

Depresyjność młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego w świetle badań empirycznych

Depressiveness in adolescents with mild retardation. A report of the research done

Ewa J a c k o w s k a, Kamilla D ę g a-R u d e w i c z

Z Zakładu Pedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Szczecińskiego
Kierownik: prof. dr hab. H. Łaś

Summary

The clinicians agree to a point that mental retardation is a risk factor for the development of a mental disorder and that all kinds mental disorders are present in this population.

Aim: The aim of this research was to find answers to two questions: 1. Was the intensity of depressiveness higher in adolescents with mild mind retardation in comparison to adolescents with normal IQ? 2. Were variables like gender, family situation and a religious attitude associated with the rate of depressiveness?

Method: The subjects were 160 adolescents (80 with mild mind retardation and 80 with normal IQ). The Children's Depression Inventory by M. Kovacs was used.

Results: The results pointed out that an intensity of depressiveness was significantly higher in adolescents with mental retardation. In the whole population girls had a higher rate of depressiveness in comparison to boys and in the whole population the family situation influenced the results in CDI. In adolescents with mental retardation a religious attitude was not significantly associated with depressiveness. In adolescents with normal IQ this dependence was found.

Słowa klucze: depresja, upośledzenie umysłowe stopnia lekkiego, młodzież

Key words: depression, mild mental retardation, adolescents

Wstęp

Wśród klinicystów istnieje zgodność poglądu, że upośledzenie umysłowe jest czynnikiem ryzyka dla zaburzeń psychicznych i że wszystkie kategorie „zwykłych” (usual) zaburzeń umysłowych występują wśród osób z upośledzeniem umysłowym [1]. Na podstawie wyników badań wiadomo [2, 3, 4], że obniżenie IQ poniżej 70

powoduje 3–4 razy większe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych, tak w populacji osób dorosłych, jak i dzieci. W opracowaniach z zakresu psychopatologii osób z upośledzeniem umysłowym [5, 6, 7] podaje się szczegółowe dane na ten temat. Np. w badaniach Ruttera, Grahama i Yule'a (cyt. za Szymańskim [1]) zaburzenia psychiczne stwierdzono u 7% dzieci z normą intelektualną i u 30% do 42% dzieci z ilorazem inteligencji niższym niż 70. Szymański, na podstawie szczegółowej diagnostyki stanu psychicznego 277 dzieci (według kryteriów DSM III) z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym, stwierdził, że wśród dzieci zaburzenia afektywne wystąpiły w 12% [1].

Biorąc pod uwagę rozmiar zaburzeń psychicznych w populacji osób z upośledzeniem umysłowym można się zastanawiać, czy problematyka psychopatologiczna tej grupy osób jest odpowiednio reprezentowana w polskich pracach badawczych. Uszczegóławiając tę myśl w odniesieniu do zaburzeń afektywnych w wieku rozwojowym należy stwierdzić, że opublikowanych prac jest bardzo niewiele. W ciągu ostatnich 10 lat ukazała się w Polsce jedna monografia poświęcona temu zagadnieniu [8]. Prezentowane doniesienie jest sprawozdaniem z przeprowadzonych badań screeningowych nad depresyjnością młodzieży z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego. Na podstawie analizy wyników badań zostaną sformułowane odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy nasilenie depresyjności jest wyższe u młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego w porównaniu z młodzieżą z normą intelektualną?
2. Jakie różnice pod względem nasilenia depresyjności zachodzą między dziewczętami a chłopcami?
3. Czy takie zmienne jak sytuacja rodzinna i postawa religijna mają wpływ na poziom depresyjności u młodzieży?

Z przeglądu literatury wynika, że depresja w wieku rozwojowym nie jest zjawiskiem jednorodnym. Jej objawy są nie tylko bardzo zróżnicowane, ale też podlegają w ciągu krótkiego czasu dużej zmienności [3, 6, 7, 9, 10]. Sprawę dodatkowo komplikują somatyczne objawy depresji, które mogą być substytutem objawów psychopatologicznych [10], a także nakładające się na zaburzenia depresyjne zaburzenia zachowania i trudności szkolne, które ze względu na swoją dramaturgię mogą przysłaniać osiowe objawy depresyjne. Trudno się zatem dziwić, że autorzy wymieniają kilka postaci depresji młodzieńczej lub tworzą długie listy objawów brzeżnych [9, 10, 11, 12].

Na podstawie literatury przedmiotu wiadomo, że osoby z upośledzeniem umysłowym manifestują pełny zakres zaburzeń afektywnych, wśród których najbardziej powszechnym objawem jest depresyjny nastrój [13]. Obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży z normą i z upośledzeniem umysłowym nie różni się w sposób istotny. Zauważa się jednak różnice w częstotliwości występowania poszczególnych objawów [6, 7, 8].

Ciekawe, że pomimo częstszego występowania zaburzeń depresyjnych w populacji osób z upośledzeniem umysłowym wyniki badań nie sugerują, aby osoby te (zarówno w wieku młodzieńczym, jak i dorosłym) częściej dokonywały zamachów samobójczych. W świetle wyników badań zachowania samobójcze u osób z upośledzeniem umysłowym są raczej rzadkie [13, 14, 15]. Stwierdza się przy tym, że czyn-

niki ryzyka są podobne do tych, które występują w populacji ogólnej. Czynnikiem różnicującym są metody dokonywania zamachów samobójczych, które mają znacznie bardziej pasywny charakter niż w przypadkach osób pełnosprawnych umysłowo [14]. O ile nam wiadomo nie prowadzi się w Polsce statystyki zamachów samobójczych z uwzględnieniem zmiennej poziomu sprawności umysłowej.

Powszechnie przyjmuje się, że rozpoznanie depresji, szczególnie w odniesieniu do młodzieży z upośledzeniem umysłowym, może być dokonane jedynie na podstawie rzetelnego badania klinicznego [2, 16]. W badaniach screeningowych, z zastosowaniem skal i inwentarzy, nie można zdiagnozować depresji. Osoby badane, udzielając informacji o tym, w jakim są nastroju, jak oceniają siebie, jak czują się w kontaktach społecznych itp., określają subiektywne poczucie obecności objawów zaliczanych do symptomów depresyjnych, które, jak słusznie zauważa Ormel i Sanderman [17], nie może być traktowane jako równoważne z diagnozą psychiatryczną. Stosując techniki kwestionariuszowe można jedynie zbadać nasilenie depresyjności, której ważnym wyznacznikiem jest ocena samopoczucia przez osobę badaną. W niniejszym artykule posługujemy się pojęciem depresyjności, gdyż nie wymaga ono konceptualizacji i łatwiej daje się zoperacjonalizować. Przyjęliśmy, że wskaźnikiem depresyjności jest poczucie osoby badanej, że występują u niej objawy zaliczane przez psychiatrów do symptomów depresyjnych. Można przypuszczać, że przy silnym poczuciu występowania objawów depresyjności badanie kliniczne potwierdziłoby występowanie depresji, a przy niskim – rozpoznanie depresji nie zostałoby postawione. Bez badania specjalistycznego przypuszczenia tego nie można potwierdzić. W kontekście przeprowadzonych badań zastąpienie więc pojęcia depresji pojęciem depresyjności wydaje się w pełni uzasadnione.

Material i metoda

Podstawową grupę badaną stanowiło 80 (40 dziewcząt i 40 chłopców) uczniów klas pierwszych i drugich Gimnazjum Specjalnego jednego z Zespołów Szkół Specjalnych w Szczecinie, grupę kontrolną – 80 (41 dziewcząt i 39 chłopców) uczniów klas pierwszych i drugich jednego z masowych gimnazjów w Szczecinie. Średni wiek życia młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego wynosił 14,62, a średni wiek życia młodzieży z grupy kontrolnej – 13, 51.

Do pomiaru depresyjności wykorzystano Inwentarz Depresyjności Dziecka CDI (Children's Depression Inventory) opracowany przez M. Kovacs za: [8]. Wyniki uzyskiwane w CDI mieszczą się w granicach od 0 do 54 punktów. Wynik wyższy od 11 punktów wskazuje zdaniem Kovacs na lekką depresję.

W celu określenia sytuacji rodzinnej badanych posłużono się techniką projekcyjną „portret rodziny”, opracowaną przez autorki. Do projekcji użyto 5 różnych, ogólnych charakterystyk („portretów”) rodzin. „Portret pierwszy” zawierał opis rodziny pełnej – wzorcowej. „Portret drugi” był opisem rodziny pełnej, w której więzy emocjonalne między członkami rodziny są rozluźnione. „Portret trzeci” charakteryzował rodzinę z problemem alkoholowym, „portret czwarty” – rodzinę niepełną, a „portret piąty” rodzinę zrekonstruowaną z surowym, odrzucającym dziecko ojczymem. Zadanie

osób badanych polegało na dokonaniu wyboru „portretu rodziny”, w której się wychowuje.

Do określenia postawy religijnej opracowano i zastosowano technikę projekcyjną „moja religijność”. Osobom badanym przedstawiono 3 wzory zachowania religijnego odpowiadające trzem postawom wobec religii: pozytywnej, obojętnej i negatywnej. Zadaniem badanego był wybór jednego z wzorów, który był najbardziej zbliżony do jego postawy religijnej.

Badania z uczniami Gimnazjum Specjalnego przeprowadzono w małych grupach lub indywidualnie. Z uczniami ze szkoły masowej przeprowadzono je zbiorowo, w trakcie lekcji szkolnych. Uczestnictwo w sondażu było dobrowolne. Uczniowie nie podpisali swoich protokołów badań. Wszystkie badania zostały przeprowadzone we wrześniu 2000 roku.

W opracowaniach statystycznych materiału empirycznego zastosowano test χ^2 oraz test t – Studenta [18].

Wyniki

Z danych zamieszczonych w tabeli 1 wynika, że zachodzą istotne statystycznie różnice w nasileniu depresyjności między dwoma badanymi podgrupami. Wyniki

Tabela 1

Różnice w pomiarze depresyjności pomiędzy młodzieżą z normą intelektualną a młodzieżą upośledzoną umysłowo w stopniu lekkim

Narzędzie badawcze	Młodzież upośledzona umysłowo w stopniu lekkim N=80		Młodzież prawidłowo rozwijająca się N=80		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M Kovacs	14,74	7,53	10,87	5,46	2,86	0,05

$$t = 2,86 > 2,000 = p_{0,05}$$

Tabela 2

Różnice między dziewczętami a chłopcami z normą intelektualną w nasileniu symptomów depresyjnych

Narzędzie badawcze	Dziewczęta N= 41		Chłopcy N=39		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M Kovacs	12,51	6,16	9,15	4,02	2,87	0,05

$$t = 2,87 > 2,021 = p_{0,05}$$

uzyskane przez młodzież z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim są istotnie wyższe od wyników młodzieży z normą intelektualną. Zgodnie z opinią Kovacs średnie wyniki sugerują lekką depresję za: [8].

Jak wynika z badań, nasilenie objawów depresyjności jest ściśle związane z płcią. Różnice między dziewczętami a chłopcami pod tym względem, w 2 wyodrębnionych podgrupach, przedstawiają tabele 2 i 3.

Wyniki uzyskane przez dziewczęta z normą intelektualną i upośledzeniem są istotnie wyższe od wyników chłopców w obydwu porównywanych podgrupach.

Tabela 3

Różnice między dziewczętami a chłopcami z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w nasileniu symptomów depresyjnych

Narzędzie badawcze	Dziewczęta N= 40		Chłopcy N=40		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI ML Kovacs	16,58	7,86	12,9	6,81	2,47	0,05

$$t = 2,47 > 2,000 = p_{0,05}$$

Różnice między młodzieżą z normą intelektualną a młodzieżą z upośledzeniem umysłowym pod względem oceny aktualnej sytuacji rodzinnej, wyrażonej przez wybór „portretu rodziny” przedstawia tabela 4.

Przedstawione rezultaty wykazują istotną statystycznie zależność między wyborem „portretu rodziny” a badaną podgrupą. Można stwierdzić, że młodzież upośledzona

Tabela 4

Wybór portretu rodziny w badanej zbiorowości

„Portret rodziny”	Badana podgrupa		
	Młodzież z normą intelektualną	Młodzież z upośledzeniem umysłowym	Ogółem
1	60	14	74
2	14	19	33
3	1	17	18
4	5	14	19
5	0	16	16
Ogółem	80	80	160

$$\text{Chi}^2 = 63,82 > 15,507 = p_{0,05}$$

umysłowo w stopniu lekkim znajduje się w gorszej sytuacji rodzinnej (istotnie mniejsza liczba przypadków rodzin prawidłowo funkcjonujących, opisanych w pierwszym „portrecie” rodziny).

Odpowiadając na pytanie, czy sytuacja rodzinna młodzieży ma wpływ na nasilenie objawów depresyjnych, poddano analizie zależność między wyborem „portretu rodziny” a nasileniem depresyjności. W pierwszej kolejności tę zależność prześledzono u młodzieży z normą intelektualną.

Jak wykazano w tabeli 4, wśród młodzieży prawidłowo rozwijającej się nie było osoby, która wychowywała się w rodzinie zrekonstruowanej („portret 5”). Tylko jedna osoba wychowuje się w rodzinie z problemem alkoholowym („portret 3”) – i ta osoba uzyskała stosunkowo wysoki wynik (17 punktów) w CDI. Spośród 80 osób 5 wybrało rodzinę niepełną („portret 4”) jako rodzinę najbardziej podobną do tej, w której wzrasta. Rezultaty tych 5 osób porównano z wynikami badanych, którzy wychowywali się, według własnej oceny, w rodzinie wzorcowej (tabela 5).

Dane zawarte w tabeli 5 świadczą o tym, że młodzież, która wychowuje się w rodzinie niepełnej, ma wyższe wyniki w CDI. Różnice te nie są jednak istotne statystycznie. W analogiczny sposób zestawiono wyniki badań uzyskane przez młodzież

Tabela 5

Nasilenie objawów depresyjnych a sytuacja rodzinna młodzieży z normą intelektualną

Narzędzie badawcze	Osoby, które wybrały pierwszą rodzinę N=60		Osoby, które wybrały czwartą rodzinę N=5		t	P
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M. Kovacs	9,78	4,47	14,4	10,57	0,87	0,05

$$t = 0,87 < 2,761 = p_{0,05}$$

z upośledzeniem umysłowym. Ukazano je w tabeli 6.

Spośród 80 badanych 14 wybrało „portret 4” (rodzina niepełna) i 14 – „portret 1” (rodzina pełna – wzorcowa).

Tabela 6 wskazuje, że zachodzą istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów depresyjnych między wyróżnionymi kategoriami badanych. Analiza wyników przedstawionych w tabeli upoważnia do sformułowania wniosku, iż młodzież upośledzona

Tabela 6

Nasilenie objawów depresyjnych a sytuacja rodzinna młodzieży upośledzonej umysłowo

Narzędzie badawcze	Osoby, które wybrały pierwszą rodzinę N=14		Osoby, które wybrały czwartą rodzinę N=14		t	P
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M. Kovacs	11,28	5,45	19,64	8,19	3,1	0,05

$$t = 3,1 > 2,056 = p_{0,05}$$

umysłowo w stopniu lekkim wychowująca się w rodzinie niepełnej uzyskała istotnie wyższe wyniki w pomiarze depresyjności w porównaniu ze swoimi kolegami i koleżankami wychowującymi się w rodzinie pełnej.

Wyniki wskazują na różnice w nasileniu depresyjności u osób, które wybrały „portret rodziny” z problemem alkoholowym, w porównaniu z osobami, które wychowują się w rodzinie prawidłowo funkcjonującej. Średnie wyniki są wyższe u osób, które

Tabela 7

Nasilenie objawów depresyjnych u młodzieży z upośledzeniem umysłowym wychowującej się w rodzinach z problemem alkoholowym

Narzędzie badawcze	Osoby, które wybrały pierwszą rodzinę N=14		Osoby, które wybrały drugą rodzinę N=17		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M. Kovacs	11,28	5,45	16,06	8,29	1,8	0,05

$$t = 1,8 < 2,045 = p_{0,05}$$

wzrastają w rodzinie z problemem alkoholowym. Różnice te są na granicy statystycznej istotności.

Zależność między postawą religijną a natężeniem depresyjności w obydwu badanych podgrupach przedstawiają tabele 8 i 9.

Rezultaty badawcze ukazują, że u młodzieży z normą intelektualną zachodzi istotne zróżnicowanie w CDI w zależności od postawy religijnej. Osoby z ugruntowaną religijnością (pozytywna postawa religijna) są mniej depresyjne niż osoby, które nie

Tabela 8

Postawa religijna a natężenie objawów depresyjnych u młodzieży z normą intelektualną

Narzędzie badawcze	Osoby z pozytywną postawą religijną N=50		Osoby z negatywną postawą religijną N=5		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M. Kovacs	10,2	5,25	16,4	5,55	5,16	0,05

$$t = 5,16 > 2,000 = p_{0,05}$$

wierzą w Boga.

Z danych zamieszczonych w tabeli 9 wynika, że średnie wyniki w CDI są wyższe u tej młodzieży z upośledzeniem umysłowym, która identyfikuje się z negatywną postawą religijną (w porównaniu z koleżankami i kolegami, którzy deklarują pozy-

Postawa religijna a natężenie objawów depresyjności u młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim

Narzędzie badawcze	Osoby z pozytywną postawą religijną N=43		Osoby z negatywną postawą religijną N=19		T	P
	Średnia	SD	Średnia	SD		
CDI M Kovacs	13,06	5,67	16,47	8,89	1,51	0,05

$$t = 1,51 < 2,087 = p_{0,05}$$

tywną postawę religijną). Różnice między wymienionymi kategoriami badanych nie uzyskały statystycznej zależności.

Omówienie wyników badań

Wyniki badań wykazały, że poziom depresyjności u młodzieży z upośledzeniem umysłowym jest istotnie wyższy niż w populacji młodzieży z normą intelektualną.

Przyczyny tego stanu rzeczy można wyjaśnić licniejszą grupą patogenów, należących zarówno do grupy czynników biologicznych, jak i psychospołecznych, które oddziałują na rozwój osobowości młodzieży z upośledzeniem umysłowym. Z upośledzeniem umysłowym częściej skorelowane są: impulsywność, zespół ADHD, zaburzenia zachowania i szereg innych zaburzeń psychicznych, w których czynnik biologiczny ma istotne znaczenie [19]. Wymienione zaburzenia, szczególnie u dzieci i młodzieży uczącej się, są podłożem konfliktów interpersonalnych i intrapsychicznych, i w konsekwencji mogą prowadzić do koincydencji z depresją [20].

W etiologii depresji u osób z upośledzeniem umysłowym rola czynników biologicznych i psychospołecznych jest ściśle ze sobą sprzężona. Szczególnie uwidaczniają te powiązania dwa, wywodzące się z teorii uczenia się, modele depresji, które zdaniem Matsona i Barretta [6] są najbardziej odpowiednie do wyjaśnienia większej częstotliwości zaburzeń depresyjnych w populacji osób upośledzonych. Pierwszy z nich to model wyuczonej bezradności, który jest dobrze znany w Polsce dzięki przekładom prac jego twórcy – Seligmana [21, 22]; drugi – to model Lewinsohna, w myśl którego z depresją są skojarzone deficyty w umiejętnościach społecznych. Im większe braki w zakresie umiejętności kontaktowania się, współdziałania i innych zachowań społecznych mają ludzie, tym bardziej wzrasta u nich ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Powołując się na ten model Matson [6] wykazał, że osoby z upośledzeniem umysłowym diagnozowane jako depresyjne miały większe deficyty pod względem zachowań społecznych niż grupa kontrolna, w której nie stwierdzono depresji. W odniesieniu do młodzieży z upośledzeniem umysłowym Levitas i Gilson [23] stwierdzają, że bariery, które napotykają młodzi ludzie z deficytami poznawczymi, uniemożliwiają im uczestniczenie na równych prawach w formach aktywności typowych dla adolescencji (planowanie przyszłości, ekspresja zainteresowań seksualnych, eksperymentowanie w kontaktach społecznych, redagowanie gazetki szkolnych,

zarobkowanie itp.). Często muszą oni uświadamiać sobie swoje ograniczenia, godzić się z mniejszą autonomią i koniecznością opieki dorosłych, co powoduje frustrację i obniża samoocenę.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży ważnym czynnikiem etiologicznym są też uwarunkowania rodzinne. Wyniki licznych badań wskazują, że dzieci i młodzież z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego wzrastają znacznie częściej w niekorzystnych warunkach rodzinnych niż zdarza się to im pełnosprawnym intelektualnie rówieśnikom. Z powodu rozpadu rodziny, nieporozumień między rodzicami, nadużywania przez nich alkoholu, odrzucenia emocjonalnego, biedy, częściej doświadczają sytuacji trudnych [24, 8]. Wpływ sytuacji trudnych na pojawienie się zaburzeń depresyjnych był wielokrotnie omawiany w piśmiennictwie [25, 17], stąd nie będziemy tego wątku rozwijać. Warto jednak przytoczyć wyniki obserwacji Wawrzyńczyk [26], która dokonała porównania dwóch grup młodzieży w wieku 15 do 17 lat, z których jedną stanowili wychowankowie szkół specjalnych, a drugą tworzyły osoby prawidłowo rozwijające się. Autorka stwierdziła, że młodzież upośledzona umysłowo odczuwa osamotnienie 2–3-krotnie częściej, przy czym intensywniej przeżywają ją dziewczęta. Ponadto, osoby upośledzone umysłowo cechuje znacznie wyższy poziom lęku, który utrudnia im przystosowanie społeczne.

Wyniki naszych badań potwierdziły, że młodzież z upośledzeniem umysłowym spostrzega swoją sytuację rodzinną jako gorszą (tabela 4).

Analizując warunki życia i strukturę rodziny dzieci upośledzonych umysłowo stwierdzić można, iż częściej niż ma to miejsce w pozostałej populacji wychowują się one w rodzinach niepełnych. Część samotnych matek jako powód rozwodu lub niezawarcia związku małżeńskiego podaje negatywny stosunek ojca do upośledzenia dziecka [26]. Utrata rodzica jest dla dziecka zawsze szokiem uczuciowym i pozostawia w nim trwałe urazy, który może doprowadzić do występowania lęków, wywołać depresję czy też pewne objawy nerwicy. Dzieci przeżywają frustrację, porównując swoją sytuację (jako mniej korzystną) z sytuacją innych dzieci [27].

W referowanych badaniach wyniki uzyskane przez dziewczęta w obu badanych grupach są istotnie wyższe od wyników chłopców. Przyczyną tego zjawiska może być odmienny sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez kobiety i mężczyzn. Mężczyźni rozwiązują swoje problemy poprzez działanie, kobiety skłonne są raczej do refleksji i ciągłego, obsesyjnego analizowania wydarzeń, aby ustalić przyczyny występujących trudności [28]. Wydaje się, iż analizowanie stanu uczuć i pławienie się w smutku i przygnębieniu może być z dużym prawdopodobieństwem przyczyną faktu, że kobiety częściej ulegają depresji niż mężczyźni. U kobiet, które rozmyślają nad swoim stanem ducha, depresja przyjmuje ostrzejszą postać, natomiast u mężczyzn, którzy starają się odwrócić uwagę od nękających ich zmartwień, depresja mija [22].

W okresie pokwitania większa depresyjność u dziewcząt może również wiązać się z niepowodzeniami w miłości i niską samooceną. Zagadnienie dotyczące różnic przeżywania depresji u dziewcząt i chłopców zasługuje na dalsze badanie.

„Człowiek, który wierzy, ma więcej dynamiki życiowej niż ten, który w nic nie wierzy. Poza działaniem aktywowującym wiara ma działanie porządkujące. Stwarza

ona określoną hierarchię wartości, dzięki której człowiek może łatwiej uporządkować swą wymianę informacji z otoczeniem” [12]. Religia może stanowić dla człowieka ważny czynnik wsparcia społecznego. Jak wynika z badań Magdoń, Skrzypka i Klocka przynależność do wspólnoty religijnej, stanowiącej rodzaj społecznego wsparcia, jest istotnym czynnikiem wpływającym pozytywnie na zdrowotność za: [29]. Uzyskane wyniki są zbieżne z przytoczonymi.

Wnioski

1. Młodzież z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim uzyskała wyższe wyniki w pomiarze depresyjności w porównaniu z młodzieżą prawidłowo rozwijającą się.
2. W obydwu badanych podgrupach młodzieży dziewczęta wykazały wyższy poziom depresyjności niż chłopcy. Płeć zatem jest czynnikiem, który w jednakowym stopniu wyznacza nasilenie pojawiania się symptomów depresyjnych w obu grupach badanych.
3. Sytuacja rodzinna jest czynnikiem różnicującym młodzież z upośledzeniem umysłowym i normą intelektualną. Wzrastanie w rodzinie niepełnej nasiliło objawy depresyjności u adolescentów z obydwu badanych podgrup.
4. Pozytywna postawa religijna współwystępowała z niższym nasileniem depresyjności.
5. Przedstawione wyniki nasuwają postulat realizowania w gimnazjach specjalnych intensywnych działań profilaktycznych ukierunkowanych na niesienie pomocy psychologicznej uczniom i ich rodzinom. Wskazane byłoby m.in. organizowanie warsztatów psychoedukacyjnych wspomagających rozwój umiejętności społecznych oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Äld'dlñncäiññü ö öëññälíñ ñññrëie ëieialcë ëläëie ññld'lic ä ñälñl' yëd'cëc=lnëcö cññeläiaricë

Ñialcëricë

Eëcicöcëññü ñiäërníü ñ ëilicë, =ñi öëññälíñ ñññrëieññü 'äë'lnñ' öreñidie dëñer äë' d'ncöñc=lnëcö írdörlícë c' äñl' ëñläläicë írdörlícë öëññälíñäi d'racëñc' d'i' äë' ñññ' ä d'id'öë' öcëc' ëcö ñ ñrëcëc' d'äi' äëlic' ëc.

C'färicë: C'färicë d'dlññräelíñüö cññeläiaricë äüëi c'cünëricë ñññr' ír 2 äid'díñf'. 1. Bäë'lnñ' ëc' öñ' ëlëlic' äld'dlñncäiññë äieürcë ö ëieialcë öëññälíñ ñññrëie ä ëläëie ññld'lic ä ñd'fäilic' ñ ëieialcüt' ñdëreüñ d'racëñc' c'ñlëëleñóreüñ?

2. Bäë'lnñ' ëc' ñrëc' c'cëli'=cäül' ërë d'ie, ñlëlic' ñcñóroë' c' d'ëcäcicüñl' öälcalic' äëc' ñcëc' öreñidie ír öñ' ëlëlic' äld'dlñncäiññë?

Elnä: Cññeläiaric' ëc' íöar=lin' 160 färelñölinä (80 öëññälíñ ñññrëieüö ëläëie ññld'lic c' 80 ñ c'ñlëëleñóreüñé ídëie). Äë' cññeläiaric' cñd'ieuciarí Äëíññd'cë äld'dlñncäiññë d'lälíçr' È. Eñä'r=f'.

Dlçöëüññü: Dlçöëüññü íräëtalicë d'ieçrëcë, =ñi ödialíñ äld'dlñncäiññë färelñölinä öëññälíñ ñññrëieüö äüë c'ir=cnleüñ äññrëc' ä ñd'fäilic' ñ ëññd'ieüñé ädö'd'ie. Ä' íälcö d'iaäö'd'd'rö äläöreç' ññcë=fëcñü äíëll' äüñëcë dlçöëüññie ä c'çeldlicë äld'dlñncäiññë – ññl'=lin' ñrëc' d'racëc'=c'í dlçöëüññä ä CDI, ä c'racëñc'ëññë ññ ñlëlic' ñcñóroëc'. Ä' cññeläiaríñé ädö'd'd'l' ëieialcë öëññälíñ ñññrëie ä ëläëie ññld'lic c'racëñc'ëññü ëläcä d'ëcäcicüñc' öälcalic' ëc' c' äld'dlñncäiññüñ' íl' äüëñ ñññcññc'=lnëc' c'ir=c'ëf'. Ä' ädö'd'd'l' ëieialcë c'ñlëëleñóreüñ d'd'racëüñ d'racëññüö c'racëñc'ëññë

ěčćáo ŷńčěč čęěłí+čáuěč čěłěč éłńńí.

Depressivität der Jugendlichen mit schwacher Phrenastenie in empirischen Untersuchungen

Zusammenfassung

Die Kliniker stimmen damit überein, dass die Phrenastenie ein Risikofaktor für psychische Störungen ist, und alle Kategorien der geistigen Störungen treten in der Gruppe der Personen mit Phrenastenie auf.

Ziel: Das Ziel der vorgestellten Untersuchungen war, eine Antwort auf zwei Fragen zu finden: 1. Ist die Intensität der Depression bei den Jugendlichen mit schwacher Phrenastenie höher als bei den Jugendlichen mit intellektueller Norm?

2. Haben solche Variablen wie Geschlecht, Familienlage, Einstellung zur Religion einen Einfluss auf die Intensität der Depressivität?

Methode: An der Untersuchung nahmen 160 Adoleszenten teil (80 mit schwacher Phrenastenie und 80 mit intellektueller Norm). Bei der Untersuchung wurde der Inventar der Depressivität des Kindes von M. Kovacs angewandt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten, dass der Depressivitätslevel der Adoleszenten mit Phrenastenie bedeutend höher war als in der Kontrollgruppe. In beiden Untergruppen erzielten die Mädchen ein höheres Ergebnis in der Depressivität. Abhängig von der Familiensituation trat eine Differenzierung der Ergebnisse in CDI auf. In der untersuchten Gruppe der Jugendlichen mit Phrenastenie war der Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Religion und der Depressivität nicht statistisch bedeutend. In der Gruppe der Jugendlichen mit intellektueller Norm traten die Zusammenhänge zwischen diesen Variablen auf.

La dépression des adolescents souffrant du retardement psychique léger – rapport des recherches empiriques

Résumé

Les cliniciens sont d'accord que le retardement mental constitue un facteur de risque pour développement les troubles psychiques et que toutes les catégories des troubles mentaux se manifestent chez les personnes attardées mentalement.

Objectif: Les recherches en question visent à répondre à 2 questions suivantes: 1. l'exacerbation de la dépression est-elle plus forte chez les adolescents retardés que chez les jeunes avec IQ normal? 2. les variables telles que: sexe, situation familiale, attitude religieuse exercent-elles leur influence sur l'exacerbation de la dépression?

Méthode: Le groupe de personnes examinées contient 160 adolescents (80 retardés mentalement, 80 – avec IQ normal). On utilise l'Inventaire de la Dépression de Kovacs.

Résultats: Les résultats démontrent que le niveau de la dépression des adolescents retardés est plus élevé que celui du groupe de contrôle. Dans les deux groupes les filles ont le niveau plus élevé de la dépression et on note aussi les différences liées avec la situation familiale. La corrélation de l'attitude religieuse et le niveau de la dépression n'est pas très importante dans le groupe de retardés mentalement, pourtant dans le groupe de contrôle cette corrélation est bien importante.

Písmiennictwo

1. Szymański LS. *Mental retardation and mental health: concepts, aetiology and incidence*. W: Bouras N. red. *Mental health in mental retardation*. London: Cambridge University Press; 1996, s. 19–31.

2. Costello A. *Assessment and diagnosis of psychopathology*. W: Matson JL, Barrett RP, red. *Psychopathology in the mentally retarded*, wyd.1. New York: Grune&Stratton; 1992, s. 37–49.
3. Matson JL. *Mental retardation in adults*. W: van Hasselt VB, Strain P, Herson M., red. *Handbook of developmental and physical disabilities*. New York: Pergamon Press; 1988, s. 353–369.
4. Tyson ME, Favell JE. *Mental retardation in children*. W: van Hasselt VB, Strain P, Herson M., red. *Handbook of developmental and physical disabilities*. New York: Pergamon Press; 1988, s. 336–352.
5. Bouras N, red. *Mental health in mental retardation*. London: Cambridge University Press; 1996.
6. Matson JL, Barrett RP, red. *Psychopathology in the mentally retarded*, wyd.1. New York: Grune&Stratton; 1992.
7. Matson JL, Barrett RP, red. *Psychopathology in the mentally retarded*, wyd. 2. Boston: Allyn and Bacon; 1996.
8. Rola J. *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*. Warszawa: WSPS; 1996.
9. Blöschl L. *Depresja u dzieci i młodzieży – aktualne trendy w badaniach psychologicznych i w terapii*. Now. Psychol. 1992; 3: 95–102.
10. Bomba J, Jaklewicz H. *Prospektywne badania nad depresją u dzieci*. Psychiatr. Pol. 1997; 6: 677–689.
11. Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Orwid M, Pietruszewski K, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd. 2. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996, s.143–148.
12. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974.
13. Fraser W, Nolan M. *Psychiatric disorders in mental retardation*. W: Bouras N, red. *Mental health in mental retardation*. London: Cambridge University Press; 1996, s. 79–91.
14. Patja K, Livanainen M, Raitasuo S, Lonhqist J. *Suicide mortality in mental retardation*. Acta Psychiatr. Scand. 2001;103 (4): 307–311.
15. Sovner R, Pary RJ. *Affective disorders in developmentally disabled persons*. W: Matson JL, Barrett RP, red. *Psychopathology in the mentally retarded*, wyd. 2. Boston: Allyn and Bacon; 1996, s. 87–137.
16. Szymański LS. *Integrative approach to diagnosis of mental disorders in retarded persons*. W: Stark JA, Menolascino FJ, Albarelli MH, Gray VC. red. *Mental retardation and mental health*. New York: Springer-Verlag; 1988, s.124–137.
17. Ormel J, Sanderman R. *Life events, personal control and depression*. W: Steptoe A, Appels A, red. *Stress, personal control and health*. Brussels–Luxemburg: Published by John Wiley & Sons Ltd; 1989, s.193–218.
18. Nowaczyk C. *Podstawy metod statystycznych dla pedagogów*. Warszawa–Poznań: PWN; 1985, s. 167–177.
19. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
20. Reiss S. *Psychopathology in mental retardation*. W: Bouras N, red. *Mental health in mental retardation*. London: Cambridge University Press; 1996, s.67–77.
21. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. T.1. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1994.
22. Seligman M P. *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina; 1993, s. 136.
23. Levitas A, Gilson SF. *Psychosocial development of children and adolescents with mild mental retardation*. W: Bouras N, red. *Mental health in mental retardation*. London: Cambridge University Press; 1996, s. 34–43.
24. Jackowska E. *Z badań nad depresyjnością młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego*. W: Górniewicz E, Krause A, red. *Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego; 2002, s. 92–99.

25. Horowitz M J. *Stress-response syndromes. A review of posttraumatic stress and adjustment disorders*. W: Wilson JP, Raphael B. red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 49–59.
26. Wawrzyńczyk M. *Depresje u osób z upośledzeniem umysłowym*. Biul. Elektron. Psychiatr. Online 2000; 2(3).
27. Brągiel J. *Rodzinne i osobowościowe uwarunkowania sukcesu szkolnego dziecka z rodziny rozwiedzionej*. Opole: Uniwersytet Opolski; 1994, s. 17.
28. Foltyn W, Nowakowska-Zajdel E, Knopik J, Brodziak A. *Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny*. *Doniesienie wstępne*. Psychiatr. Pol. 1998; 32 (2), 177–184.
29. Zięba A, Dudek D, Wróbel A, Jawor M, Szymaczak M. *Znaczenie religijności w zaburzeniach depresyjnych*. Psychoter. 1998; 4 (107): 57–64.

Otrzymano: 22.04.2003

Zrecenzowano: 28.05.2003

Przyjęto do druku: 18.09.2003

Adres: Zakład Pedagogiki Specjalnej US
70-484 Szczecin, ul. Wojska Polskiego 107/109

