

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY*,
MIROŚLAW MICHALIK**, STANISŁAW MILEWSKI*

*Uniwersytet Gdański, Katedra Logopedii

**Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Zakład Neurolingwistyki

Logopedyczne aspekty starzenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną

Speech Therapy Aspects of Aging in People with Intellectual Disability

STRESZCZENIE

Niepełnosprawność intelektualna diagnozowana jest u 1–3% populacji generalnej. Grupa ta postrzegana jest jako odmienna między innymi ze względu na sposób komunikowania się z otoczeniem. Problematyka mowy i jej zaburzeń notowanych u osób z niepełnosprawnością intelektualną nie została jeszcze w pełni opracowana. Jednym z istotnych zagadnień, rzadko poruszanych przez badaczy, są zmiany zachodzące w komunikacji wraz z wiekiem. W grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną dostrzegalne są przemiany demograficzne, notowane w populacji ogólnej. Znaczna ich część dożywa wieku senioralnego, a więc podlega zarówno procesom fizjologicznego starzenia się, jak i zmianom o charakterze patologicznym. Powodują one szereg ograniczeń w komunikowaniu się. Zmiany te powinny stać się istotnym problemem badawczym.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, komunikacja, starzenie się, zmiany demograficzne

SUMMARY

Intellectual disability has been diagnosed in 1–3% of the general population. This group is perceived as different partly because of their manner of communicating with those in their environment. The matter of speech and its disorders noted in people with intellectual disability has not yet been completely studied. One significant issue which has rarely been a subject of research is that of changes in communication occurring with age. Among those with intellectual disability, demographic changes noted in the general population may be perceived. A considerable proportion

of them reach senior age, and therefore, undergo both physiological processes of aging, as well as changes of a pathological character. These cause a range of limitations in communication. These changes should be made a significant subject of research.

Key words: Intellectual disability, communication, aging, demographic changes

WPROWADZENIE

Uważa się, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną¹ stanowią 1–3% populacji generalnej. Określenie tego wskaźnika nie jest proste, gdyż wymaga badań prowadzonych w dużych próbach reprezentatywnych, a takich, jak do tej pory, prowadzono niewiele (Pietras i in. 2012). Uzyskane wyniki różnią się przy tym w zależności od miejsca prowadzenia badań (tu istotny jest poziom socjoekonomiczny kraju), grupy wiekowej badanych czy wybranych metod diagnostycznych. Choć precyzyjne określenie danych epidemiologicznych sprawia szereg trudności badawczych, NI uznaje się za najczęściej występującą formę zaburzeń rozwojowych (ang. *developmental disorder*) (Maulik i Harbour 2011). Obok zaburzeń emocjonalnych, specyficznych zaburzeń uczenia się i zaburzeń komunikacji NI zaliczana jest do zaburzeń o najwyższej frekwencji (Reschly 2002; za: Short-Meyerson i Benson 2014, 110).

Mimo znacznej liczebności i dostrzegalnej odmienności (szczególnie w przypadku niepełnosprawności głębszej) funkcjonowanie tej grupy nie zostało jeszcze w pełni poznane. Z logopedycznego punktu widzenia niezwykle istotny jest sposób komunikowania się osób z NI. Specyfika i trudności w tym zakresie są jedną z zasadniczych przyczyn postrzegania tej grupy jako odmiennej i niespełniającej kryterium przeciętności. Chociaż niepełnosprawnością intelektualną w najszerszym zakresie tego pojęcia interesowali się przedstawiciele wielu specjalności (głównie lekarze, pedagodzy i psychologowie, stosunkowo zaś rzadko językoznawcy i logopedzi), to jednak problematyka mowy i trudności w komunikacji, towarzyszących temu zaburzeniu, nadal wymaga badań. Uznaje się bowiem, że przebieg rozwoju mowy i języka dzieci z NI jest w mniejszym stopniu poznany i zrozumiany niż w przypadku grupy o rozwoju typowym (Ogletree i in. 2011).

W jeszcze mniejszym stopniu zbadane są możliwości komunikacyjne i zmiany zachodzące w tym zakresie notowane u dorosłych i seniorów z NI (zob. np. Kaczorowska-Bray 2017). Badacze skupiali bowiem uwagę na opisie funkcjonowania i trudności rozwojowych dzieci, u których zdiagnozowano upośledzenie umysłowe. Wynikać to może z kilku przyczyn. Podstawową jest fakt, że przez większą część historii badań nad tym zaburzeniem dostrzegano przede wszyst-

¹ W pracy dla wygody Czytelnika stosowany będzie na oznaczenie niepełnosprawności intelektualnej skrót NI.

kim te osoby, u których NI przyjęła głębszy stopień lub/i towarzyszyły jej widoczne anomalie anatomiczne, cechy dysmorficzne, zaburzenia zachowania itd., a więc te, które w najbardziej widoczny sposób odbiegały od przeciętności. W tej zaś grupie śmiertelność była znacznie wyższa niż populacyjna, tak więc osoby te rzadko dożywały wieku dojrzałego. Jeszcze we wczesnych latach trzydziestych XX wieku przeciętna długość życia w grupie z NI (bez uwzględnienia przyczyny) wynosiła 15 lat dla mężczyzn i 22 lata dla kobiet. W przypadku wystąpienia wad genetycznych sytuacja przedstawiała się znacznie gorzej. Przykładem mogą być osoby z zespołem Downa: w 1929 r. oczekiwana długość życia wynosiła u nich jedynie 9 lat (Cooper i Holland 2010, 169). Biorąc więc pod uwagę przeżywalność, siłą rzeczy NI kojarzona była z wiekiem dziecięcym.

Niedostrzeganie problemu starzenia się osób z NI w niektórych krajach, takich jak Niemcy i Austria, wynikało z dramatycznych konsekwencji rządów nazistowskich. Tu bowiem tylko nieliczne osoby przeżyły systematyczną eksterminację grupy uznanej za będącą obciążeniem dla zdrowego społeczeństwa, a więc niegodnej życia. W III Rzeszy pokłosiem takiego podejścia była Akcja T4, w ramach której w latach 1940–1941 wymordowano około 70 tysięcy osób z różnego typu zaburzeniami, chorobami czy niepełnosprawnościami (Bobińska, Gałęcki 2012). Osoby z NI, które urodziły się przed rokiem 1945, są prawie nieistniejącą dziś grupą w statystykach dotyczących inwalidztwa w tych krajach (Haveman i in. 2009, 10).

Wraz z biegiem czasu zmieniało się postrzeganie osób z NI. Przez dziesięciolecie spojrzenie na to zaburzenie stopniowo ewoluowało od kategorii statycznej po kategorię dynamiczną. Kiedy zaczęto dostrzegać możliwości rozwojowe tej grupy osób, skupiono uwagę na dzieciach, pisząc o edukacji i wychowaniu. To również stało się przyczyną pomijania w literaturze przedmiotu tematyki osób w wieku dojrzałym, badacze zajmowali się bowiem głównie zagadnieniami kształcenia najmłodszych.

Nic więc dziwnego, że dorosłość osób z NI jeszcze kilka lat temu stanowiła obszar o nikłym zainteresowaniu badawczym i refleksji naukowej (Cytowska 2011, 5). Nawet obecnie, choć powoli funkcjonowanie osób w wieku dorosłym staje się problematyką częściej zgłębianą, zazwyczaj porusza się w literaturze przedmiotu tematykę seksualności tej grupy, jej możliwości odnalezienia się na rynku pracy czy usamodzielnienia. W minimalnym stopniu dotyka się natomiast kwestii komunikacji językowej, jakby problem ten tracił swą wagę i przestawał być istotny wraz ze dojrzewaniem osób z niepełnosprawnością. Znikał wraz z upływem czasu. Można więc byłoby dojść do zadziwiającego wniosku, że grupa ta „wyrasta” z zaburzeń mowy bądź też terapia logopedyczna przynosi zadziwiające wręcz efekty. Tymczasem rozwiązanie jest trywialne – kończy się nauka szkolna i wraz z nią terapia, która w świadomości społecznej ciągle związana jest z okresem szkolnym. Jednakże nawet dziecko z najłagodniejszą postacią

NI, a więc stopniem lekkim, poddawane intensywnej terapii, zazwyczaj w tym czasie nie uzyskuje poziomu komunikacji językowej typowego dla danej grupy wiekowej. Posługiwanie się przez nie mową jest specyficzne, ograniczone (w mniejszym lub większym stopniu) czy wręcz zredukowane, przekaz i odbiór informacji wskutek tego utrudnione. Zaburzenia rozwojowe, zgodnie z ich definicją, mają charakter przewlekły. Powodują ograniczenia oraz utrudnienia w typowym wzrastaniu i rozwoju, a także ograniczenia w życiu społecznym, zawodowym i ekonomicznym. Nie mijają z upływem czasu, a poprawa jakości funkcjonowania i komfortu życia w dużej mierze zależy od prowadzonej terapii i rehabilitacji. Możliwości rozwojowe osób z NI dobrze charakteryzuje lapidarne stwierdzenie, że „uczą się one wolno, lecz zapominają szybko”. Kluczem do efektywności terapii jest czas i ciągle powtarzanie zdobytych już umiejętności. Zakończenie terapii logopedycznej, które w Polsce z reguły zbiega się z zakończeniem nauki szkolnej, może więc przyczynić się do braku dalszych postępów lub wręcz pogorszenia jakości komunikacji. Grupa ta bowiem zazwyczaj nie wykształciła motywacji wewnętrznej – wymaga ciągłego wsparcia, motywowania, organizowania ćwiczeń, wzmacniania oraz wyznaczania nowych celów, dostępnych i możliwych do realizacji, ale także interesujących i stanowiących dla pacjenta wyzwanie. Wymaga więc dalszej dobrze zaplanowanej terapii².

W XXI wieku osoby z NI nie tylko osiągają wiek dorosły, ale też mogą i zazwyczaj doświadczają procesów starzenia się. Mimo że są one bardziej niż ogólna populacja zagrożone śmiercią we wczesnym okresie życia, żyją coraz dłużej i dożywają wieku senioralnego w coraz lepszym stanie zdrowia (Hollins i in. 1998; Strydom i Torr 2009). Zmiany demograficzne, widoczne w tej grupie, a polegające na wydłużeniu spodziewanej długości życia, widoczne są od końca lat dziewięćdziesiątych. „Wynika to ze zmian jakości opieki i wsparcia, skupionych na indywidualnych potrzebach, z poprawy dostępności opieki medycznej, zwłaszcza w przypadkach infekcji układu oddechowego i wrodzonych wad serca, zmian nastawień społecznych i poprawy warunków życia, a także mniejszego rozpowszechnienia chorób zakaźnych. [...], w porównaniu z dotychczasowymi danymi obserwuje się wzrost liczby starszych osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz więcej przypadków niepełnosprawności znacznej i głębokiej we wszystkich grupach wiekowych” (Cooper i Holland 2010, 168–169). W przypadku osób z różnego rodzaju zaburzeniami rozwojowymi, w tym także ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością stopnia lekkiego i umiarkowanego, spodziewana długość

² Należy wyraźnie podkreślić, że opiekun najczęściej nie jest w stanie terapeuty zastąpić. Doskonale znając podopiecznego – rozumie jego potrzeby. Często osoba z NI nie musi ich komunikować, są zaspokajane, zanim tak naprawdę zaistniały. Opiekunowie niejednokrotnie podkreślają, że nie mają trudności w komunikacji ze swoim dzieckiem, bo ono „mówi całym/całą sobą”. Jednakże nie wystarcza to do porozumienia się z osobami spoza najbliższego kręgu. Często jest to zresztą swoista nadinterpretacja zachowania osoby z NI, dokonywana przez opiekunów.

życia wynosi około 70 lat, a więc jest porównywalna z osiąganą w populacji generalnej. Badania prowadzone w stanie Nowy Jork w grupie 2 752 dorosłych z NI w wieku 40 lat i więcej wykazały, że dożywały one przeciętnie 65 lat w porównaniu do 70 lat w ogólnej populacji³. Podobnie jak w populacji generalnej mężczyźni żyli krócej (63 lata) niż kobiety (67 lat). Nieco inaczej wskaźniki te kształtują się w przypadku osób z zespołami wad genetycznych, niepełnosprawnością intelektualną stopnia głębokiego, mózgowym porażeniem dziecięcym, czy niepełnosprawnością sprzężoną. Jednakże nawet w tych grupach notuje się tendencję do wydłużania życia. Przykładem mogą być osoby z zespołem Downa, które obecnie mają szanse dożyć 60. roku życia (Baxley i in. 2002, 5; Lightfoot 2006, 53). Oczywiście, należy mieć na uwadze fakt, że grupa z NI jest wysoce heterogeniczna, a różnice uwidaczniają się także w przeżywalności. 50% osób z NI nadal umiera przed ukończeniem 50. roku życia. Najczęstszą przyczyną śmierci jest niewydolność oddechowa (Strydom i Torr, 2009, 150). Na przedwczesny zgon narażone są szczególnie osoby ze specyficznymi zespołami zaburzeń, z poważnymi wrodzonymi anomaliami, i/lub chorobami metabolicznymi, immunologicznymi, ograniczeniami ruchowymi, padaczką, zaburzeniami sensorycznymi i ograniczonymi możliwościami samoobsługi, a także żywione drogą pozaustną (Strydom i Torr 2009, 150; Acharya, Schindler i Heller 2016, 1423). W następstwie tej wybiórczej śmiertelności wśród seniorów z NI przeważają osoby z umiarkowanym i lekkim jej stopniem oraz w ogólnie lepszym stanie zdrowia niż notowany w całej grupie z intelektualną niepełnosprawnością. Należy zaznaczyć, że poszczególne podgrupy tej populacji są w różnym stopniu poznane i opisane. Niewiele na przykład wiadomo o zdrowiu ludzi z diagnozą lekkiego stopnia NI, ponieważ w mniejszym stopniu korzystają one ze specjalistycznej pomocy lekarskiej czy rehabilitacji. W grupie tej można się spodziewać wysokich wskaźników spożycia alkoholu, palenia papierosów czy zażywania narkotyków, a także wystąpienia innych czynników podwyższających ryzyko problemów zdrowotnych związanych ze starzeniem się (Strydom i Torr 2009).

Próbując dokonać syntezy czynników warunkujących rozwój kompetencji językowej u dzieci, Zofia Dołęga (2003, 30) wyodrębniła dwie grupy czynników:

I – czynniki stojące po stronie podmiotu:

1. biologiczne – filogenetyczne podłoże struktur i funkcji organów, narządów i układów odpowiedzialnych za mówienie; dziedziczne i wrodzone cechy tych struktur i funkcji.
2. wyznaczniki podmiotowe (indywidualne) nabywania i użycia języka: poznawcze, motywacyjne, emocjonalne cechy aktywności dziecka.

II – czynniki związane z zewnętrznymi uwarunkowaniami:

³ Często przyczyną śmierci, tak jak w populacji generalnej, są także choroby serca, zapalenie płuc i nowotwory.

1. środowiskowe warunki rozwoju mowy: społeczne, rodzinne, kulturowe;
2. wyznaczniki edukacyjne: stymulowanie, kształcenie języka;
3. sytuacje i wydarzenia życiowe.

Rozpatrując powyższe czynniki, warunkujące rozwój mowy i języka, należy stwierdzić, że są one w przypadku dzieci z NI zaburzone lub niespełnione, co powodować może „[...] opóźnienie mowy dziecka i obniżenie jej jakości do poziomu poniżej możliwości dziecka i poniżej norm przewidzianych dla danego wieku” (Hurlock 1985, 330). Jednakże czynniki te nie tylko wpływają na przebieg rozwoju mowy, jego tempo, dynamikę i efektywność. Wraz z biegiem lat, podlegając oczywiście modyfikacjom, kształtują także poziom umiejętności komunikacyjnych osób z NI w okresie ich dorosłości i starości. Mowa tej grupy (tak jak rówieśników o rozwoju typowym) zmienia się wraz z wiekiem, pod wpływem procesów fizjologicznego starzenia się organizmu i wielu innych czynników o charakterze patologicznym, pogłębiających istniejące już trudności w komunikacji z otoczeniem. Ulega zmianie struktura i funkcje organów, narządów i układów odpowiedzialnych za mówienie, wraz z wiekiem zmieniają się poznawcze, motywacyjne, emocjonalne cechy aktywności i zasadniczej zmianie podlegają również zewnętrzne uwarunkowania i otoczenie.

W niniejszym opracowaniu skupiono uwagę na kilku jedynie aspektach tychże zmian, istotnych dla zrozumienia specyfiki procesów zachodzących w komunikacji dorosłych i seniorów z NI.

OGÓLNY STAN ZDROWIA

Problemy zdrowotne występują u osób z NI 2,5 razy częściej niż w pozostałej części społeczeństwa. Należą one do grupy ryzyka występowania na przykład padaczki, zaburzeń snu, chorób endokrynologicznych i metabolicznych (Śmigiel 2011, 323). Aż czterokrotnie częściej w grupie tej notuje się zgony z przyczyn, których można byłoby uniknąć (Pawlyn i Carnaby 2006, 9). Powody gorszego stanu zdrowia są oczywiście różnorodne, ale często stanowią one wynik współdziałania wielu procesów, w tym zaistniałych we wczesnym okresie życia. Do istotnych czynników wpływających na ogólny stan zdrowia tej grupy zaliczyć więc można:

- zwiększone ryzyko ekspozycji na negatywnie oddziałujące czynniki środowiskowe (między innymi niski poziom materialny rodziny, złe warunki mieszkaniowe, bezrobocie, izolacja społeczna i inne formy dyskryminacji);
- zwiększone ryzyko wystąpienia wad genetycznych i przyczyn biologicznych niepełnosprawności, z którymi współwystępują określone problemy zdrowotne (np. wrodzone wady serca w zespole Downa czy zespole Wil-

- liamsa, zaburzenia czynności podwzgórza u osób z zespołem Pradera-Willego, problemy psychiczne w grupie ze spektrum autyzmu);
- problemy w komunikacji i niski poziom świadomości zdrowotnej, prezentowany przez samą osobę z NI, jak i często jej środowisko. Ograniczone umiejętności komunikacyjne utrudniają bądź wręcz uniemożliwiają osobom z tym zaburzeniem powiadomienie otoczenia o potrzebach zdrowotnych, co powoduje, że często są one nierozpoznane bądź zdiagnozowane mylnie. Trudności w komunikacji powodują też problemy w leczeniu, ponieważ grupa ta wymaga wsparcia, np. w systematycznym przyjmowaniu leków. Jeżeli zaś osoby te są zdane tylko na siebie – leczenie może być nieefektywne;
 - ograniczenie i utrudnione korzystanie z opieki zdrowotnej, wynikające na przykład z zaburzeń ruchowych, często towarzyszących niepełnosprawności intelektualnej (Robertson, Roberts i Emerson 2010, 1).

Wraz z wiekiem, podobnie jak w populacji generalnej, u osób z NI narastają zazwyczaj problemy zdrowotne, które ujawniły się we wcześniejszych fazach życia i pojawiają się nowe choroby, ograniczające aktywność życiową. Pogarszający się stan zdrowia na ogół uznaje się za część procesu starzenia się. Jednym z najistotniejszych problemów jest szybko wzrastający wskaźnik chorób psychicznych i demencji w grupie seniorów, zawsze znacząco wyższy niż w ogólnej populacji (Strydom i in. 2010; Bobińska i Gałęcki 2010). Jak podaje Sally-Ann Cooper (1997, 375) u osób z NI (grupa wiekowa 65 lat i więcej) notuje się wyższą zapadalność na choroby psychiczne niż w grupie kontrolnej osób w wieku młodszym, od 20. do 64. roku życia (odpowiednio 68,7% i 47,9 %). Wraz z wiekiem wrasta także ryzyko wystąpienia depresji i nerwicy lękowej. W obu grupach wiekowych podobna jest natomiast frekwencja schizofrenii, zaburzeń autystycznych i zaburzeń zachowania⁴.

Istnieje szereg zespołów genetycznych, które odznaczają się zwiększoną podatnością na tego typu choroby. U osób z zespołem Angelmana czy Retta nie tylko frekwencja demencji jest wyższa, ale też atakuje ona pacjentów w młodszym wieku. Dobrze udokumentowany jest także związek zespołu Downa z chorobą Alzheimera. Nie każda osoba z tym syndromem zapadnie na to schorzenie, jednakże większość tej grupy przed ukończeniem 40. roku życia prezentuje już pewne zmiany neuropatologiczne. W grupie wiekowej 40–50 lat chorobę tę rozpoznaje się u 9% badanych. U 30–40% osób z zespołem Downa diagnoza choroby Alzheimera zapada między 50. a 55. rokiem życia, a więc znacznie wcześniej niż

⁴ Dowodem zainteresowania nauki zaburzeniami psychicznymi pojawiającymi się wraz z wiekiem może być chociażby stworzenie nowego terminu „geropsychiatria”. Termin ten pojawił się np. w tytule książki *Geropsychiatric and Mental Health Nursing* autorstwa Karen Devereaux Melillo i Susan Crocker Houde (2010).

w przypadku osób o typowym przebiegu rozwoju⁵. W wielu źródłach, biorąc pod uwagę tak dużą podatność osób z zespołem Downa na demencję, podaje się osobne dane dla grupy z tym syndromem i dla pozostałych osób z NI o innym niż trisomia 21 podłożu (Strydom i Sinai 2014, 191).

Nie tylko demencja w zasadniczy sposób zubaża kontakt ze światem i aktywność fizyczną osób z NI. Ograniczająco wpływają także narastające wraz z wiekiem problemy w lokomocji, wynikające np. z artrozy, a pogłębiane często przez złamania i urazy, do których dochodzi w wyniku upadków. Nakładają się na te problemy także choroby serca, układu oddechowego i in. W przypadku seniorów z NI na ogół diagnozuje się więcej niż jedną chorobę przewlekłą (ang. *multimorbidity*). Badania kanadyjskie, prowadzone przez Martina Fortina i współpracowników (2005, 223), objęły grupę 320 mężczyzn i 660 kobiet z NI. Wyniki pozwoliły na stwierdzenie, że w przypadku dziewięciu na dziesięciu badanych potwierdzono wystąpienie więcej niż jednej choroby przewlekłej. Dwie i więcej chorób pojawiło się u 68% kobiet i 72% mężczyzn w wieku od 18 do 44 lat oraz u 95% kobiet i 89% mężczyzn w wieku 45 do 64 lat. W grupie najstarszej (65 lat i więcej) zjawisko nakładania się chorób przewlekłych stwierdzono u 99% kobiet i 97% mężczyzn, stanowiących grupę badaną. Szczególnie zagrożone wystąpieniem wielu schorzeń przewlekłych są osoby o specyficznej etiologii NI (tabela 1).

Tabela 1. Problemy zdrowotne notowane u osób z zespołami genetycznymi

Zespół genetyczny	Problemy zdrowotne
Zespół Angelmana	kifoza; choroby rogówki
Zespół Downa	przedwczesne starzenie się i związane z wiekiem zaburzenia wzroku i słuchu; padaczka; demencja
Zespół kruchego chromosomu X	wypadanie zastawki mitralnej, zespół Barlowa; zaburzenia mięśniowo-szkieletowe; pierwotna niewydolność jajników, przedwczesna menopauza; drżenia i ataksja; padaczka, zaburzenia wzroku
Zespół Pradera-Williego	choroby układu krążenia; cukrzyca
Zespół Retta	pogorszenie motoryki dużej; kifoza
Zespół Williamsa	przedwczesne zaniki pamięci; problemy w lokomocji

Źródło: Acharya, Schindler i Heller 2016, 1427.

⁵ Anthony J. Holland i współpracownicy (1998, 493), wykorzystując *the Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX), stwierdzili, iż w grupie dorosłych z zespołem Downa wskaźniki występowania choroby Alzheimer'a wyniosły 3,4% w grupie 30–39-latków, 10,3% wśród 40–49-latków i aż 40% u badanych w wieku 50–59 lat.

ZABURZENIA SENSORYCZNE

Zaburzenia sensoryczne są często notowane w grupie osób z NI. Chris Hatton (2012, 12) podaje, że występują one u od 10% do 33% tej części populacji generalnej⁶. Wśród nich szczególnie istotne wydają się zaburzenia wzroku i słuchu.

Uważa się, że blisko 80% dochodzących do nas bodźców odbieranych jest za pomocą zmysłu wzroku, którego funkcjonowanie ma zasadniczy wpływ na rozwój intelektualny każdej ludzkiej istoty (Gwatkin 2016, 1165). Uszkodzenia neurologiczne zaistniałe we wczesnym okresie rozwoju wykazują silną korelację z problemami okulistycznymi. Osoby z NI są więc grupą szczególnego ryzyka wystąpienia uszkodzeń narządu wzroku i zaburzeń percepcji wzrokowej. Należy brać przy tym pod uwagę możliwość występowania problemów wzrokowych wynikających lub pogłębiających się z powodu ubocznych skutków przyjmowania leków (Isralowitz, Madar, Lifshitz i Assa 2003). Stąd też zaburzenia wzroku notowane są w grupie osób NI dziesięciokrotnie częściej niż w populacji generalnej (Isralowitz, Madar, Lifshitz i Assa 2003; Isralowitz, Madar i Reznik 2005). Poświadczają to dane zebrane np. w Wielkiej Brytanii. Szacuje się, że 96 500 osób dorosłych z NI, zamieszkujących ten kraj, to osoby niewidzące lub niedowidzące, sześciu zaś na dziesięciu badanych wymaga okularów bądź zachęty do ich użytkowania (Pilling 2011, 1).

Do głównych przyczyn problemów wzrokowych, notowanych w tej grupie, zaliczyć można:

- zabiegi z zakresu chirurgii refrakcyjnej (korekcji wad wzroku);
- niedowidzenie;
- zez;
- zaćmę wrodzoną;
- zaćmę nabytą;
- oczopląs;
- zaburzenia dróg wzrokowych;
- zaburzenia w odbiorze i interpretacji bodźców wzrokowych;
- choroby rogówki (*Ophthalmic Services Guidance. Eye Care for Adults with Learning Disabilities*, 2015).

W grupie osób z NI notuje się szczególnie często: zredukowaną ostrość widzenia, głębokie zaburzenia refrakcji (niedowidzenie, astygmatyzm), zez, oczopląs, niedowidzenie, zaćmę, choroby rogówki, zapalenia oczu, wywinięcie powieki itd. (Gwatkin 2016, 1152). Oczywiście, specyficzne postaci niepełnosprawności

⁶ Wskaźnik ten uzyskano, stosując w diagnozie kryteria kliniczne. Przy wykorzystaniu kryteriów funkcjonalnych wartość ta wzrasta (tamże).

intelektualnej łączą się często z określonymi nieprawidłowościami bądź schorzeniami w obrębie zmysłu wzroku. I tak u osób z zespołem Downa diagnozowana jest często ametropia (niemiarowość oka), krótkowzroczność, która może być jej konsekwencją, jaskra, niedowidzenie, zaćma, oczopląs. Przy mózgowym porażeniu dziecięcym notowana jest atrofia nerwu wzrokowego, nadwzroczność, oczopląs. W grupie z diagnozą zespołu kruchego chromosomu X występuje dalekowzroczność i zez (Gwatkin 2016, 1152; Ashwal i in. 2004, 860).

Diagnoza zaburzeń wzroku, zarówno wrodzonych, jak i pogłębiających się z czasem, jest w tej grupie szczególnie trudna chociażby ze względu na problemy komunikacyjne, niską świadomość procesów zachodzących w swoim ciele, trudności w spostrzeganiu narastających zmian itp. Dla opiekunów dostrzeżenie regresu może także być bardzo trudne. Ogromnie ważne jest, aby terapeuci, w tym logopedzi, posiadali wiedzę na temat możliwych problemów wzrokowych, a także świadomość, że wiele spośród nich ma tendencję do pogłębiania się z czasem. Istnieje szereg zachowań pacjenta potwierdzających narastające problemy wzrokowe, które powinny być dostrzeżone przez opiekunów. Wśród nich:

- niepokój – szczególnie widoczny w nowych sytuacjach i nowym dla danej osoby otoczeniu; w przypadku występujących równocześnie zaburzeń słuchowych poziom odczuwanego stresu będzie jeszcze wyższy;
- charakterystyczna ostrożność podczas chodzenia, wzrastająca w sytuacjach trudnych, np. podczas wchodzenia na schody czy przechodzenia przez miejsca niedostatecznie oświetlone;
- wycofanie i depresja, co może przejawiać się np. utratą zainteresowania aktywnościami, które dotąd sprawiały danej osobie przyjemność, utratą apetytu, bezsennością;
- frustracja, związana m.in. z niemożnością lub ograniczeniami w eksploatacji otoczenia;
- pocieranie oczu⁷.

Grupa z NI obciążona jest także innymi zaburzeniami sensorycznymi, wśród nich często notowane są zaburzenia słuchu. Zgodnie ze doniesieniami Światowej Organizacji Zdrowia (2017) u około 5% populacji generalnej, a więc u około 360 milionów ludzi na całym świecie, stwierdza się problemy słuchowe. 32 miliony w tej grupie stanowią dzieci. Do głównych przyczyn utraty słuchu zalicza się przyczyny genetyczne, schorzenia zaistniałe po urodzeniu, choroby infekcyjne, chroniczne infekcje ucha, skutki uboczne działania niektórych leków, wystawienie na działanie nadmiernego hałasu i zmiany w odbiorze bodźców słuchowych

⁷ Zachowanie to może oczywiście wynikać także z innych przyczyn, np. alergii, zapalenia rogówki i spojówki, obecności obcego ciała w oku, zmęczenia, autostymulacji itp.

związane ze starzeniem się. Około 40% dzieci z uszkodzeniem narządu słuchu wykazuje dodatkowe problemy, m.in. opóźnienia rozwoju, niepełnosprawność intelektualną, autyzm i zaburzenia wzroku. Szereg badań potwierdza, że utrata słuchu jest notowana szczególnie często u osób z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną. Bardzo zagrożoną grupą są dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym – u około 4 do 12% spośród nich diagnozuje się uszkodzenia narządu słuchu, przy czym notowane zmiany mogą pogłębiać się w szybkim tempie w przypadku głębokich ograniczeń ruchowych, zaburzeń wzroku i głębszej formy niepełnosprawności intelektualnej (Ashwal i in. 2004, 860).

Upośledzeniu słuchu towarzyszą także problemy ruchowe, zaburzenia równowagi, kontroli układu przedsionkowego czy przetwarzania czuciowego, co dodatkowo ogranicza samodzielność i aktywność jednostki.

PROBLEMY STOMATOLOGICZNE⁸

Stan jamy ustnej rzutuje na samopoczucie, ogólny poziom zdrowia, poczucie własnej wartości i komfort życia jednostki. W zasadniczy sposób wpływa także na realizację głosek i sposób przyjmowania pokarmu. Literatura dotycząca problemów stomatologicznych, notowanych w grupie osób z NI, jest stosunkowo uboga (Solanki, Gupta i Arya 2014). Jednakże szereg opublikowanych badań wskazuje na często występujące tu nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego (Śmigiel 2011). Zaobserwowano w tej grupie szczególnie wiele anomalii zgryzowych, często występujące podniebienie gotyckie, opóźnione wyrastanie zębów, przypadki makroglosji oraz nieprawidłowego funkcjonowania stawu skroniowo-żuchwowego, spowodowane w dużej mierze zaburzeniami napięcia mięśniowego. Szczególnie licznie notowane są one u dzieci z NI głębszą bądź z wadami twarzoczaszki. Często obserwowane są także uporczywe parafunkcje, takie jak: bruksizm, ssanie kciuka czy języka itp. oraz dysfunkcje połykania, których konsekwencją może być nadmierne ślinienie (Wyne 2002, 4).

U osób w wieku starszym z NI natomiast diagnozuje się ogólnie zły stan przyzębia⁹, częste zapalenia dziąseł oraz próchnicę (Solanki, Gupta i Aryan 2014; Haveman i in. 2009). Wysychanie śluzówki i odczucie suchości w ustach, próch-

⁸ Problemy tego typu notowane będą w różnych krajach z różną frekwencją, w zależności między innymi od statusu społeczno-gospodarczego i poziomu opieki zdrowotnej. Jednakże nawet w krajach rozwiniętych doniesienia nie są optymistyczne. Przykładem mogą być badania australijskie, na podstawie których stwierdzono, że różnego rodzaju schorzenia stomatologiczne, szczególnie choroby przyzębia, patologiczne zmiany śluzówki oraz nieprawidłowości zgryzowe notowane są w grupie osób z NI siedmiokrotnie częściej niż w populacji generalnej (Scott, March i Stokes 1998).

⁹ W grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie narażone są na choroby przyzębia osoby z zespołem Downa (Feldberg i Merrick 2016, 1175).

nica, zapalenie dziąseł i choroby przyzębia są wymieniane wśród dziesięciu czynników ograniczających aktywność osób z NI (Haveman i in. 2009, 12). Niektóre badania pozwalają na stwierdzenie, że w grupie tej częstość zapalenia dziąseł notowana jest od 1,2 do 1,9 częściej niż w ogólnej populacji. Inne wskazują, że zapalenia dziąseł dotyczy od 6 do 97% wśród osób z NI (dla porównania: 8–59% ogólnej populacji). Ryzyko wystąpienia schorzenia wzrasta wraz z wiekiem badanych. I tak stwierdza się, że zapalenie dziąseł diagnozowane zostało u 42% badanych w grupie wiekowej od 8 do 17 lat, u 58% 18–34-latków, u 62% – 35–50-latków oraz 84% wśród 51–70 lat. Badaniami objęto przy tym uczestników *World Summer Games*, które odbywały się w Irlandii w 2003 r., a więc osoby, które nie powinny mieć problemów w uzyskaniu pomocy dentystycznej (Corbin i in. 2005; za: Haveman i in. 2009, 13).

Oczywiście zarówno choroby przyzębia, jak też i próchnica nie wynikają bezpośrednio z niepełnosprawności. W literaturze przedmiotu wyraźnie podkreśla się negatywny wpływ na stan jamy ustnej braków i zaniedbań w zakresie dbałości o higienę jamy ustnej i opieki stomatologicznej (Feldberg i Merrick 2016, 1165).

Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele. Ilan Feldberg i Joav Merrick (tamże) do głównych zaliczają utrudniony często dostęp do pomocy dentystycznej (np. z powodu odległości czy barier architektonicznych), ale także niewystarczającą wiedzę zawodową stomatologów i ich ograniczone doświadczenie w kontaktach z tą grupą pacjentów, brak współpracy i trudności komunikacyjne osób z NI, niedostateczną świadomość opiekunów dotyczącą wagi problemów stomatologicznych, problemy finansowe. Niekiedy źródłem problemów jest nie tyle brak opieki dentystycznej, ile jej niewłaściwy przebieg. Wiele badań wskazuje na przykład na istotny problem, którym są ubytki w uzębieniu. Wynikają one często z faktu, że w przypadku pacjentów z NI rzadziej niż w ogólnej populacji podejmuje się leczenie, np. kanałowe, częściej natomiast zapada decyzja o usunięciu zęba (Haveman i in. 2009, 13). Utrudniać leczenie stomatologiczne mogą także odmienne warunki anatomiczne jamy ustnej i zębów, notowane w tej grupie (Śmigiel 2011, 329).

Charakteryzując problemy w obrębie układu stomatognatycznego notowane w grupie osób z NI, należy uwzględnić także niewłaściwą dietę i przyjmowanie wielu leków, często w postaci dosładzanych syropów, co przyczynia się do pogłębienia ogólnie złego stanu jamy ustnej. Wyniki badań poświadczają jednoznacznie istniejące w tej grupie problemy. I tak na przykład 36,5% dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną i aż 80% dorosłych z zespołem Downa ma problemy zdrowotne z uzębieniem i dziąsłami (Barr i in. 1999, 1487).

Szczególnie narażonych na tego typu problemy jest kilka grup osób z NI. Wśród nich właśnie osoby z zespołem Downa, u których częste jest oddychanie torem ustnym oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym, których stan uzębienia i śluzówki pogarsza się pod wpływem częstego w tej grupie refluksu, a same

zabiegi higieniczne czy dentystyczne utrudniać może obecność przetrwałego odruchu kąsania. W przypadku osób z NI stopnia głębszego zaniedbania w higienie wynikają czasami z przekonania opiekunów, że stan jamy ustnej czy systematyczne badania kontrolne nie są dla ich podopiecznych priorytetem. Trudno także im przewidzieć zachowanie tejże osoby w nowej sytuacji, często związanej z przykrymi doznaniem. Przy niepełnosprawności sprzężonej, z ograniczeniami w sferze ruchu, często dostęp do opieki stomatologicznej jest ograniczony z tego właśnie powodu.

Układ stomatognatyczny ulega dynamicznym przeobrażeniom w ciągu całego życia osobniczego. Większość problemów, które obserwujemy u dzieci z NI, towarzyszy im przez całe życie. Inne pojawiają się wraz ze starzeniem się bądź też ulegają pogłębieniu. Utrudniają one przebieg podstawowych funkcji układu stomatognatycznego, jakimi są mowa, połykanie i oddychanie (Milewski i Kaczorowska-Bray 2015). W największym stopniu dotyczą one uzębienia, stanu przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej, języka oraz funkcjonowania gruczołów ślinowych. Zmienia się także budowa i funkcjonowanie stawu skroniowo-żuchwowego.

Wyżej wskazane problemy utrudniają prawidłowe przyjmowanie pokarmu i właściwą artykulację. Rzutują także w dużym stopniu na odbiór społeczny osoby z NI, wpływając na jej wygląd, możliwości komunikacyjne czy zachowanie. Zadaniem logopedy jest uwrażliwienie opiekunów i wytłumaczenie wagi dostrzeżonych problemów, a także podjęcie działań, które umożliwią osobie z NI poprawę stanu jamy ustnej, a więc na przykład odwrażliwienie okolicy orofacjalnej czy wygaszenie przetrwałego odruchu kąsania, co umożliwi większą dbałość o higienę jamy ustnej i korzystanie z opieki stomatologicznej. Istnieją także sposoby stymulacji i rehabilitacji układu stomatognatycznego, które pacjent mógłby wykonywać pod kontrolą logopedy. Są to cztery grupy ćwiczeń: mięśni mimicznych, języka, wytwarzania śliny i połykania. Ćwiczenia te przynoszą widoczną poprawę nie tylko czynności fizjologicznych, lecz także poprawę wyrazistości mowy (Zapała i Szuta 2012, 155).

ODŻYWIANIE

Właściwe odżywianie jest kluczowe dla zdrowia i jakości życia wszystkich ludzi, niezależnie od ich wieku. Wpływa na matczyne zdrowie, rozwój płodu, przebieg ciąży, wzrost i rozwój dzieci, efekty leczenia chorób przewlekłych, rzutuje na długość życia. Bezsprzecznie osoby z NI są grupą o wysokim ryzyku wystąpienia niedoborów żywieniowych, co może w ich przypadku pogłębiać niepełnosprawność. Niewłaściwie dobrana dieta, siedzący tryb życia może stać się

przyczyną otyłości¹⁰, cukrzyca, osteoporozy, zaburzeń sercowo-naczyniowych, nadciśnienia i wzrostu ryzyka wystąpienia nowotworów (Torres Mughal i Novak 2016, 1225; Draheim 2007, 392).

Właściwe odżywianie i kontrolowanie diety jest tym ważniejsze, że jest to grupa obciążona zdrowotnie, przyjmująca wiele leków o różnych działaniach ubocznych, ale też z wieloma ograniczeniami żywieniowymi. Konieczność stosowania diety wyłączonej może wynikać m.in. z istniejących problemów w przyjmowaniu pokarmu (np. dysfagia), przetrwałych odruchów ze sfery orofacjalnej, schorzeń żołądkowo-jelitowych (np. refluks, choroba Crohna, celiakia), alergii i nietolerancji pokarmowej (np. nietolerancja fruktozy czy laktozy), zaburzeń sensorycznych (np. preferowanie określonej struktury pokarmu, jego koloru, temperatury itp.), chorób jamy ustnej i ubytków uzębienia, zaburzeń zachowania i emocji. Problemy te szczególnie często występują w zespołach genetycznych, np. zespół Downa, Williamsa, Aperta, kruchego chromosomu X, ale też wśród dzieci z autyzmem. Odrębną grupę stanowią oczywiście osoby żywione z wykorzystaniem metod pozaustnych. Problemy związane z przyjmowaniem pokarmu i właściwą dietą rzadko kiedy kończą się w tej grupie osób wraz z przekroczeniem granicy dorosłości.

Zgodnie z definicją logopedii, promowaną przez CPLOL, płaszczyzną jej zainteresowania są także zaburzenia połykania¹¹. Problemy pokarmowe omawianej tu grupy osób wymagają monitorowania, prowadzenia zajęć warsztatowych dla opiekunów, dotyczących chociażby doboru konsystencji pokarmu, form jego podaży czy właściwej pozycji podczas karmienia.

ZMIANY W ŚRODOWISKU

W większości przypadków dziecko z NI znajduje się pod opieką rodziców i mieszka wraz z nimi w domu rodzinnym, w którym pozostaje też w okresie dorosłości. Tamar Heller podaje, że blisko 76% procent grupy z zaburzeniami rozwojowymi żyje z rodzinami (Heller 2010, 2). Socjalizacja i kontakty z szerszym otoczeniem są w przypadku tych osób w dużej stopniu zróżnicowane. Jednakże wskazuje się, że osoby z NI, mieszkające wraz z rodzicami, doświadczają ograni-

¹⁰ Niektóre badania podają, że u blisko 80% osób dorosłych z NI stopnia lekkiego i umiarkowanego stwierdzono nadwagę bądź otyłość. W grupie tej około 45% określono jako osoby otyłe, u 8% zaś zdiagnozowano znaczną otyłość (Haveman i in. 2009, 15).

¹¹ Definicja logopedii, zamieszczona na stronie Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) brzmi następująco: *Speech Language Pathology and Logopaedics is both a scientific domain and an autonomous profession. As a science, it is at the intersection of medical, linguistic, educational and psychological sciences and focuses on etiology, assessment and intervention of communication and **swallowing disorders*** (podkreślenie autorów) (<http://www.cplol.eu/profession/general-info.html>).

czeń w kontaktach ze środowiskiem, możliwości zaś nawiązania relacji z osobami spoza najbliższego kręgu są w ich przypadku mniejsze niż w grupie przebywającej pod opieką instytucji (tamże).

Osoby z NI żyją coraz dłużej, a więc wydłuża się czas opieki i wspomaganie ich funkcjonowania, co rodzi szereg nowych problemów. Jak podaje David Braddock, ponad 25% opiekunów tej grupy osiągnęło już wiek powyżej 60 lat, około 38% znajduje się w grupie wiekowej od 41 do 59 lat (Braddock 2001). Sami doświadczają trudności związanych z wiekiem podeszłym. Sami też wymagają lub wymagać będą w ciągu kolejnych kilkunastu lat pomocy. Konieczne stanie się wówczas przejęcie opieki nad osobą z NI przez innego członka rodziny bądź też wystąpienie o pomoc instytucjonalną. Problem ten jest stosunkowo nowy – zaczęto dostrzegać go od końca lat 80.

Przebywanie w stosunkowo zamkniętym i wąskim kręgu rodzinnym ma dla osób z NI oczywiście szereg zalet. Czują się bezpieczne, akceptowane, rytualizowanie codziennych czynności przynosi im uspokojenie, daje poczucie ładu i porządku. W znanym sobie otoczeniu łatwiej przychodzi im zrozumienie przekazów werbalnych, szczególnie jeśli ich rozmówcami są osoby doskonale znane. Komunikaty, których nadawcą jest osoba z NI, trafiają do życzliwego odbiorcy, który potrafi je, dzięki wieloletniej praktyce, odczytać. Starość i odchodzenie opiekunów ten bezpieczny świat rujnują. Konieczność zmiany środowiska jest dla osoby z NI zmianą niewyobrażalną, która często skutkuje wycofaniem się, obniżeniem aktywności, czy wręcz depresją, co pogorszyć może funkcjonowanie poznawcze pacjenta. W depresji, szczególnie głębokiej, wystąpić mogą ograniczenia spostrzegania, uwagi, pamięci, myślenia i uczenia się, funkcji wykonawczych, fluencji słownej, szybkości i sprawności psychoruchowej (Talarowska i in. 2009, 36). Osoby z NI głębszego stopnia, z poważnymi zaburzeniami komunikacji językowej lub posługujące się systemem komunikacji alternatywnej, które do tej pory potrafiły przekazać swoje potrzeby i nawiązać satysfakcjonujący kontakt z otoczeniem, w nowym otoczeniu mogą nie mieć z kim się porozumiewać. Nowi opiekunowie nie są bowiem często w stanie zrozumieć zredukowanej mowy bądź też nie znają danego systemu AAC. W placówkach, których celem jest udzielanie wsparcia i otaczanie opieką osób z NI, konieczne jest zatrudnianie logopedów, odpowiednio przygotowanych do pracy z tą grupą. Ich współpraca z innymi specjalistami i opiekunami byłaby istotna nie tylko ze względu na konieczność wspomaganie właściwego przebiegu komunikacji językowej, umożliwienie posługiwania się komunikacją alternatywną i wspomagającą, ale także pozwoliłaby na ocenę przebiegu czynności pokarmowych i ewentualne podjęcie ich terapii.

ZAKOŃCZENIE

Logopedia intensywnie rozwija się tak w zakresie teorii, jak i praktyki. Obejmuje swym zasięgiem coraz więcej płaszczyzn badawczych. Okazuje się także, że diagnozy terapii logopedycznej potrzebują grupy osób, których z wielu przyczyn (np. zmian demograficznych) nie obejmowała dotąd ani refleksja naukowa, ani oddziaływania praktyczne. Być może należałoby rozważyć kształcenie lub uruchomienie form doksztalcania dla logopedów, którzy chcieliby się specjalizować w diagnozie i terapii osób z NI w wieku podeszłym. Praca z seniorami z NI jest zadaniem bardzo trudnym z racji ogromu wiedzy, którą powinien taki specjalista poznać, ale też z powodu predyspozycji do wykonywania tego zawodu. Terapia pacjenta obciążonego wieloma schorzeniami oraz ograniczeniami natury poznawczej, którego życie dobiega kresu, wiąże się bowiem z dużym obciążeniem psychicznym dla terapeuty, od którego wymagamy, aby przejawiał wysoki poziom empatii i zrozumienia dla swojego podopiecznego.

BIBLIOGRAFIA

- Acharya K., Schindler A., Heller T., 2016, *Aging: Demographics, Trajectories and Health System Issues*, [w:] *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan. Rubin and Crocker 3rd Edition*, red. I.L. Rubin, J. Merrick, D.E. Greydanus, D.R. Patel, Switzerland, s. 1423–1432.
- Ashwal S., Russman B.S., Blasco P.A., Miller G., Sandler A., Shevell M., Stevenson R., 2004, *Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter; diagnostic assessment of the child with cerebral palsy; report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society*, „Neurology” 62(6), s. 851–63.
- Barr O., Gilgunn J., Kane T., Moore G., 1999, *Health screening for people with learning disabilities by a community learning disability service in Northern Ireland*, „Journal of Advanced Nursing” 29, s. 1482–1491.
- Baxley D.L., Janicki M.P., McCallion P., Zendell A., 2002, *Aiding older caregivers of persons with intellectual and developmental disabilities: A Tool Kit for State and Local Aging Agencies* [http://www.alz.org/national/documents/aoagrnt_tools_disabilities.pdf; dostęp: 6.12.2017, godz. 15:15].
- Bobińska K., Gałecki P., 2010, *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*, Wrocław.
- Bobińska K., Gałecki P., 2012, *Rys historyczny, terminologia, definicja, nozologia, kryteria rozpoznawania niepełnosprawności intelektualnej*, [w:] *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałecki, Wrocław, s. 21–40.
- Braddock D., 2001, *Disability at the dawn of the 21st century and the state of the states*, Washington.
- Cooper S.-A., 1997, *Deficient health and social services for elderly people with learning disabilities*, „Journal of Intellectual Disability Research”, 41(4), s. 331–338.

- Cooper S-A., Holland A. J., 2010, *Otępienie i zły stan zdrowia psychicznego u starszych osób niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, red. N. Bouras, G. Holt, Wrocław, s. 168–188.
- Cytowska B., 2011, *Wstęp*, [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*, red. B. Cytowska, Toruń s. 5–16.
- Deafness and hearing loss fact sheet. World Health Organization. Deafness and hearing [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/; dostęp: 29.12.2017; godz. 13:40].
- Dołęga Z., 2003, *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*, Katowice.
- Draheim C.C., Stanish H. I., Williams D.P., McCubbi, J.A., 2007, *Dietary intake of adults with mental retardation who reside in community settings*, „American Journal on Mental Retardation”, 112, 5, s. 392–400.
- Feldberg I., Merrick J., 2016, *Dentistry*, [w:] *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan. Rubin and Crocker 3rd Edition*, red. I. L. Rubin, J. Merrick, D. E. Greydanus, D. R. Patel, Switzerland, s. 1165–1178.
- Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L., 2005, *Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice*, „Annals of Family Medicine”, 3, s. 223–228.
- Gwatkin L., 2016, *Eye and Vision Care*, [w:] *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan. Rubin and Crocker 3rd Edition*, red. I. L. Rubin, J. Merrick, D. E. Greydanus, D. R. Patel, Switzerland, s. 1151–1164.
- Hatton Ch., 2012, *Intellectual disabilities – classification, epidemiology and causes*, [w:] *Clinical psychology and people with intellectual disabilities. Second edition*, red. E. Emerson i in., Oxford, s. 3–22.
- Haveman M.J., Heller T., Lee L.A., Maaskant M.A., Shoostari S., Strydom A., 2009, *Report on the State of Science on Health Risks and Ageing in People with Intellectual Disabilities. IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities/Faculty Rehabilitation Sciences*, Dortmund.
- Heller T., 2010, *People with Intellectual and Developmental Disabilities Growing Old: An Overview*, „Impact”, 23, s. 2–3.
- Holland A. J., Hon J., Huppert F. A., Stevens F., Watson P., 1998, *Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome*, „The British Journal of Psychiatry”, 172 (6), s. 493–498.
- Hollins S., Attard, M.T., von Fraunhofer, N. Sedgwick, P., 1998, *Mortality in people with learning disability: risks, causes, and death certification findings in London*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, 40, s. 50–56.
- Hurlock E.B., 1985, *Rozwój dziecka*, Warszawa.
- Israelowitz R., Madar M., Reznik A., 2005, *Vision needs of people with intellectual disability in residential facilities and community-based homes for independent living*. „Disability and Rehabilitation”, 27(23), s. 1451–1453.
- Israelowitz R., Madar M., Lifshitz T., Assa V., 2003, *Visual problems among people with mental retardation*. „International Journal of Rehabilitation Research”, 26(2), s. 149–152.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*, Gdańsk.
- Lightfoot E., 2006, *Older Adults With Developmental Disabilities*, [w:] *Handbook of Social Work in Health and Aging*, red. B. Berkman, S. D'Ambruoso, Oxford, s. 53–64.
- Marcelli D., Cohen D., 2013, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, Wrocław.
- Maulik P.K., Harbour C.K., 2011, *Epidemiology of intellectual disability*, [w:] *International encyclopedia of rehabilitation*, red. J.H. Stone, M. Blouin [http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/; dostęp: 6 stycznia 2018, godz. 15:30].

- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2015, *Późna dorosłość jako przedmiot zainteresowania współczesnej logopedii – perspektywy badawcze*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 153–171.
- Ogletree B.T., Susan M. Bruce S. M., Finch A., Fahey R., McLean L., 2011, *Recommended communication-based interventions for individuals with severe intellectual disabilities*, „Communication Disorders Quarterly” Vol. 32(3), s. 164–175.
- Ophthalmic Services Guidance. Eye Care for Adults with Learning Disabilities*, 2015, London.
- Pietras T., Witusik A., Bobińska K., Florkowski A., Talarowska M., Banasiak M., 2012, *Epidemiologia niepełnosprawności intelektualnej*, [w:] *Niepełnosprawności intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki, Wrocław, s. 41–44.
- Pilling R. (2011). *The management of visual problems in adult patients who have learning disabilities. Ophthalmic service guidance*, London.
- Robertson J., Roberts H., Emerson E., 2010, *Health Checks for People with Learning Disabilities: A Systematic Review of Evidence*. IHAL. [https://www.improvinghealthandlives.org.uk/uploads/doc/vid_7646_IHAL2010-04HealthChecksSystemticReview.pdf; dostęp: 30 grudnia 2017; godz. 11:55].
- Short-Meyerson K., Benson G., 2014, *Intellectual disability and communication*, [w:] *The Cambridge Handbook of Communication Disorders*, red. L. Cummings, Cambridge, s. 109–124.
- Solanki J., Gupta S., Arya A., 2014, *Dental Caries and Periodontal Status of Mentally Handicapped Institutionalized Children*, „Journal of Clinical Diagnostic Research”, 8(7), s. 25–27.
- Strydom A., Torr J., 2009, *Mental Health of Older People*, [w:] *Intellectual Disability Psychiatry: A practical handbook*, red. A. Hassiotis, D. A. Barron, I. Hall, New York, s. 149–168.
- Strydom A., Sinai A., 2014, *Dementia*, [w:] *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability Research, Practice, and Policy*, red. E. Tsakanikos, J. McCarthy, New York, s. 191–204.
- Strydom A., Romeo R., Perez-Achiaga N., Livingston G., King M., Knapp M., Hassiotis A., 2010, *Service use and cost of mental disorder in older adults with intellectual disability*, „The British Journal of Psychiatry”, 196, s. 133–138.
- Śmigiel R., 2011, *Aspekty medyczne w opiece nad osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*, red. B. Cytowska, Toruń, s. 317–334.
- Talarowska M., Florkowski A., Gałęcki P., Wysokiński A., Zboralski K., 2009, *Funkcje poznawcze w depresji*, „Psychiatria Polska”, tom XLIII, numer 1, s. 31–40.
- Torres Mughal D., Novak P., 2016, *Nutrition*, [w:] *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan. Rubin and Crocker 3rd Edition*, red. I. L. Rubin, J. Merrick, D. E. Greydanus, D. R. Patel, Switzerland, s. 1225–1239.
- Wyne A. H., 2002, *Dental Management of Mentally Retarded Patients*, „Pakistan Oral & Dentistry Journal”, 22 (1), s. 3–8.
- Zapała J., Szuta M., 2012, *Procesy starzenia w obrębie tkanek miękkich i kości twarzy ze szczególnym uwzględnieniem układu stomatognatycznego*, [w:] *Fizjologia starzenia się*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź, Warszawa, s. 130–156.
- <http://www.cplol.eu/profession/general-info.html>