed: [12509306](#).
35. Emerson E, Kiernan C, Alborz A, et al. The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Res Dev Disabil*. 2001; 22(1): 77–93, indexed in Pubmed: [11263632](#).
36. Gillberg C, Persson E, Grufman M, et al. Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects. *Br J Psychiatry*. 1986; 149: 68–74, doi: [10.1192/bjp.149.1.68](#), indexed in Pubmed: [2946351](#).
37. O'Brien G. The classification of problem behavior in Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorder for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *J Intell Disab Res*. 2003; 47(1): 32–37.