

## MENTALNO ZDRAVLJE ODRASLIH OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA

SNJEŽANA SEKUŠAK-GALEŠEV, MILIVOJKRAMARIĆ<sup>1</sup> i VINKOSLAV GALEŠEV<sup>2</sup>

*Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za inkluzivnu edukaciju i rehabilitaciju,*

<sup>1</sup>*Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet i Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju, Zavod za hitnu i preventivnu psihijatriju i* <sup>2</sup>*Udžbenik.hr, Zagreb, Hrvatska*

*U osoba s intelektualnim teškoćama problemi mentalnog zdravlja (problemi ponašanja i psihički poremećaji) nekoliko se puta češće javljaju nego u općoj populaciji. Što su intelektualne teškoće težeg stupnja, to su ozbiljniji i psihički poremećaji. Glavni cilj ovoga rada je istražiti postojeće oblike skrbi i probleme mentalnog zdravlja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu sa svrhom uvođenja suvremenog modela temeljenog na integrativnom, razvojnom pristupu. Istraživanje je provedeno na dva uzorka ispitanika: a) 90 odraslih osoba s intelektualnim teškoćama (starijih od 21 godine) smještenih u obitelji i b) 93 odrasle osobe s intelektualnim teškoćama (starije od 21 godine) smještene u instituciju. Uporabljeni su ovi mjerni instrumenti: Ljestvica za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku (SRPD), Ljestvica adaptivnog ponašanja AAMD – II. dio, Upitnik o općim podacima. Utvrđeno je sljedeće: 1. Psihički poremećaji i problemi ponašanja statistički se značajno razlikuju s obzirom na učestalost pojavljivanja i vrstu ovisno o stupnju intelektualnih teškoća. 2. Između odraslih osoba s intelektualnim teškoćama koje žive u vlastitoj obitelji i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u institucionalnom smještaju postoji statistički značajna razlika u pojavi psihičkih poremećaja. 3. Između odraslih osoba s intelektualnim teškoćama koje žive u vlastitoj obitelji i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u institucionalnom smještaju postoji statistički značajna razlika u pojavi problema ponašanja. 4. Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika između postojećih dijagnoza psihičkih poremećaja (tradicionalni pristup) i dijagnoza psihičkih poremećaja prema razvojnom pristupu. 5. U našim uvjetima postoji dominacija tradicionalnog pristupa temeljenog na farmakoterapiji u skrbi za probleme mentalnog zdravlja kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u odnosu na suvremeni (integrativni, razvojni) pristup. Prema dobivenim rezultatima možemo zaključiti da su potrebne velike promjene u skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama. Život u obitelji nije u svim situacijama i kod svih osoba zaštitni faktor u smislu prevencije problema mentalnog zdravlja, što nameće potrebu poboljšanja uvjeta življenja i mogućnosti izbora, te službi podrške u zajednici.*

*Ključne riječi:* osobe s intelektualnim teškoćama, skrb, mentalno zdravlje

*Adresa za dopisivanje:* Doc. dr. sc. Snježana Sekušak-Galešev  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet  
Odsjek za inkluzivnu edukaciju i rehabilitaciju  
10000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: [snjezana@erf.hr](mailto:snjezana@erf.hr)

## UVOD

### *Pristupi u skrbi za mentalno zdravlje (psihičke poremećaje i probleme ponašanja) u osoba s intelektualnim teškoćama*

U skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama još se uvijek koriste pristupi koji dovoljno ne uvažavaju osobitosti osoba s intelektualnim teškoćama što dovodi do dugotrajnih i neuspješnih postupaka te se (u našim uvjetima) najčešće pribjegava propisivanju psihotropnih lijekova. Iako je takav pristup osobama s intelektualnim teškoćama s nedvosmislenim znakovima psihičkih poremećaja često posve opravdan, psihofarmaci se još uvijek prečesto primjenjuju za kontrolu problema ponašanja u toj populaciji (1-4). Do prije dvadesetak godina u nekim je stručnim krugovima vladalo mišljenje da osobe s intelektualnim teškoćama ne mogu doživjeti emocionalne stresove i da ne mogu imati psihičke poremećaje. Nepoželjni oblici ponašanja smatrani su značajkom intelektualnih teškoća samih po sebi. Mislilo se da osobe s lakim intelektualnim teškoćama ne mogu biti zabrinute, a da osobe s teškim intelektualnim teškoćama ne mogu doživjeti emocionalni stres. S druge strane, najčešće se do psihijatrijske dijagnoze osoba s intelektualnim teškoćama dolazilo tradicionalnim psihijatrijskim, fenomenološkim, opisnim pristupom, kakav nalazimo u Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih poremećaja (DSM) te u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i stanja (ICD). Primjenu takvog pristupa podržale su novije publikacije: Dijagnostički kriteriji za psihičke poremećaje u odraslih s teškoćama učenja (5) i Praktični vodič za procjenu i dijagnozu mentalnih poremećaja u odraslih s intelektualnim teškoćama (6). Američko nacionalno udruženje za dualnu dijagnozu pripremiolo je Dijagnostički priručnik temeljen na DSM dijagnostičkom sustavu (7). Znanstvenici koji podupiru primjenu tih dijagnostičkih sustava smatraju da ne treba očekivati značajne probleme pri primjeni fenomenološke kategorijske dijagnostike u osoba s lakim intelektualnim teškoćama. Do određene mjere isto vrijedi i za osobe s umjerenim stupnjem teškoća. Razlike u simptomima, to veće što je viši stupanj intelektualnih teškoća, mogu biti značajne, ali se mogu riješiti uvođenjem ekvivalenata ponašanja za određene DSM ili ICD dijagnostičke kriterije. Očito je da se neki praktičari u području mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama zalažu za pristup koji je jednak klasifikacijskim sustavima korištenim u općoj psihijatriji, jer bi bio poznat svim psihijatrima, što bi poboljšalo komunikaciju među stručnjacima. Istodobno bi dao zajedničke osnove i olakšao znanstveno istraživanje ove populacije. Više istraživača u različitim zemljama je utvrdilo da osobe s intelektualnim teškoćama u 30 % – 50 % slučajeva imaju i psihički poremećaj i/ili problem ponašanja. Tradicionalna se psihijatrijska dijagnostika (ICD i DSM dijagnostički sustavi) pokazala ipak nedostatnom, pa je razvojni pristup ponudio nove mogućnosti. Tijekom

zadnjih tri desetljeća mnogi znanstvenici u području psihijatrije postaju sve više svjesni vrijednosti razvojnog pristupa (8-11). Rutter (8) je definirao razvojnu psihopatologiju kao istraživanje izvora i tijeka individualnih obrazaca neprilagođenosti u ponašanju. Cicchetti i Tooth (9) su to proširili, naglašavajući da razvojna psihopatologija omogućuje stručnjacima širenje dijagnostičkih razmatranja od deskriptivnih činjenica do razumijevanja procesne razine normalnih i abnormalnih razvojnih procesa. Drugi eminentni autori, kao Pardes, Rappaport (11,12) ovaj su pristup nazvali „novom psihijatrijom“, ističući važnost razvojne perspektive za daljnji napredak psihijatrije u cjelini. Usprkos rastućem interesu za razvojnu perspektivu, stručnjaci taj pristup još uvijek rijetko primjenjuju u području intelektualnih teškoća (13). Došen i sur. u radu s djecom i odraslima s intelektualnim teškoćama primjenjuju razvojni pristup kao dodatak tradicionalnom, opisnom, fenomenološkom pristupu, te ga nazivaju razvojno dinamički pristup (14-16). Takva usporedba razine intelektualnih teškoća s razvojem prosječnog djeteta određene dobi može olakšati razumijevanje potreba djeteta s intelektualnim teškoćama i tako pomoći prilagodbi okoline djetetu. Procjena je složena zbog velikog utjecaja iz okoline na stvaranje psihičkih odlika (14). Razvojni dijagnostički pristup prekida tradiciju postavke samo o kvantitativnoj razlici u razvoju kod osoba s intelektualnim teškoćama. Dijagnostičaru se pruža i mogućnost boljeg sagledavanja uzroka poremećaja u raznim razvojnim aspektima, kao i otkrivanje etioloških čimbenika kod pojave problema ponašanja i psihičkih poremećaja (14,15). Njime se poboljšava razumijevanje značenja ponašanja osobe na određenoj razvojnoj razini, a to pomaže shvatiti patogenezu, čime se unaprjeđuje dijagnostički postupak. Nadalje, pomaže u razumijevanju motivacije osobe, što je od koristi u planiranju liječenja. Na taj se način (primjenom razvojno dinamičkog pristupa) u središte zanimanja dovode interakcija s okolinom i pravi životni problemi osobe s intelektualnim teškoćama. Svako od razina razvoja osobe s intelektualnim teškoćama pripisuje se karakteristični način agiranja i reagiranja (13,15,16). Kako se uz kognitivni razvoj paralelno odvija razvoj emocionalnog i socijalnog aspekta ličnosti, dijete će u povoljnim, prilagođenim uvjetima okoline pokazivati za svoju razinu očekivano ponašanje. Ako pak emocionalni i socijalni razvoj dođu u raskorak s kognitivnim, nastaju neadekvatne reakcije i problemi u ponašanju djeteta, čak i u okruženju koje je naizgled prilagođeno potrebama djeteta (13-16).

Posebno značajan doprinos suvremenim oblicima skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama dalo je u svojim smjernicama „*Practice Guidelines and Principles*“ Europska udruženje za duševno zdravlje i intelektualne poteškoće (*European Association for Mental Health in Intellectual Disability*) (17).

U smjernicama se naglašava potreba izrade individualiziranog, sveobuhvatnog plana tretmana i pripadajuće podrške (*Comprehensive Individualized Treatment and Related Support Plan-CITSP*), koji bi u sebi sadržavao sve potrebne biološke, medicinske, psihosocijalne i razvojne postupke i pristupe potrebne za određenu vrstu i težinu problema ponašanja ili psihičkih poremećaja. Takav je individualizirani plan temeljen na individualnoj procjeni i integrativnoj dijagnostici koja je dio navedenih smjernica.

Izrada sveobuhvatnog individualiziranog plana tretmana i pripadajuće podrške sadrži dva aspekta:

#### 1. Holistički pristup

Osoba koja ima poteškoću je u fokusu temeljenom na bio-psiho-socijalnom i razvojnom pristupu, povijesti osobe (iskustvo), okolinskom aspektu (odgojni, socijalni, kulturološki), te interakcijskom aspektu.

#### 2. Integrativni tretman ciljanih problema ponašanja ili psihičkih poremećaja

U planiranju integrativnog tretmana potrebno je rukovoditi se sljedećim preporukama:

Ako se radi o *problemima ponašanja*, protokol postupanja uključuje:

1. korak: razvojna dimenzija – uvažavanje razvojnih osobitosti, odnosno usklađivanje emocionalnog, spoznajnog i socijalnog razvoja i uvažavanje odnosno zadovoljavanje potreba; 2. korak: socijalna dimenzija: intervencije u okolini kako bi se zadovoljile potrebe osobe i ostvarila svrsishodna interakcija, odnosno interpersonalni odnosi; 3. korak: psihološka dimenzija: usvajanje određenih vještina ili psihoterapija kako bi se osnažilo osobu da koristi vlastite kapacitete u rješavanju problema u skladu s potencijalom; 4. korak: biološka dimenzija: kada je neophodno preporuča se korištenje psihotropnih lijekova uz podršku drugih pristupa.

Kada se u osobe s intelektualnim teškoćama radi o utvrđenim psihičkim poremećajima, izrada sveobuhvatnog individualiziranog plana tretmana i pripadajuće podrške počiva na identičnim principima, samo je različit redosljed koraka u planiranju integrativnog tretmana: 1. korak: biološka dimenzija, 2. korak: razvojna dimenzija, 3. korak: socijalna dimenzija i 4. korak: psihološka dimenzija.

Ovaj se rad u svojoj analizi skrbi za mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama rukovodi navedenim smjernicama sa ciljem unaprjeđivanja trenutačnog stanja u ovom području u našoj zemlji.

## PROBLEM I CILJ ISTRAŽIVANJA

Mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama je u ovom trenutku zanemareni segment rada psihijataru u Republici Hrvatskoj. Osobe s intelektualnim teškoćama (IT) čine 2,2 % opće populacije. U Republici Hrvatskoj bi se moglo očekivati oko 100 000 osoba s kvocijentom inteligencije manjim od 70, sniženim adaptacijskim sposobnostima i sve to prije 18. godine života (kriteriji po MKB-10 i DSM-IV). Barem ih trećina neophodno treba stručnu pomoć u zajednici, u čemu je uloga liječnika, nadasve psihijataru, nezamjenjiva. Naime, osobe s intelektualnim teškoćama imaju četiri puta češće psihičke poremećaje nego opća populacija. Što su intelektualne teškoće težeg stupnja, to su ozbiljniji i dublji psihički poremećaji (18). Probleme ponašanja ima oko pola populacije s intelektualnim teškoćama, a njihov tretman također je uglavnom neadekvatan. U ovom trenutku u Republici Hrvatskoj ne postoji specijalizirana psihijatrijska skrb za osobe s intelektualnim teškoćama. Imamo nedostatak stručnjaka, psihijataru izobraženih za skrb o mentalnom zdravlju osoba s IT, neprikladnu uporabu psihofarmaka, dijelom nekontroliranu uporabu prisilnih mjera, uglavnom monodisciplinarni pristup u tretmanu, nerazumijevanje osnovnih životnih problema i potreba tih ljudi i konačno nedostatak prevencije, na kojoj se u naprednim europskim društvima temelji pristup skrbi (2). Stoga je glavni cilj ovog rada bio istražiti postojeće oblike skrbi i probleme mentalnog zdravlja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu sa svrhom uvođenja suvremenog modela temeljenog na integrativnom, razvojnom pristupu.

## METODE RADA

### *Uzorak ispitanika*

Istraživanje je provedeno na dva uzorka ispitanika: 1. uzorak odraslih osoba s intelektualnim teškoćama (starijih od 21 godine) smještenih u obitelji (N = 90) u Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu i 2. uzorak odraslih osoba s intelektualnim teškoćama (starijih od 21 godine) smještenih u instituciji (N = 93) u Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu. Uzorci ispitanika su izjednačeni po dobi, spolu i stupnju intelektualnih teškoća. Formiranje uzoraka je imalo dvije faze: najprije je odabran uzorak ispitanika smještenih izvan institucije, čiji su roditelji/staratelji dali suglasnost za ispitivanje. Nakon toga su formirani parovi ispitanika iz institucije prema ovim kriterijima: dob (koliko je bilo moguće), spol i stupanj intelektualnih teškoća. Prosječna dob cijelog uzorka je 35 godina. Najmlađi je ispitanik imao 21, a najstariji 61 godinu. Prosječna dob ispitanika u obitelji je niža (31), a niža je i maksimalna dob (47 godina). Prosječna dob ispitanika smještenih u instituciji je 38 godina, a najstariji ima 61 godinu. U odnosu na spol razdioba u postotcima u odnosu na smještaj gotovo

je ista. U obitelji živi 56,7 % muških i 43,3 % ženskih, a u instituciji 55,9 % muških i 44,1 % ženskih ispitanika. S obzirom na stupanj intelektualnih teškoća podjednak ih je broj u instituciji i obitelji, jedino nešto veća razlika postoji kod osoba s umjerenim stupnjem intelektualnih teškoća (više ih živi u obitelji: 65,5 %).

#### Mjerni instrumenti i način provođenja istraživanja

1. Za procjenu psihičkih teškoća primijenjena je Ljestvica za razvojnu psihijatrijsku dijagnostiku (SRPD;18). Sastoji se od 64 čestice/varijable kojima ispitivač procjenjuje prisutnost određenog oblika ponašanja čiji intenzitet (frekvenciju) rangira na ljestvici od 0 do 2 (0 - ponašanje nije prisutno, 1 - ponekad je prisutno i 2 - često je prisutno). Za potrebe obrade podataka rezultati su uvećani za jedan bod.

Ljestvica se sastoji od 4 podljestvice (različitog broja čestica) koje se razlikuju s obzirom na razvojnu dob koju pokrivaju (a koju autor povezuje sa stupnjem intelektualnih teškoća) i u skladu s tim referiraju o relevantnim (za određenu razvojnu dob) psihijatrijskim dijagnozama. Konstruirana je s obzirom na postavke razvojnog pristupa u psihijatrijskoj dijagnostici osoba s intelektualnim teškoćama.

2. Za procjenu problema ponašanja primijenjena je Ljestvica adaptivnog ponašanja AAMD: II dio (19). Ljestvica je namijenjena procjeni ponašanja osoba s intelektualnim teškoćama i osoba s emocionalnim poremećajima, ali može se primijeniti i kod osoba s drugim teškoćama (oštećenja vida, sluha i dr.). Sastoji se od dva dijela koji se mogu primjenjivati odvojeno, a za potrebe ovog istraživanja korišten je drugi dio, kojim se mjeri neadaptirano ponašanje. Sadrži četrnaest područja sa 44 čestice/varijable. Boduje sa s 0, 1 i 2 boda (0 - ponašanje nije prisutno, 1 - ponekad je prisutno i 2 - često je prisutno).
3. Upitnik o općim podacima kojim se prikupljaju opći podaci i podaci o promjenama ponašanja ispitanika i njihovom tretmanu.

Mjerni instrumenti su primijenjeni na odabranom uzorku ispitanika u Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu sljedećim redoslijedom:

1. odabran je uzorak ispitanika izvan institucije, koji su uključeni u dnevne rehabilitacijske programe u lokalnoj zajednici; 2. u skladu s prvim uzorkom izabran je uzorak ispitanika metodom ekvivalentnih parova s obzirom na dob, spol i stupanj intelektualnih teškoća.

I u jednoj i u drugoj skupini ispitanika upitnike su popunjavali educirani stručnjaci koji su sa ispitanicima u

svakodnevnom kontaktu i najbolje ih poznaju, kako bi se što više ujednačio kriterij procjene.

#### Metrijske značajke instrumenata

Za sve mjerne instrumente izračunata su interna mjerna svojstva primjenom programa RTT9g i RTT11 nastalima na temelju RTT7 testa (20). Svi mjerni instrumenti imaju vrlo dobra mjerna svojstva, što omogućava valjanu interpretaciju dobivenih rezultata (tablica 1).

Tablica 1.

#### Interna mjerna svojstva za ljestvice SRPD i AAMD II.

Ljestvice Svojstva	SRPD	AAMD II
Reprezentativnost $r$	0,9640	0,9667
Pouzdanost Cronbach $rtt$	0,9172	0,8918
Pouzdanost Guttman $\lambda_6$	0,9958	0,9786
Pouzdanost 1. gl. komponente $\alpha$	0,9278	0,9007

#### METODE OBRADE PODATAKA

Za sve varijable istraživanja izračunati su osnovni statistički parametri, a deskriptivna analiza i univarijatna analiza razlika učinjene su pomoću statističkih postupaka programskog paketa SPSS. Za utvrđivanje ispitivanih razlika i testiranje njihove značajnosti na multivarijatnoj razini upotrijebljen je program ROBDIS (21) za robustnu diskriminacijsku analizu (22). Za analizu relacija između skupova varijabli korištena je kvazikanonička korelacijska analiza prema programu ROBKAN (23). U slučajevima kada je priroda podataka to zahtijevala (nepovoljan omjer varijabli i broja ispitanika), korištena je modifikacija tog programa QCCR (24). Primjena programa ROBDIS uvjetovana je činjenicom da su ispitivane varijable pretežno ordinalnog tipa pa samim tim nisu multivarijatno normalno distribuirane. Zato nije preporučljivo koristiti kanoničku diskriminacijsku analizu kao metodu za testiranje razlika između dvaju ili više uzoraka, budući da ne može biti ispunjen zahtjev da sve analizirane varijable budu normalno distribuirane. Osnovna karakteristika programa ROBDIS je korištenje matrice kovarijanci umjesto matrice korelacija zbog manje osjetljivosti kovarijanci na pogreške uvjetovane nenormalnošću distribucija frekvencija analiziranih varijabli.

Slično je i s korištenjem metode za kvazikanoničku analizu (program ROBKAN). Bilo je potrebno utvrditi povezanosti između dvaju skupova varijabli koje nisu normalno distribuirane. Korištenje klasičnih kanoničkih tehnika kao što je metoda kanoničke korelacijske analize zahtijeva da sve varijable budu normalno distribuirane.



<i>Varijable istraživanja (naziv i opis)</i>			
<i>Varijable osobnih podataka</i>			
DOB – kronološka dob ispitanika		IT – stupanj intelektualnih teškoća	
SPOL – spol ispitanika		SMJEŠTAJ – oblici smještaja (obitelj i institucija)	
<i>Varijable promjena ponašanja ispitanika i njihovog tretmana</i>			
O9	promjene u ponašanju	O12a	ordiniran psihofarmak - antipsihotik
O10	posjet psihijatru	O12b	ordiniran psihofarmak - antidepresiv
O10c	psihijatar – problem ponašanja	O12c	ordiniran psihofarmak - sedativ
O10d	psihijatar - psihički poremećaj	O12d	ordiniran psihofarmak - stabilizator raspoloženja
O10e	psihijatar - neopredijeljeno	O13a	psihoterapija
O11a	ordiniran lijek - psihofarmak	O13b	okupacijska terapija
O11b	ordiniran lijek - antiepileptik	O13c	drugo
O11c	ordiniran lijek - ostalo	O14	zadnja kontrola medikamentne terapije
<i>Varijable problema ponašanja</i>			
AAMD 1	sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	AAMD 8	neprihvatljive govorne navike
AAMD 2	nesocijalno ponašanje	AAMD 9	neprihvatljive i neobične navike
AAMD 3	otpor prema autoritetu	AAMD 10	ponašanje upravljeno protiv samog sebe
AAMD 4	neodgovorno ponašanje	AAMD 11	sklonost hiperaktivnom ponašanju
AAMD 5	povučeno ponašanje	AAMD 12	neprihvatljivo seksualno ponašanje
AAMD 6	stereotipno ponašanje i manirizmi	AAMD 13	psihički poremećaji
AAMD 7	neprimjerene navike u kontaktu s drugim	AAMD 14	upotreba lijekova
<i>Varijable psihičkih poremećaja</i>			
SRPD 1	odbija tjelesni kontakt	SRPD33	kaže da mu drugi prijete
SRPD 2	traži tjelesni kontakt	SRPD34	nije u stanju igrati se ili raditi s drugim osobama
SRPD 3	protestira pri rastanku od važne osobe	SRPD35	brzo gubi pažnju
SRPD 4	stereotipno se bavi svojim tijelom	SRPD36	nije u stanju izraziti svoje osjećaje
SRPD 5	stereotipno se bavi materijalima ili često ponavlja iste postupke	SRPD37	okolici smeta njegovo seksualno ponašanje
SRPD 6	pokazuje bijes ili paniku pri jakim nadražajima	SRPD38	pretjerano veseo, manijakalan
SRPD 7	pokazuje bijes ili paniku pri promjenama u okolini	SRPD39	napet bez ikakvog razloga
SRPD 8	pokazuje bijes ili paniku zbog nekih drugih ili neodređenih razloga	SRPD40	neraspoložen ili depresivan
SRPD 9	uplaši se ili se boji određenih predmeta	SRPD41	dezorijentiran u prostoru i/ili vremenu
SRPD10	uplaši se ili se boji određenih situacija	SRPD42	dezorijentiran u osobama
SRPD11	uplaši se ili se boji nepoznatih osoba	SRPD43	kognitivno ne napreduje
SRPD12	boji se neuspjeha, napet kad dobije određeni zadatak	SRPD44	izrazito živi u svojim fantazijama
SRPD13	plašljiv je zbog nekih drugih ili nepoznatih razloga	SRPD45	živi izoliran u vlastitom svijetu (autistično izoliranje)
SRPD14	često zatvara uši	SRPD46	pokazuje bizarno ponašanje ili ima bizarne ideje
SRPD15	često zatvara oči	SRPD47	pokazuje regresivno ponašanje
SRPD16	ne uspostavlja kontakt očima	SRPD48	problemi s hranom
SRPD17	nema interesa za materijalnu okolinu	SRPD49	problemi sa spavanjem
SRPD18	povlači se iz grupe	SRPD50	problemi sa savladavanjem male i velike nužde
SRPD19	skriva se ispod stola, u krevet ili slično	SRPD51	odlazi iz kuće, skita se ili luta
SRPD20	uništava materijal	SRPD52	govori o sebi kao o drugoj osobi ili sebe doživljava kao drugu osobu
SRPD21	udara samog sebe	SRPD53	halucinacije
SRPD22	agresivan prema drugim osobama	SRPD54	deluzije (psihotične, sumanute ideje)
SRPD23	uočljivo nemiran, preaktivan	SRPD55	periodično mijenja raspoloženje i aktivnosti
SRPD24	uočljivo neaktivan	SRPD56	u toku dana brzo mijenja ponašanje
SRPD25	traži puno pažnje	SRPD57	često priča o sebi ili se često bavi temom sebi
SRPD26	izaziva na negativan način	SRPD58	suicidalne ideje ili pokušaji
SRPD27	tvrdoglav, tjera vlastitu volju	SRPD59	nazaduje u kognitivnim funkcijama
SRPD28	kaotičan s materijalima	SRPD60	često se žali na tjelesne bolove
SRPD29	stalno priča o istom predmetu	SRPD61	napadi plača
SRPD30	stalno priča o samom sebi	SRPD62	prisilne misli i/ili prisilna ponašanja
SRPD31	precjenjuje se i/ili fantazira o samom sebi	SRPD63	nasilje prema drugima, izazivanje požara, krađa ili drugo kriminalno ponašanje
SRPD32	misli ili priča negativno o samom sebi	SRPD64	sadašnje su poteškoće nastale nakon nekog određenog događaja

Budući da varijable nisu normalno distribuirane, bilo je potrebno koristiti robusnu kanoničku analizu, poznatu pod nazivom kvazikanonička analiza. I ta se metoda temelji na matrici kovarijanci umjesto matrice korelacija između analiziranih varijabli. U odnosu na korelacije, kovarijance su manje osjetljive na pogrešku koja je zbog ordinalnosti varijabli (nenormalna distribucija) nedvojbeno ugrađena u koeficijente povezanosti.

## REZULTATI I RASPRAVA

U prikazu rezultata zbog opsežne obrade podataka i ograničenog prostora veći dio tablica nije prikazan, no mogu se dobiti na uvid od autora.

### *Analiza rezultata procjene psihičkih poremećaja ljestvicom SRPD*

Usporedbom aritmetičkih sredina postotaka učestalosti javljanja simptoma psihičkih poremećaja (sl. 1.) vidimo da su simptomi učestaliji kako se povećava težina intelektualnih teškoća, što je u skladu s brojnim nalazima iz literature (16,25-27). Međutim, kod ljestvice SRPD se radi i o primjenjivosti razvojnog pristupa, jer se broj čestica /varijabli povećava s razvojnoum dobi (za osobe s lakim stupnjem intelektualnih teškoća broj čestica je najveći), a rezultati pokazuju veću učestalost za ispitanike s većim teškoćama i manjim brojem varijabli. To znači da se rezultati grupiraju u skladu s razvojnoum dobi (stupnjem intelektualnih teškoća) i pokazuju različitost simptoma psihičkih poremećaja u osoba s različitim stupnjem intelektualnih teškoća.

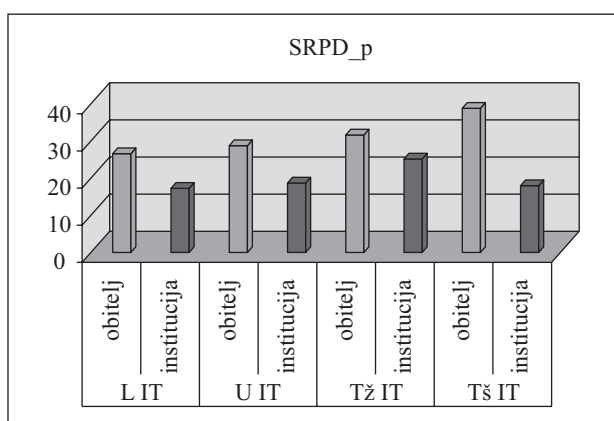
Također vidimo da su simptomi psihičkih poremećaja učestaliji za ispitanike u obitelji, osim za ispitanike s

teškim stupnjem intelektualnih teškoća kojih ima izrazito mali broj, a u obitelji je samo jedan takav ispitanik. Analiza raspodjele aritmetičkih sredina te minimalnog i maksimalnog rezultata za sve skupine ispitanika prema stupnju intelektualnih teškoća i smještaju pokazuje zanimljivu situaciju (rezultati dostupni kod autora). Ispitanici s lakim, umjerenim i težim stupnjem intelektualnih teškoća u obitelji postižu najvišu aritmetičku sredinu na istoj varijabli SRPD25 *Traži puno pažnje*, dok ispitanici s lakim i umjerenim stupnjem intelektualnih teškoća koji su smješteni u instituciju najviši rezultat postižu također na istoj varijabli, ali SRPD27 *Tvrđoglav, tjera vlastitu volju*. Za ispitanike s težim stupnjem intelektualnih teškoća u instituciji najviša aritmetička sredina postignuta je za varijablu koja se također odnosi na pažnju, SRPD35 *Brzo gubi pažnju*. Navedena ponašanja odnose se na kvalitetu interakcije s okolinom, što možda može ukazivati da okolina nema dovoljno strpljenja i razumijevanja za potrebe naših ispitanika. Varijable vezane uz pažnju mogu upućivati na postojanje poremećaja deficita pažnje/hiperaktivnosti, ali u osoba s intelektualnim teškoćama, posebno umjerenog i težeg stupnja, slabost koncentracije je karakteristika razvojne razine ili može predstavljati simptom nekog drugog poremećaja (16,18).

### *Analiza razlika u psihičkim poremećajima s obzirom na vrstu smještaja*

Da bi se utvrdile razlike u procjeni psihičkih poremećaja prema ljestvici SRPD s obzirom na vrstu smještaja učinjena je neparametrijska analiza za univarijatno testiranje razlika (Mann-Whitneyev test). U tablici 2 su prikazane aritmetičke sredine, postotci i kriteriji za psihopatologiju koje su na varijablama ljestvice SRPD postigli ispitanici s obzirom na stupanj intelektualnih teškoća i smještaj. Prema autoru ljestvice (15,18) postotak iznad 25 % smatra se suspektim, a iznad 50 % je diferencijalna granica za psihopatologiju. Zanimljivo je da u našem uzorku ispitanika nije zabilježena značajna učestalost simptoma psihičkih poremećaja. Postotak koji ukazuje na sumnju na psihopatologiju vidimo samo u ispitanika s težim stupnjem intelektualnih teškoća u obitelji, dok ni u jednoj skupini ispitanika nije zabilježen postotak koji bi ukazivao na diferencijalnu granicu za psihopatologiju (preko 50 %).

U tablici 3, u kojoj su prikazane vrijednosti Mann-Witneyeva testa, vidljivo je da je razlika u aritmetičkoj sredini postotaka statistički značajna na razini rizika  $p < 0,01$  u ispitanika s umjerenim intelektualnim teškoćama, dok je u ispitanika s težim intelektualnim teškoćama razlika statistički značajna na razini rizika  $p < 0,05$ . Suprotno većini nalaza iz literature koji ukazuju na veću učestalost pojave psihičkih poteškoća u institucionaliziranih osoba (25,26), u našem uzorku to nije slučaj. Statistički značajno veća učestalost psihičkih poremećaja zabilježena je u ispitanika s umjerenim i težim intelektualnim teškoćama u obitelji.



SRPD-p – aritmetička sredina postotaka psihopatologije

LIT - laki stupanj intelektualnih teškoća

UIT - umjereni stupanj intelektualnih teškoća

TŽIT - teži stupanj intelektualnih teškoća

TŠIT - teški stupanj intelektualnih teškoća

Sl.1. Razdioba aritmetičkih sredina u postotcima na ljestvici SRPD s obzirom na stupanj IT i smještaj.

Tablica 2.

Razdioba aritmetičkih sredina bodova, postotaka i kriterija na ljestvici SRPD s obzirom na stupanj IT i smještaj (Mann-Whitneyev test).

IT		smještaj	N	aritm. sred.	standard. devijac.
1LIT	SRPD_b	1 obitelj	11	29,00	17,85
		2 institucija	12	17,67	15,13
	SRPD_p	1 obitelj	11	22,66	13,94
		2 institucija	12	13,80	11,82
	SRPD_k	1 obitelj	11	1,55	0,52
		2 institucija	12	1,25	0,45
2 UIT	SRPD_b	1 obitelj	59	27,61	16,74
		2 institucija	52	17,81	15,60
	SRPD_p	1 obitelj	59	24,65	14,95
		2 institucija	52	15,90	13,93
	SRPD_k	1 obitelj	59	1,49	0,68
		2 institucija	52	1,25	0,52
3 TžIT	SRPD_b	1 obitelj	19	21,74	8,50
		2 institucija	24	16,25	8,54
	SRPD_p	1 obitelj	19	29,37	11,49
		2 institucija	24	21,96	11,54
	SRPD_k	1 obitelj	19	1,63	0,50
		2 institucija	24	1,38	0,58
4 TšIT	SRPD_b	1 obitelj	1	14,00	
		2 institucija	5	6,00	5,29
	SRPD_p	1 obitelj	1	36,84	
		2 institucija	5	15,79	13,92
	SRPD_k	1 obitelj	1	2,00	
		2 institucija	5	1,20	0,45

O - obitelj; I - institucija; LIT - laki stupanj intelektualnih teškoća; UIT - umjereni stupanj intelektualnih teškoća; TžIT - teži stupanj intelektualnih teškoća; TšIT - teški stupanj intelektualnih teškoća; SRPD\_b - SRPD bodovi; SRPD\_p - SRPD postoci; SRPD\_k - SRPD kategorije: 1 – bez psihopatologije; 2 – suspektne; 3 – psihopatologija

Tablica 3.

Univarijatno testiranje razlika (Mann-Whitneyev test).

IT		SRPD_p
1 LIT	Mann-Whitney U	38,500
	Asymp. Sig.	0,090
2 UIT	Mann-Whitney U	939,500
	Asymp. Sig.	<b>0,000</b>
3 TžIT	Mann-Whitney U	145,500
	Asymp. Sig.	<b>0,043</b>
4 TšIT	Mann-Whitney U	0,500
	Asymp. Sig.	0,228

*Analiza rezultata procjene problema ponašanja na varijablama ljestvice AAMD II*

Analiza pojavnosti problema ponašanja s obzirom na stupanj intelektualnih teškoća vidljiva je iz tablice 4. U tablici su prikazana ponašanja s najvećom učestalošću, što ne znači da se u pojedinim ispitanika nisu javljala i druga ponašanja u manjoj mjeri. Pokazalo se da se vrsta i broj problema ponašanja razlikuju s obzirom na stupanj intelektualnih teškoća, pa se učestalost problema ponašanja povećava što je stupanj intelektualnih teškoća teži.

Da bi se utvrdila eventualna razlika na 14 sumarnih varijabli ljestvice AAMD II između ispitanika u obitelji i instituciji, učinjena je robusna diskriminacijska analiza za cijeli uzorak ispitanika. Ekstrahirana je jedna diskriminacijska funkcija (tablica 5) razine značajnosti  $p < 0,01$ , dok diskriminacijska vrijednost iznosi 0,6859. Test razlike između centroida (F) iznosi 49,29. Na osnovi pregleda centroida diskriminativne funkcije vidljivo je da je statistički značajna razlika izražena u korist ispitanika iz obitelji, tj. da oni imaju više rezultate od ispitanika iz institucije u ukupnom prostoru varijabli. Međutim, taj podatak u stvari ukazuje na više izražene probleme ponašanja ispitanika iz obitelji nego što se javljaju u ispitanika u instituciji.

Tablica 4.

Aritmetičke sredine sumarnih varijabli ljestvice AAMD II prema razinama intelektualnih teškoća – najviše vrijednosti.

Lake IT	Umjerene IT	Teže IT	Teške IT
Nesocijalno ponašanje	psihički poremećaji	povučeno ponašanje	otpor prema autoritetu
Psihički poremećaji	nesocijalno ponašanje	psihički poremećaji	neprihvatljive i neobične navike
	otpor prema autoritetu	nesocijalno ponašanje	tendencija k silovitom ponašanju i uništavanju
	tendencija silovitom ponašanju i uništavanju	tendencija k silovitom ponašanju i uništavanju	stereotipno ponašanje i manirizmi
		neprihvatljive i neobične navike	povučeno ponašanje

Tablica 5.

Rezultati robusne diskriminacijske analize za varijable AAMD II (14) između ispitanika u cijelom uzorku s obzirom na smještaj.

DF	Lambda	C1 C2	SD1 SD2	F	p
1	0,6859	0,60 -0,58	1,44 0,64	49,29	0,000

DF: diskriminativna funkcija; LAMBDA: diskriminativna vrijednost; C1: centroid skupine ispitanika iz obitelji; C2: centroid skupine ispitanika iz institucije; SD1: standardna devijacija za ispitanike iz obitelji; SD2: standardna devijacija za ispitanike iz institucije; F: Fisherov test; p: vjerojatnost pogreške (razina značajnosti)

Koeficijenti diskriminacije i koeficijenti korelacije svake varijable s diskriminativnom funkcijom prikazani su u tablici 6, pa vidimo da razlici između ispitanika u obitelji i instituciji najviše pridonose sljedeće varijable: AAMD13 *Psihički poremećaji*, AAMD7 *Neprijmjerene navike u kontaktu s drugima*, AAMD8 *Neprihvatljive govorne navike* i AAMD1 *Sklonost silovitom ponašanju i uništavanju (s negativnom projekcijom)*.

Da bismo na univarijatnoj razini dodatno pojasnili dobivene razlike, u tablici 7. je prikazana univarijatna analiza varijance za sumarne varijable ljestvice AAMD II. Vidimo da možemo interpretirati samo neke razlike zbog toga što neke varijance nisu homogene. Statistički značajno veći rezultat u ispitanika u obitelji vidimo za varijablu AAMD6, koja ukazuje na statistički značajniju pojavu *Stereotipnog ponašanja i manirizama* u ispitanika

Tablica 6.

Struktura diskriminacijskih funkcija.

Varijable	Diskrim. koeficijenti	Korelacije s diskrim. funkc.
AAMD1	<b>-0,36</b>	0,09
AAMD2	0,00	0,41
AAMD3	0,14	0,49
AAMD4	0,03	0,43
AAMD5	0,17	0,33
AAMD6	0,18	0,47
AAMD7	<b>0,46</b>	0,79
AAMD8	<b>0,42</b>	0,79
AAMD9	-0,15	0,26
AAMD10	-0,15	0,21
AAMD11	0,18	0,46
AAMD12	-0,12	0,11
AAMD13	<b>0,49</b>	0,67
AAMD14	-0,26	-0,13

u obitelji. U obitelji se statistički značajno više javlja i *Sklonost hiperaktivnom ponašanju (AAMD11)*, dok se u instituciji statistički značajno više javlja *AAMD9 Neprihvatljive i neobične navike* te *AAMD 14 Upotreba lijekova*.

Tablica 7.

Rezultati univarijatne analize varijance.

Varijable	Aritm. sred.		Stand. dev.		ANOVA		Homogenost	
					F	p	F	p
AAMD1	-0,21	0,20	0,79	1,13	10,31	0,000	2,02	0,001
AAMD2	0,00	0,00	1,09	0,91	0,48	1,000	1,42	0,047
AAMD3	0,08	-0,08	1,10	0,88	1,53	0,008	1,58	0,015
AAMD4	0,02	-0,02	1,13	0,86	0,27	1,000	1,71	0,006
AAMD5	0,10	-0,10	1,09	0,90	2,18	0,000	1,48	0,032
<b>AAMD6</b>	<b>0,11</b>	<b>-0,11</b>	<b>1,05</b>	<b>0,94</b>	<b>2,80</b>	<b>0,000</b>	<b>1,25</b>	<b>0,147</b>
AAMD7	0,27	-0,27	1,24	0,57	13,17	0,000	4,69	0,000
AAMD8	0,25	-0,24	1,12	0,79	11,94	0,000	2,01	0,001
<b>AAMD9</b>	<b>-0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>1,04</b>	<b>0,95</b>	<b>2,24</b>	<b>0,000</b>	<b>1,19</b>	<b>0,201</b>
AAMD10	-0,09	0,09	0,78	1,17	3,62	0,000	2,24	0,000
<b>AAMD11</b>	<b>0,11</b>	<b>-0,10</b>	<b>1,06</b>	<b>0,93</b>	<b>2,70</b>	<b>0,000</b>	<b>1,29</b>	<b>0,114</b>
AAMD12	-0,07	0,07	0,81	1,15	2,90	0,000	2,02	0,001
AAMD13	0,29	-0,28	1,18	0,68	15,54	0,000	2,97	0,000
<b>AAMD14</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,15</b>	<b>0,99</b>	<b>0,99</b>	<b>5,26</b>	<b>0,000</b>	<b>1,00</b>	<b>0,500</b>



## KVALITETA SKRBI ZA MENTALNO ZDRAVLJE

### *Kvaliteta skrbi za mentalno zdravlje s obzirom na vrstu smještaja*

Da bismo utvrdili kakva je kvaliteta skrbi za mentalno zdravlje ispitanika u obitelji i instituciji analizirani su odgovori na pitanja (varijable) iz upitnika o općim podacima. U daljnju obradu su uključeni samo ispitanici iz obitelji i institucije koji su imali pozitivan odgovor na varijabli O10 *Posjet psihijatru*. U tablici 8. vidimo da je pozitivan odgovor dobiven za ukupno 37,8 % ispitanika u obitelji, te

48,4 % ispitanika u instituciji. Takav podatak u skladu je s podacima iz literature o učestalosti javljanja problema mentalnog zdravlja u osoba s intelektualnim teškoćama (26,27). I u obitelji i u instituciji najveći postotak ispitanika koji je bar jednom posjetio psihijatra ima umjerene intelektualne teškoće. Iz tablice 9, koja pokazuje raspodjelu oblika skrbi za mentalno zdravlje, vidimo zabrinjavajući podatak da ni jedna osoba s lakim stupnjem intelektualnih teškoća koja ima probleme mentalnog zdravlja (bez obzira koje) nije uključena u psihoterapijski tretman, iako mogu sudjelovati u takvim oblicima tretmana, ako su njima prilagođeni (28-30).

Tablica 8.

*Učestalost posjeta psihijatru u odnosu na težinu intelektualnih teškoća i vrstu smještaja.*

Smještaj	Posjet psihijatru	Stupanj intelektualnih teškoća					
		laka	umjerena	teža	teška	ukupno	
u obitelji	da	f	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>34</b>
		%	27,3	40,7	36,8	0,0	37,8
	ne	f	8	35	12	1	56
		%	72,7	59,3	63,2	100,0	62,2
	ukupno	f		59	19	1	90
%			100	100	100	100	
u instituciji	da	f	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>45</b>
		%	41,7	44,2	62,5	40,0	48,4
	ne	f	7	29	9	3	48
		%	58,3	55,8	37,5	60,0	51,6
	ukupno	f	12	52	24	5	93
%	100	100	100	100	100	100	

Tablica 9.

*Učestalost primjene određenih oblika tretmana problema mentalnog zdravlja u postotcima.*

	LIT obitelj (%)	LIT institucija (%)	UIT obitelj (%)	UIT institucija (%)	Teže IT obitelj (%)		Teške IT obitelj (%)	Teške IT institucija (%)
Redovite kontrole psihijatra	100	100	95,8	87,0	100		-	50
Psihofarmak	100	100	75,0	82,6	71,4	93,3	-	100
Antiepileptik	33,3	40	33,3	52,2	28,6	53,3	-	100
Drugi psihofarmak	100	100	8,3	0	0	13,3	-	0
Antipsihotik	100	60	54,2	65,2	28,6	73,3	-	100
Antidepresiv	33,3	0	12,5	8,7	42,9	0	-	100
Sedativ	33,3	80	9,2	43,5	14,3	73,3	50	50
Stabilizator raspoloženja	33,3	0	4,2	4,3	14,3	0	-	0
Psihoterapija	0	0	4,2	0	0	6,7	-	0
Okupacijska terapija	0	80	3,3	34,8	42,9	26,7	-	50

Razlika u kvaliteti skrbi za mentalno zdravlje s obzirom na smještaj ispitana je robusnom diskriminativnom analizom. Ekstrahirana je jedna diskriminacijska funkcija (tablica 10), razine značajnosti  $p < 0,01$ , dok diskriminacijska vrijednost iznosi 0,8131. Test razlike između centroida (F) iznosi 23,18. Na osnovi pregleda centroida diskriminativne funkcije vidljivo je su međusobno udaljeni za 1,25 standardnih devijacija, a više vrijednosti centroida izražene su za ispitanike iz obitelji.

Koeficijenti diskriminacije i koeficijenti korelacije svake varijable s diskriminativnom funkcijom prikazani su u tablici 11. Vidimo da diskriminativnoj funkciji najviše pridonose varijable koje se odnose na korištenje lijekova i to *psihofarmaka, antiepileptika, antidepresiva i sedativa*. Projekcije varijable O12b korištenje *antidepresiva* na diskriminativnu funkciju su negativne, što znači da se ispitanicima kojima se propisuju *psihofarmaci, antiepileptici i sedativi* u manjoj mjeri propisuju *antidepresivi*.

Da bismo na univarijatnoj razini dobili uvid u ispitivane razlike učinjena je univarijatna analiza varijance (tablica 12). Vidimo da se ispitanici u obitelji i instituciji statistički značajno razlikuju samo na četiri varijable, za koje centriodi pokazuju više vrijednosti za ispitanike iz obitelji. To se odnosi na varijable O10d *Psihički poremećaji*, O11b *Antiepileptik*, O12a *Antipsihotik* i O12c *Sedativ*, što znači da se ispitanicima u obitelji više dijagnosticira psihičkih

poremećaja, te propisuje više antiepileptika, antipsihotika i sedativa, ako ne uzimamo u obzir stupanj intelektualnih teškoća.

#### *Povezanost skrbi za mentalno zdravlje i psihičkih poremećaja*

Povezanost pokazatelja skrbi za mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama i psihičkih poremećaja ispitana je Programom za simultanu kanoničku korelacijsku analizu i kanoničku analizu kovarijanci QCCR (24), temeljem rezultata na Upitniku o općim podacima i rezultata na ljestvici SRPD izraženih bodovima i postocima.

#### a) Analiza rezultata ispitanika u obitelji

Analizom QCCR (tablica 13) dobivena je statistički značajna kvazikanonička korelacija ( $\rho=0,344$ ,  $p < 0,01$ ), odnosno par statistički značajnih kvazikanoničkih faktora (varijata u paru) koji međusobno dijele 11,8 % zajedničke varijance.

Iz tablice 14. koja pokazuje strukturu i kros-strukturu skupa varijabli Upitnika o općim podacima, vidljivo je da trivarijable iz lijevog skupa: O11a *Psihofarmak*, O12a *Ordiniran psihofarmak – Antipsihotik* te O10c *Poremećaj u ponašanju*, visoko koreliraju s pripadnim kanoničkim

Tablica 10.

*Rezultati robusne diskriminacijske analize bez obzira na stupanj intelektualnih teškoća.*

Diskrimin. funkcija	Lambda	Aritmetičke sredine	Standardne devijacije	F	p
1	0,8131	0,74-0,51	1,21 0,92	23,18	<b>0,000</b>

Tablica 11.

*Struktura diskriminacijskih funkcija.*

Varijable	Diskriminacijski koeficijenti	Korelacije s diskriminativnom funkcijom
O10c poremećaj u ponašanju	0,11	0,17
O10d psihički poremećaj	0,10	0,04
<b>O11a psihofarmak</b>	<b>0,43</b>	<b>0,52</b>
<b>O11b antiepileptik</b>	<b>0,37</b>	<b>0,32</b>
O12a antipsihotik	0,23	0,41
<b>O12b antidepresiv</b>	<b>-0,43</b>	<b>-0,57</b>
<b>O12c sedativ</b>	<b>0,56</b>	<b>0,68</b>
O12d stabilizator raspoloženja	-0,26	-0,33
O13a psihoterapija	0,18	0,28
O13b okupacijska terapija	0,03	-0,04

Tablica 12.

*Rezultati univarijatne analize varijance bez obzira na stupanj intelektualnih teškoća.*

Varijable	Centroidi	Standardne devijacije	F	p	F1	p1
			Varijance			
O10c poremećaj u ponašanju	0,08 -0,05	1,00 1,00	1,39	0,098	1,01	0,500
<b>O10d psihički poremećaj</b>	<b>0,08 -0,05</b>	<b>0,98 1,01</b>	<b>1,87</b>	<b>0,007</b>	<b>1,08</b>	<b>0,419</b>
O11a psihofarmak	0,32 -0,22	1,30 0,64	5,49	0,000	4,19	0,000
<b>O11b antiepileptik</b>	<b>0,2 -0,19</b>	<b>0,94 0,99</b>	<b>6,09</b>	<b>0,000</b>	<b>1,11</b>	<b>0,385</b>
<b>O12a antipsihotik</b>	<b>0,17 -0,12</b>	<b>1,03 0,96</b>	<b>1,62</b>	<b>0,042</b>	<b>1,15</b>	<b>0,322</b>
O12b antidepresiv	-0,32 0,22	1,30 0,64	10,98	0,000	4,19	0,000
<b>O12c sedativ</b>	<b>0,42 -0,29</b>	<b>0,89 0,97</b>	<b>13,31</b>	<b>0,000</b>	<b>1,18</b>	<b>0,312</b>
O12d stabilizator raspoloženja	-0,19 0,13	1,33 0,66	12,35	0,000	4,05	0,000
O13a psihoterapija	0,13 -0,09	0,71 1,15	8,61	0,000	2,60	0,003
O13b okupacijska terapija	0,03 -0,02	0,99 1,01	1,25	0,188	1,03	0,473

Tablica 13.

*Kvazikanoničke korelacije i test značajnosti.*

f	rho	rho <sup>2</sup>	F-test	sig
1	0,344	0,118	11,812	<b>0,001</b>

rho = kvazikanonička korelacija

rho<sup>2</sup> = zajednička objašnjena varijanca dva kanonička faktora u paru

Tablica 14.

*Struktura (F) i kros-struktura (F2) lijevog skupa.*

Varijable	F	F2
O10c poremećaj u ponašanju	<b>0,630</b>	0,241
O10d psihički poremećaj	0,483	0,175
O10e neopredijeljeno	-0,104	-0,076
O11a psihofarmak	<b>0,874</b>	0,238
O11b antiepileptik	0,296	0,077
O11c ordiniran lijek – ostalo	0,198	0,065
O12a ordiniran psihofarmak – antipsihotik	<b>0,796</b>	0,241
O12b ordiniran psihofarmak - antidepresiv	0,381	0,045
O12c ordiniran psihofarmak - sedativ	0,473	0,089
O12d ordiniran psihofarmak – stabilizator raspoloženja	0,155	-0,008
O13a psihoterapija	0,423	0,226
O13b okupacijska terapija	0,366	0,128
O13c drugi oblici liječenja – drugo	-0,121	-0,101

faktorom, dok su korelacije s nasuprotnim kanoničkim faktorom iz desnog skupa (SRPD) vrlo niske. U tablici 15. vidimo strukturu i kros-strukturu za SRPD sumarne varijable (bodovi i postotci). Obje varijable iz desnog skupa (SRPD) vrlo visoko i negativno koreliraju s pripadnim kanoničkim faktorom. Povezanost s kanoničkim faktorom iz nasuprotnog skupa je srednje jaka i također negativna.

Iz navedenog možemo zaključiti da postoji statistički značajna, obrnuto proporcionalna povezanost između kvalitete skrbi za mentalno zdravlje i psihičkih poremećaja za ispitanike u obitelji. Pokazalo se da je ispitanicima u obitelji koji imaju više psihičkih poremećaja manje ordinirano psihofarmaka i antipsihotika, manje im je dijagnosticiran poremećaj u ponašanju, ali i psihički poremećaj (odnosno nije im postavljena dijagnoza), ali i da nisu uključeni u psihoterapiju ili okupacijsku terapiju.

#### b) Analiza rezultata ispitanika u instituciji

Analizom QCCR (tablica 16) dobivena je statistički značajna kvazikanonička korelacija ( $\rho = 0,503, p < 0,01$ ), odnosno par statistički značajnih kvazikanoničkih faktora (varijata u paru) koji međusobno dijele 25,3 % zajedničke varijance, što je više nego u uzorku ispitanika u obitelji. Iz

Tablica 15.

*Struktura (F) i kros-struktura (F1) desnog skupa.*

Varijable	F	F1
SRPD_b	-0,984	-0,358
SRPD_p	-0,979	-0,314

tablice 17, koja pokazuje strukturu i kros-strukturu skupa varijabli Upitnika o općim podacima, vidljivo je da četiri varijable iz lijevog skupa: O11a *Psihofarmak*, O12a *Ordiniran psihofarmak – Antipsihotik*, O12c *Ordiniran psihofarmak – Sedativ* te O10c *Poremećaj u ponašanju* visoko koreliraju s pripadnim kanoničkim faktorom, dok s nasuprotnim kanoničkim faktorom iz desnog skupa (SRPD) najviše koreliraju dvije varijable sa značajno nižim vrijednostima (O11a *Psihofarmak*, O12a *Ordiniran psihofarmak – Antipsihotik*). Ostale korelacije su vrlo niske. U tablici 18. vidimo strukturu i kros-strukturu za SRPD sumarne varijable (bodovi i postotci). Obje varijable iz desnog skupa (SRPD) vrlo visoko i negativno koreliraju s pripadnim kanoničkim faktorom. Povezanost s kanoničkim faktorom iz nasuprotnog skupa je srednje jaka i također negativna. Iz navedenog možemo zaključiti da postoji statistički značajna, obrnuto proporcionalna povezanost između kvalitete skrbi za mentalno zdravlje i psihičkih poremećaja u ispitanika u instituciji: ispitanicima koji imaju više psihičkih poremećaja manje je ordinirano psihofarmaka i antipsihotika, rjeđe im je postavljena dijagnoza poremećaj u ponašanju, ali i psihički poremećaji (odnosno nije im postavljena dijagnoza) te da nisu uključeni u psihoterapiju ili okupacijsku terapiju, što je gotovo identično rezultatima ispitanika u obitelji.

Tablica 16.

*Kvazikanoničke korelacije i test značajnosti.*

	rho	rho <sup>2</sup>	F-test	sig
1	0,503	0,253	30,764	<b>0,000</b>

rho = kvazikanonička korelacija

rho<sup>2</sup> = zajednička objašnjena varijanca dva kanonička faktora u paru

Tablica 17.

*Struktura (F) i kros-struktura (F2) lijevog skupa.*

Varijable	F	F2
O10c poremećaj u ponašanju	<b>0,680</b>	0,286
O10d psihički poremećaj	0,403	0,217
O10e neopredijeljeno	-0,028	0,093
O11a psihofarmak	<b>0,911</b>	<b>0,398</b>
O11b antiepileptik	0,300	0,069
O11c ordiniran lijek – ostalo	-0,220	-0,161
O12a ordiniran psihofarmak – antipsihotik	<b>0,826</b>	<b>0,460</b>
O12b ordiniran psihofarmak - antidepressiv	-0,040	-0,032
O12c ordiniran psihofarmak - sedativ	<b>0,726</b>	0,318
O12d ordiniran psihofarmak - stabilizator raspoloženja	0,339	0,231
O13a psihoterapija	0,162	0,033
O13b okupacijska terapija	-0,094	-0,102

Tablica 18.

*Struktura (F) i kros-struktura (F1) desnog skupa.*

	F	F1
SRPD_b	-0,980	-0,461
SRPD_p	-0,984	-0,523

*Povezanost skrbi za mentalno zdravlje i problema ponašanja*

Povezanost pokazatelja skrbi za mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama i problema ponašanja ispitana je Programom za simultanu kanoničku korelacijsku analizu i kanoničku analizu kovarijanci QCCR (24), temeljem rezultata na Upitniku o općim podacima i rezultata na sumarnim varijablama ljestvice AAMD II.

a) Analiza rezultata za ispitanike u obitelji

Analizom QCCR (tablica 19) dobivene su četiri statistički značajne kvazikanoničke korelacije ( $\rho_1 = 0,433$ ,  $\rho_2 = 0,504$ ,  $\rho_3 = 0,534$ ,  $\rho_4 = 0,375$ ,  $p < 0,01$ ), odnosno četiri para statistički značajnih kvazikanoničkih faktora (varijata u paru) koji međusobno dijele od 14,1 % do 28,5 % zajedničke varijance. Iz tablica 20. i 21. koje pokazuju strukturu i kros-strukturu skupa varijabli Upitnika o općim podacima, vidljivo je da dio varijabli iz lijevog skupa: O10c *Poremećaj u ponašanju*, O11a *Psihofarmak*, O12a *Ordiniran psihofarmak – Antipsihotik* te O13a *Psihoterapija* visoko koreliraju s prvim pripadnim kanoničkim faktorom, s drugim faktorom visoko korelira varijabla O10d *Psihički poremećaj* i O12d *Ordiniran psihofarmak – Stabilizator raspoloženja*, srednje jako korelira varijabla O12b *Ordiniran psihofarmak – Antidepressiv*, dok se čini da su treći i četvrti faktor unikni i da se preklapaju, stoga nisu pogodni za interpretaciju.

Korelacije s nasuprotnim kanoničkim faktorom iz desnog skupa (AAMD II) su vrlo niske (tablica 21), osim toga značajnu i srednje jaku projekciju na prvi i drugi faktor ima samo po jedna varijabla, stoga je faktor unikni i nije pogodan za interpretaciju.

Tablica 19.

*Kvazikanoničke korelacije i test značajnosti.*

	rho	rho <sup>2</sup>	F-test	sig
1	0,433	0,188	20,316	<b>0,000</b>
2	0,504	0,254	29,956	<b>0,000</b>
3	0,534	0,285	35,096	<b>0,000</b>
4	0,375	0,141	14,427	<b>0,000</b>

rho = kvazikanonička korelacija

rho<sup>2</sup> = zajednička objašnjena varijanca dva kanonička faktora u paru



Tablica 20.  
*Struktura lijevog skupa varijabli.*

Varijable	CV1-1	CV1-2	CV1-3	CV1-4
O10c poremećaj u ponašanju	<b>0,639</b>	-0,028	0,080	-0,327
O10d psihički poremećaj	0,357	<b>0,784</b>	0,125	-0,083
O10e neopredijeljeno	-0,063	0,132	0,107	0,053
O11a psihofarmak	<b>0,795</b>	<b>0,726</b>	0,368	-0,352
O11b antiepileptik	<b>0,406</b>	-0,064	-0,358	-0,083
O11c ordiniran lijek – ostalo	0,080	0,042	0,020	0,033
O12a ordiniran psihofarmak – antipsihotik	<b>0,745</b>	<b>0,560</b>	0,416	-0,294
O12b ordiniran psihofarmak - antidepresiv	0,269	<b>0,554</b>	-0,071	-0,350
O12c ordiniran psihofarmak - sedativ	<b>0,407</b>	0,328	0,298	-0,220
O12d ordiniran psihof. – stabilizator raspoloženja	0,137	<b>0,634</b>	-0,056	0,323
O13a psihoterapija	<b>0,626</b>	-0,272	-0,219	0,016
O13b okupacijska terapija	0,198	0,218	<b>0,561</b>	-0,552
O13c drugi oblici liječenja-ostalo	0,046	-0,009	0,516	<b>0,653</b>

CV-1 do CV-4: paralelne projekcije varijabli 1. skupa na kanoničke faktore iz 1. skupa

Tablica 21.  
*Kros-struktura lijevog skupa varijabli.*

Varijable	CV2-1	CV2-2	CV2-3	CV2-4
O10c poremećaj u ponašanju	0,270	-0,092	-0,005	-0,017
O10d psihički poremećaj	0,085	0,353	-0,075	-0,039
O10e neopredijeljeno	-0,052	0,082	0,073	0,003
O11a psihofarmak	0,219	0,248	0,108	-0,062
O11b antiepileptik	0,146	0,027	-0,220	0,022
O11c ordiniran lijek - ostalo	-0,026	-0,032	-0,013	0,032
O12a ordiniran psihofarmak - antipsihotik	0,260	0,150	0,144	-0,063
O12b ordiniran psihofarmak - antidepresiv	0,026	0,231	-0,108	-0,067
O12c ordiniran psihofarmak - sedativ	0,121	0,074	0,103	0,014
O12d ordiniran psihof. - stabilizator raspoloženja	0,040	<b>0,374</b>	-0,088	0,202
O13a psihoterapija	<b>0,415</b>	-0,304	-0,097	0,027
O13b okupacijska terapija	-0,005	0,035	0,281	-0,150
O13c drugi oblici liječenja-ostalo	0,062	-0,040	0,284	0,252

CV2-1 do CV-4: paralelne projekcije varijabli 1. skupa na kanoničke faktore iz 2. skupa

U tablicama 22. i 23. vidimo strukturu i kros-strukturu za AAMD II sumarne varijable koje čine desni skup u QCCR analizi. Gotovo sve varijable (osim AAMD14 *Upotreba lijekova*) imaju visoke i negativne korelacije s prvim faktorom. S drugim faktorom veći dio varijabli koje visoko koreliraju s prvim faktorom ima srednje jake do visoke korelacije i s drugim faktorom samo obrnutog smjera (pozitivne korelacije). Treći i četvrti faktor nisu pogodni za interpretaciju. S faktorom iz lijevog skupa (tablica 23) kros-

korelacije su niske do srednje jake i negativne na prvom faktoru, dok je s ostalim faktorima korelacija vrlo niska.

#### b) Analiza rezultata ispitanika u instituciji

Analizom QCCR (tablica 24) dobivene su tri statistički značajne kvazikanoničke korelacije ( $\rho_1 = 0,637$ ,  $\rho_2 = 0,624$ ,  $\rho_3 = 0,574$ ,  $p < 0,01$ ), odnosno tri para statistički značajnih kvazikanoničkih faktora (varijata u paru) koji međusobno dijele od 32,9 % do 40,6 % zajedničke varijan-

Tablica 22.  
*Struktura desnog skupa varijabli.*

Varijable	CV2-1	CV2-2	CV2-3	CV2-4
AAMD1 sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	<b>-0,854</b>	0,582	0,000	-0,030
AAMD2 nesocijalno ponašanje	<b>-0,829</b>	0,804	0,150	-0,232
AAMD3 otpor prema autoritetu	<b>-0,863</b>	0,661	-0,220	-0,192
AAMD4 neodgovorno ponašanje	-0,580	<b>0,612</b>	0,416	-0,370
AAMD5 povučeno ponašanje	-0,413	0,142	-0,071	0,459
AAMD6 stereotipno ponašanje i manirizmi	<b>-0,628</b>	0,340	-0,386	-0,400
AAMD7 neprimjerene navike u kontaktu s drugim	<b>-0,730</b>	0,706	0,052	-0,467
AAMD8 neprihvatljive govorne navike	<b>-0,661</b>	0,590	-0,063	-0,334
AAMD9 neprihvatljive i neobične navike	<b>-0,734</b>	0,616	-0,321	0,042
AAMD10 ponašanje upravljeno protiv samog sebe	<b>-0,789</b>	0,603	-0,166	0,011
AAMD11 sklonost hiperaktivnom ponašanju	-0,624	0,382	-0,364	<b>-0,642</b>
AAMD12 neprihvatljivo seksualno ponašanje	<b>-0,701</b>	0,635	0,193	-0,084
AAMD13 psihički poremećaji	<b>-0,725</b>	0,474	0,487	-0,041
AAMD14 upotreba lijekova	-0,227	<b>-0,577</b>	0,211	-0,162

CV2: paralelne projekcije varijabli 2. skupa na kanonički faktor iz 2. skupa (kriterij značajnosti: značajne su one korelacije – projekcije koje imaju  $r > 0,35$ )

Tablica 23.  
*Kros-struktura desnog skupa.*

Varijable	CV1-1	CV1-2	CV1-3	CV1-4
AAMD1 sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	<b>-0,495</b>	0,061	0,001	0,085
AAMD2 nesocijalno ponašanje	-0,280	0,192	0,067	-0,028
AAMD3 otpor prema autoritetu	-0,395	0,097	-0,181	0,002
AAMD4 neodgovorno ponašanje	-0,048	0,155	0,166	-0,115
AAMD5 povučeno ponašanje	-0,173	-0,066	-0,051	0,182
AAMD6 stereotipno ponašanje i manirizmi	-0,120	0,001	-0,148	-0,135
AAMD7 neprimjerene navike u kontaktu s drugim	-0,175	0,260	0,155	-0,073
AAMD8 neprihvatljive govorne navike	-0,094	0,067	-0,087	-0,051
AAMD9 neprihvatljive i neobične navike	-0,119	0,104	-0,070	0,080
AAMD10 ponašanje upravljeno protiv samog sebe	-0,257	0,063	-0,066	0,101
AAMD11 sklonost hiperaktivnom ponašanju	-0,272	-0,005	-0,155	-0,163
AAMD12 neprihvatljivo seksualno ponašanje	-0,175	0,128	0,064	-0,049
AAMD13 psihički poremećaji	-0,247	0,069	0,255	0,059
AAMD14 upotreba lijekova	-0,381	<b>-0,621</b>	0,119	-0,063

CV1: paralelne projekcije varijabli 2. skupa na kanonički faktor iz 1. skupa (kriterij značajnosti: značajne su one korelacije – projekcije koje imaju  $r > 0,35$ )

ce. Iz tablica 25. i 26. koje pokazuju strukturu i kros strukturu skupa varijabli Upitnika o općim podacima, vidljivo je da dio varijabli iz lijevog skupa: O10c *Poremećaj u ponašanju*, O11a *Psihofarmak*, O12a *Ordiniran psihofarmak – Antipsihotik* te O12c *Ordiniran psihofarmak - Sedativ* visoko koreliraju s prvim pripadnim kanoničkim faktorom, s drugim faktorom visoko korelira varijabla O10d *Psihički poremećaji*, srednje jako korelira varijabla O11b *Antiepileptik* i O13a *Psihoterapija*, dok se čini da je treći faktor

unikni i stoga nije pogodan za interpretaciju. S faktorom iz desnog skupa (tablica 26) kros-korelacije su značajne samo za četiri varijable i to srednje jake na prvom faktoru, dok je a ostalim faktorima korelacija vrlo niska i unikna.

U tablicama 27. i 28. vidimo strukturu i kros-strukturu za sumarne varijable AAMD II koje čine desni skup u QCCR analizi. Većina varijabli ima visoke do srednje jake i negativne korelacije s prvim faktorom. S drugim faktorom mali broj varijabli ima srednje jake i značajne korelacije kao i s trećim

faktorom. S faktorom iz lijevog skupa (tablica 28) kros-korelacije su niske do srednje jake i negativne na prvom faktoru, dok je s ostalim faktorima korelacija vrlo niska.

Iz navedenih analiza za obje skupine ispitanika može se zaključiti da je ispitanicima u obitelji i instituciji koji imaju više problema u ponašanju manje ordinirano psihofarmaka, antipsihotika i sedativa, manje su dijagnosticirani kao poremećaj u ponašanju, ali i kao psihički poremećaji (odnosno nije im utvrđena dijagnoza ali i da nisu uključeni u psihoterapiju ili okupacijsku terapiju, što je gotovo identično rezultatima ispitanika u odnosu na psihičke poremećaje).

Također možemo zaključiti da se u našem istraživanju pokazalo da se u svim slučajevima problema s mentalnim

Tablica 24.

*Kvazikanoničke korelacije i test značajnosti.*

	rho	rho <sup>2</sup>	F-test	sig
1	0,637	0,406	61,514	<b>0,000</b>
2	0,624	0,389	57,382	<b>0,000</b>
3	0,574	0,329	44,195	<b>0,000</b>

zdravljem dominantno koristi biološka dimenzija, odnosno psihofarmakološka terapija za razliku od suvremenog integrativnog pristupa koji razlikuje tretman s obzirom na vrstu problema mentalnog zdravlja (17,18).

Tablica 25.

*Struktura lijevog skupa varijabli.*

Varijable	CV1-1	CV1-2	CV1-3
O10c poremećaj u ponašanju	<b>0,644</b>	-0,520	0,508
O10d psihički poremećaj	0,478	<b>0,658</b>	-0,134
O10e neopredijeljeno	-0,116	0,336	-0,192
O11a psihofarmak	<b>0,915</b>	0,198	0,464
O11b antiepileptik	0,275	<b>0,569</b>	0,348
O11c ordiniran lijek - ostalo	-0,092	0,163	-0,119
O12a ordiniran psihofarmak - antipsihotik	<b>0,799</b>	-0,065	0,501
O12b ordiniran psihofarmak - antidepresiv	0,033	0,130	-0,328
O12c ordiniran psihofarmak - sedativ	<b>0,754</b>	0,000	0,388
O12d ordiniran psihof. - stabilizator raspoloženja	0,394	-0,198	<b>-0,568</b>
O13a psihoterapija	0,152	<b>0,559</b>	0,132
O13b okupacijska terapija	0,103	0,230	-0,292

Tablica 26.

*Kros-struktura lijevog skupa varijabli.*

Varijable	CV2-1	CV2-2	CV2-3
O10c poremećaj u ponašanju	0,347	-0,301	0,121
O10d psihički poremećaj	0,312	0,382	-0,109
O10e neopredijeljeno	-0,042	0,251	-0,160
O11a psihofarmak	<b>0,476</b>	0,105	0,161
O11b antiepileptik	0,105	0,359	0,151
O11c ordiniran lijek - ostalo	-0,065	0,171	-0,019
O12a ordiniran psihofarmak - antipsihotik	<b>0,528</b>	-0,056	0,145
O12b ordiniran psihofarmak - antidepresiv	0,021	0,008	-0,144
O12c ordiniran psihofarmak - sedativ	<b>0,443</b>	-0,044	0,108
O12d ordiniran psihof. - stabilizator raspoloženja	<b>0,420</b>	-0,161	-0,472
O13a psihoterapija	0,051	0,322	0,035
O13b okupacijska terapija	0,167	0,116	-0,199

Tablica 27.  
*Struktura desnog skupa varijabli.*

Varijable	CV2-1	CV2-2	CV2-3
AAMD1 sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	<b>-0,865</b>	0,271	0,083
AAMD2 nesocijalno ponašanje	<b>-0,681</b>	0,444	0,139
AAMD3 otpor prema autoritetu	<b>-0,805</b>	0,264	0,362
AAMD4 neodgovorno ponašanje	<b>-0,576</b>	0,089	-0,128
AAMD5 povučeno ponašanje	-0,326	<b>-0,626</b>	0,145
AAMD6 stereotipno ponašanje i manirizmi	<b>-0,623</b>	-0,266	0,266
AAMD7 neprimjerene navike u kontaktu s drugima	-0,388	-0,042	-0,341
AAMD8 neprihvatljive govorne navike	<b>-0,633</b>	0,121	0,499
AAMD9 neprihvatljive i neobične navike	<b>-0,731</b>	-0,067	0,267
AAMD10 ponašanje upravljeno protiv samog sebe	<b>-0,726</b>	0,176	0,449
AAMD11 sklonost hiperaktivnom ponašanju	<b>-0,741</b>	0,251	-0,017
AAMD12 neprihvatljivo seksualno ponašanje	-0,331	0,118	-0,100
AAMD13 psihički poremećaji	<b>-0,670</b>	0,148	0,666
AAMD14 upotreba lijekova	<b>-0,519</b>	-0,602	0,218

Tablica 28.  
*Kros-struktura desnog skupa varijabli.*

Varijable	CV1-1	CV1-2	CV1-3
AAMD1 sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	<b>-0,610</b>	0,147	-0,143
AAMD2 nesocijalno ponašanje	<b>-0,467</b>	0,137	-0,060
AAMD3 otpor prema autoritetu	<b>-0,463</b>	0,138	0,100
AAMD4 neodgovorno ponašanje	-0,386	-0,032	-0,105
AAMD5 povučeno ponašanje	-0,148	-0,376	-0,009
AAMD6 stereotipno ponašanje i manirizmi	-0,273	-0,121	-0,005
AAMD7 neprimjerene navike u kontaktu s drugim	-0,363	-0,058	-0,179
AAMD8 neprihvatljive govorne navike	-0,242	0,059	0,224
AAMD9 neprihvatljive i neobične navike	-0,363	0,020	0,001
AAMD10 ponašanje upravljeno protiv samog sebe	-0,330	0,161	0,151
AAMD11 sklonost hiperaktivnom ponašanju	<b>-0,475</b>	0,087	-0,146
AAMD12 neprihvatljivo seksualno ponašanje	-0,284	0,004	-0,086
AAMD13 psihički poremećaji	<b>-0,450</b>	-0,037	0,336
AAMD14 upotreba lijekova	<b>-0,449</b>	-0,435	0,034

## ZAKLJUČAK

*Rezultati istraživanja su sažeto pokazali sljedeće:*

1. Psihički poremećaji i problemi ponašanja statistički se značajno razlikuju s obzirom na učestalost pojavljivanja i vrstu ovisno o stupnju intelektualnih teškoća, što je sukladno razvojnom pristupu u konceptu mentalnog zdravlja osoba s intelektualnim teškoćama.
2. Između odraslih osoba s intelektualnim teškoćama koje žive u vlastitoj obitelji i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u institucionalnom smje-

štaju postoji statistički značajna razlika u pojavi psihičkih poremećaja - ta razlika se dominantno odnosi na osobe s umjerenim i težim intelektualnim teškoćama i to u smislu veće učestalosti pojave psihičkih poremećaja kod ispitanika koji žive u vlastitoj obitelji.

3. Između odraslih osoba s intelektualnim teškoćama koje žive u vlastitoj obitelji i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u institucionalnom smještaju postoji statistički značajna razlika u pojavi problema ponašanja. U cijelom uzorku ispitanika manja je učestalost problema ponašanja u obitelji,



međutim u odnosu na stupanj intelektualnih teškoća rezultati nisu ujednačeni. U ispitanika s lakim i težim stupnjem intelektualnih teškoća u obitelji manja je pojava problema ponašanja u odnosu na ispitanike s istim stupnjem intelektualnih teškoća u instituciji, dok je kod ispitanika s umjerenim stupnjem intelektualnih teškoća u obitelji veća učestalost pojave problema ponašanja od onih koji žive u instituciji.

4. Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika između postojećih dijagnoza psihičkih poremećaja (tradicionalni pristup) i dijagnoza psihičkih poremećaja prema razvojnom pristupu kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, u smislu veće dominacije tradicionalnog pristupa.
5. Kao što smo i očekivali, pokazalo se da u našim uvjetima postoji dominacija tradicionalnog pristupa temeljenog na farmakoterapiji u skrbi za probleme mentalnog zdravlja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama u odnosu na suvremeni (integrativni, razvojni) pristup.

U generalizaciji navedenih rezultata potreban je oprez, ali kako je istraživanje provedeno u Gradu Zagrebu i okolici gdje su u najmanju ruku uvjeti življenja jednaki (ako ne i bolji u nekim segmentima) onima u drugim područjima Republike Hrvatske, možemo zaključiti kako je potreban veliki zaokret u kvaliteti pružanja adekvatne skrbi za probleme mentalnog zdravlja odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. Pokazalo sa da život u vlastitoj obitelji nije u svim situacijama i u svih osoba zaštitni faktor u smislu prevencije problema mentalnog zdravlja, što nas usmjerava u poboljšanje uvjeta življenja i većih mogućnosti izbora, ali i servisa u zajednici koji bi osobama koji žive u svojim obiteljima ili samostalnom stanovanju pružili podršku u svim za njih važnim životnim (svakodnevnim) situacijama.

## LITERATURA

1. Baumeister AA, Todd ME, Sevin JA. Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. *Clin Neuropharmacol* 1993; 16: 271-94.
2. Kramarić M. Problemi skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama u Republici Hrvatskoj. *Soc psihijat* 2010; 38: 159-62.
3. Tsimaras VK, Gaimouridou GA, Kokaridas DG, Sidiropoulou MP, Patsiaouras AI. The effect of traditional dance training program on dynamic balance of individuals with mental retardation. *J Strength Cond Res* 2012; 26: 192-8.
4. Friedman ND, Shedlack KJ. Assessment and management of patients with intellectual disabilities by psychiatric consultant. *Psychosomatics* 2011; 52: 210-7.
5. Royal College of Psychiatrists. DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Gaskell Press, 2001.
6. Deb S, Matthew T, Holt G, Bouras N. Practice Guidelines for assesment and diagnosis of menal health problem in adults with intellectual disability. Brighton: Pavilion, 2001.
7. Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki Ch, First M, eds. Diagnostic Manual - Intellectual Disability. New York, Kingston: NADD Press, 2007.
8. Rutter ML. Psychiatric disorder and intellectual impairment in childhood. *Br J Psychiatry* 1975; Spec No 9: 344.
9. Cichetti D, Tooth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 541-65.
10. Greenspan SI. Twin studies, heritability and inteligenec. *Science* 1997; 21: 1384-5.
11. Pardes H. A changing psychiatry for the future. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1383-6.
12. Rappaport N. The meaning of psychotropic medications for children, adolescent and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1198-200.
13. Menolascino FJ. Handicapped children and youth: current-future international perspectives and challenges. *Hosp Community Psychiatry* 1979; 30: 383-4.
14. Došen A. A Developmental–Psychiatric Approach in the Diagnosis of Psychiatric Disorders of Persons With Mental Retardation. Venray, Netherlands: Nieuw Sprealand, 1994.
15. Došen A, Igrić Lj. Unaprjeđenje skrbi za osobe s mentalnom retardacijom: Zagreb: ERF, 2002, 69-118.
16. Došen A, Poremećaji ponašanja i psihički poremećaji u osoba s intelektualnim teškoćama. *Soc psihijat* 2010; 38: 105-64.
17. Došen A, Gardner WI, Griffiths DM, King R, Lapointe A. Practice guidelines and principles: assessment, diagnosis, treatment, and related support services for persons with intellectual disabilities and problem behaviour. European Edition. Gouda: Centre of Consultation and Expertise, 2007.
18. Došen A. Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51: 66-74.
19. Igrić Lj, Fulgosi-Masnjak, R. AAMD Skala adaptivnog ponašanja. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Fakultet za defektologiju, 1991.
20. Momirović A. Algorithm and program for the determination of some metric characteristics of cognitive psychological tests. Proceedings of 5th international symposium „Computer at the University“, Cavtat, 1983, 785-9.
21. Nikolić B. Neki modeli za rješavanje problema planiranja i kontrole transformacijskih procesa u primjeni kompjutora kod osoba s teškoćama socijalne integracije. *Defektologija* 1991; 28: 129-39.
22. Štalec J, Momirović K. On a very simple method for robust discriminant analysis. Proceedings of the 6th International Symposium „Computer at the University“, Dubrovnik, 1984; 512.1-515.16.
23. Nikolić B. Povezanost dvaju skupova varijabli na temelju kanoničke analize kovarijanci, 5. znanstveni skup: Rehabilitacija i inkluzija, Fakultet za defektologiju, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 1997.

24. Knežević G., Momirović K. Algoritam i program (QCCR) za analizu relacija kanoničke korelacijske analize i kanoničke analize kovarijanse. U: Kostić P, ur. Problemi merenja u psihologiji. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja / IKSI, 1996, 2, 57-74.
25. Chan J, Hudson C, Vulic C. Services for adults with intellectual disability and mental illness: Are we getting it right? Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), 2004; 3: 1-6.
26. Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. J Intellect Disabil Res, 2001; 45: 506-14.
27. Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, Brunet A, Morin D, Roy ME. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res 2006; 50: 652-61.
28. Courtemanche AB, Schroeder SR, Sheldon JB. Designs and analysis of psychotropic and behavioural interventions for the treatment of problem behaviour among people with intellectual and developmental disabilities. Am J Intellect Dev Disabil 2011; 116: 315-28.
29. Brosnan J, Healy O. A review of behavioural interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. Res Dev Disabil 2011; 32: 437-46.
30. Brown M, Duff H, Karatzias T, Hershburgh D. A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities issues for research policy, education and clinical practise. J Intellect Disabil, 2011; 15: 31-45.

## SUMMARY

### MENTAL HEALTH OF ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

S. SEKUŠAK-GALEŠEV, M. KRAMARIĆ<sup>1</sup> and V. GALEŠEV<sup>2</sup>

*University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Department of Inclusive Education and Rehabilitation, <sup>1</sup>University of Zagreb, Faculty of Medicine, Zagreb University Hospital Center, Department of Emergency and Preventive Psychiatry and <sup>2</sup>Udžbenik.hr, Zagreb, Croatia*

*In persons with intellectual disabilities, mental health problems (behavioral problems and psychiatric disorders) are several times more common than in the general population. The more severe the intellectual disability, the more serious are the associated mental health problems. The main objective of this study was to investigate the existing forms of care and mental health problems of adults with intellectual disabilities in Zagreb County and the City of Zagreb, in order to introduce a modern, model-based integrative, developmental approach. The study was conducted in two samples of subjects: (a) 90 adults with intellectual disabilities (aged 21 years) living with their families; and (b) 93 adults with intellectual disabilities (aged 21 years) accommodated in an institution. The measuring instruments used were the scale for developmental-psychiatric diagnosis in persons with intellectual disability (SRPD; Došen, 1996); adaptive behavior scale (AAMD), part II (Igrić, Fulgosi Masnjak, 1991); and a questionnaire on general information developed for this study. Study findings could be summarized as follows: 1) the incidence and type of psychiatric disorders and behavioral problems differed statistically significantly, depending on the degree of intellectual disability; 2) there was a statistically significant difference in the occurrence of psychiatric disorders between adults with intellectual disabilities living with their families and adults with intellectual disabilities accommodated in an institution; 3) there was a statistically significant difference in the occurrence of problem behaviors between adults with intellectual disabilities living with their families and adults with intellectual disabilities accommodated in an institution; 4) there was a statistically significant difference between the existing diagnosis of psychiatric disorders (traditional approach) and diagnosis of psychiatric disorders according to the developmental approach; and 5) in our conditions, there is a predominance of the traditional approach based on psychopharmacotherapy for mental health problems in adults with intellectual disabilities over contemporary (integrative, developmental) approach. In conclusion, our study results suggest that major changes are needed in mental health care for persons with intellectual disabilities. Life in the family is not in all situations and in all subjects a protective factor for the prevention of mental health problems, and there is an urgent need to improve living conditions and choices, along with the support services in the community.*

**Key words:** persons with intellectual disability, nursing, mental health