

WSPÓŁCZESNE KONTEKSTY EDUKACJI DOROSŁYCH

Anna Gutowska

ORCID 0000-0001-5258-8772

STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ – WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Streszczenie: Do niedawna uważano, że niepełnosprawność intelektualna nie dotyczy dorosłych i ogranicza się jedynie do dzieci i młodzieży. W publikacjach naukowych ubiegłego wieku czytamy, że osoby te nie żyją dłużej niż 40 lat, a i to raczej wyjątkowo. Rzeczywistość zmieniła się między innymi wraz z postępem medycyny i wzrostem jakości opieki medycznej. Wydłużenie życia ludzkiego jest tendencją ogólną i ma swoje odzwierciedlenie również wśród osób z długotrwałą niepełnosprawnością. W efekcie populacja starych osób z niepełnosprawnością intelektualną pojawiła się w historii po raz pierwszy. Celem artykułu jest wstępne rozpoznanie i przybliżenie problematyki starości i starzenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną, stanowiąc punkt wyjścia dla dalszych badań autorki w tym zakresie. W tekście przybliżono pojęcie niepełnosprawność intelektualna i geragogika specjalna, omówiono zmiany inwolucyjne towarzyszące procesowi starzenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną i modele starości w tej subpopulacji.

Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest obecnie dużym wyzwaniem nie tylko dla polityki społecznej, ale także przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych i praktyków. Problematyka związana ze starością i starzeniem się obecna jest w literaturze od dawna, ale za sprawą intensywnych zmian demograficznych zachodzących w nowoczesnych społeczeństwach zainteresowanie tymi zagadnieniami w ostatnich latach istotnie wzrosło. Nadal jednak istnieją obszary, które w nauce są słabo poznane i niewystarczająco opisane. Należy do nich starość osób z niepełnosprawnością intelektualną. Jak zauważa Amadeusz Krause, dopiero od niedawna zainteresowanie osobami niepełnosprawnymi przestano ograniczać jedynie

do dzieci i młodzieży (2010, s. 117). Dorosłość i późna dorosłość tej populacji przez lata należały do wątków zaniedbywanych, marginalizowanych czy pomijanych. Do niedawna uważano, że niepełnosprawność intelektualna nie dotyczy dorosłych. W publikacjach naukowych ubiegłego wieku czytamy, że osoby te nie żyją dłużej niż 40 lat, a i to raczej wyjątkowo. Rzeczywistość zmieniła się wraz z postępowaniem medycyny, wzrostem jakości opieki medycznej, ale i wiedzy o etiologii czy objawach niepełnosprawności intelektualnej. Wydłużenie życia ludzkiego jest tendencją ogólną i ma swoje odzwierciedlenie również wśród osób z długotrwałą niepełnosprawnością. W efekcie populacja starych osób z niepełnosprawnością intelektualną zaistniała po raz pierwszy w historii.

Celem artykułu jest wstępne rozpoznanie i przybliżenie problematyki starości i starzenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną i stanowi punkt wyjścia dla dalszych badań autorki w tym zakresie.

Niepełnosprawność intelektualna – ujęcie definicyjne

Niepełnosprawność intelektualna występuje we wszystkich społeczeństwach na całym świecie. Szacuje się, że rozpowszechnienie wynosi od 1% w krajach wysoko rozwiniętych do 4% w zaniedbanych regionach świata (Bobińska, Pietras, Gałęcki, 2012). Zjawisko niepełnosprawności intelektualnej dotyczy całego życia osobniczego i niesie ze sobą różnorodne konsekwencje, nurtując przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych.

Poszukując definicji niepełnosprawności intelektualnej, należy wziąć pod uwagę złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia. Ten stosunkowo nowy termin, który pojawił się zamiast stygmatyzujących i wartościujących takich zwrotów jak „niedorozwój umysłowy” czy „upośledzenie umysłowe”. Doczekał się wielu ujęć definicyjnych, które Zofia Sękowska podzieliła na trzy grupy (1985, s. 52):

- definicje kliniczno-medyczne – autorzy koncentrują się przede wszystkim na etiologii i patogenezie zachowań;
- definicje praktyczne – mają charakter administracyjno-prawny;
- definicje psychologiczno-społeczne – autorzy wskazują różne kryteria.

Jedną z pierwszych prób określenia pojęcia upośledzenia umysłowego była definicja niemieckiego lekarza psychiatry E. Kreapelina, który w 1915 roku użył terminu „oligofrenia” i zdefiniował go jako „grupę złożoną pod względem etiologii, obrazu klinicznego i zmian morfologicznych anomalii rozwojowych, która posiada wspólną podstawę patogenetyczną, a mianowicie totalne opóźnienie rozwoju psychicznego” (Wyczesany, 2006, s. 18). Klasyfikacja, która powstała na tle tej definicji, oparta była na ilorazie inteligencji i wyróżniała trzy stopnie upośledzenia umysłowego: idiotyzm (iloraz inteligencji 0–19), imbecylizm (iloraz inteligencji 20–49) oraz debilizm (iloraz inteligencji 50–59). Próby porządkowania terminologii dotyczącej upośledzenia umysłowego podjęte zostały przez Amerykańskie Towarzystwo ds. Upośledzenia Umysłowego (AAMR), Amerykańskie Towarzystwo

Psychiatryczne oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO). W piątym wydaniu podręcznika AAMR (1959) pt. „Terminologia i klasyfikacja upośledzenia umysłowego” pod redakcją R. Hebera pojawił się termin niedorozwoju umysłowego zdefiniowanego jako „niższy niż przeciętny ogólny poziom sprawności intelektualnych, który powstaje w okresie rozwojowym i wiąże się z zaburzeniami w zachowaniu przystosowawczym” (Kostrzewski, 1981, s. 14).

Istotne zmiany rozpoczęły się w połowie XX wieku, kiedy to zapoczątkowano odchodzenie od traktowania upośledzenia umysłowego w kategorii choroby, tj. organicznego, niezmiennego i nieodwracalnego stanu. W 1975 r. AAMR opublikowało definicję H.J. Grossmana ujmującą niedorozwój umysłowy jako „istotnie niższy niż przeciętny (o co najmniej dwa odchylenia standardowe od średniej) ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą zaburzenia w zachowaniu przystosowawczym, powstałe w okresie rozwojowym, do 18 roku życia”. W podręczniku tym pojawiło się bardzo istotne stwierdzenie, że niedorozwój umysłowy nie jest ani jednostką chorobową, ani syndromem, ani symptomem, jest stanem niepełnosprawności, ujawniającym się w zachowaniu jednostki, zaś przyczyn tego stanu jest bardzo wiele. W definicji tej uwzględniono cztery stopnie upośledzenia umysłowego – lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki oraz zakresy ilorazu inteligencji im odpowiadające. Obowiązywała ona w Polsce od 1 stycznia 1980 roku, kiedy to wprowadzono IX Rewizję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (Kostrzewski, 1981, s. 214).

Kolejne zmiany w rozumieniu pojęcia upośledzenia umysłowego przyniosły lata 90. W 1992 roku w podręczniku wydawanym przez AMAR pt. „Upośledzenie umysłowe. Definicje. Klasyfikacja i Systemy Pomocy”, R. Lucasson (za: Żyta, 2004, s. 20) sugeruje, że niedorozwój umysłowy charakteryzuje się istotnie niższym niż przeciętne funkcjonowaniem intelektualnym (co stwierdza się najczęściej przy pomocy standardowych testów inteligencji) z jednocześnie współwystępującym ograniczeniem w zakresie dwóch lub więcej spośród podanych umiejętności przystosowawczych takich jak: porozumiewanie się, samoobsługa, tryb życia domowego, uspołecznienie, korzystanie z dóbr społeczno-kulturowych, samodzielność, troska o zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, organizowanie czasu wolnego i pracy. Definicja ta obejmuje nie tylko intelektualny, ale także społeczny aspekt funkcjonowania w społeczeństwie osób upośledzonych umysłowo. Definicja podkreśla, że upośledzenie umysłowe dotyczy ograniczeń w aktualnym, obserwowalnym funkcjonowaniu i jest stanem, w którym funkcjonowanie jednostki jest ograniczone, a nie jest cechą. Od tego momentu coraz bardziej powszechne było określanie upośledzenia umysłowego terminem niepełnosprawność intelektualna.

Wszystkie zmiany w nazewnictwie są wyrazem walki ze stygmatyzującymi wydzźwiękami stosowanej terminologii. Niestety zmiany te nie znajdują swojego odzwierciedlenia ani w aktualnej nozologii, ani, co ważniejsze, w podejściu społecznym.

W 1997 r. Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym zmieniło swoją nazwę na Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań nad Niepełnosprawnością Intelktualną (IASSID – *International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability*), co stało się przyczynkiem do popularyzowania tej właśnie nazwy.

W roku 2002 dziesiąte już wydanie podręcznika AAMR, zdefiniowało niepełnosprawność intelektualną jako „niepełnosprawność charakteryzującą się istotnym ograniczeniem zarówno w funkcjonowaniu intelektualnym, jak również w zachowaniu przystosowawczym, ujawniającym się w poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętnościach przystosowawczych” (Kostrzewski, 2006, s. 25).

Stosując tę definicję, należy koniecznie uwzględnić pięć założeń podanych przez autorów. Pierwsze założenie mówi, że „ograniczenie w aktualnym funkcjonowaniu intelektualnym, jak też w zachowaniu przystosowawczym musi być analizowane w kontekście środowiska społecznego, z jakiego się wywodzi dana osoba, a typowego dla jej rówieśników z uwzględnieniem tej kultury”. Drugie założenie wskazuje, iż „trafna ocena musi uwzględniać różnorodność kulturową i językową, jak również w komunikowaniu się, w funkcjonowaniu narządów zmysłów, w zakresie sprawności motorycznych i zachowaniu”. Według trzeciego założenia „u osoby badanej ograniczenia często współwystępują ze stronami silnymi. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są złożonymi istotami ludzkimi, które obok ograniczeń posiadają także zdolności. Podobnie jak wszyscy ludzie pewne czynności wykonują lepiej, inne gorzej”. Zgodnie z czwartym założeniem: „ważnym celem badania jest opracowanie profilu niezbędnego wsparcia”. Ostatnie założenie podkreśla, że „w wyniku właściwego, dostosowanego do indywidualnych potrzeb wsparcia funkcjonowanie życiowe osoby z niepełnosprawnością intelektualną na ogół poprawia się”.

Najbardziej aktualna definicja niepełnosprawności intelektualnej została zamieszczona w najnowszej klasyfikacji DSM-V (2013), gdzie zakwalifikowano ją do grupy zaburzeń neurorozwojowych. Wprowadzono nowe kryteria i, co ważne, zalecono testowanie poziomu inteligencji z jednoczesnym uwzględnieniem funkcjonowania adaptacyjnego, które odnosi się do trzech obszarów: zdolności i umiejętności związanych m.in. z myśleniem, rozumieniem, planowaniem, pamięcią, językiem; funkcjonowania społecznego, m.in. komunikacji interpersonalnej, empatii; samodzielności, m.in. samoobsługa, funkcjonowanie w pracy, szkole, gospodarowanie pieniędzmi, czasem wolnym. W klasyfikacji tej uwzględniono także czas pojawienia się deficytów, przyjmując, że aby zdiagnozować niepełnosprawność intelektualną, muszą one wystąpić w okresie rozwojowym (Żyta, 2014).

Niepełnosprawność intelektualna nie jest sama w sobie chorobą (Komender, 2002). Jest stanem wynikającym ze współistnienia czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Wszyscy eksperci podejmujący tematykę niepełnosprawności intelektualnej są zgodni co do tego, że niski iloraz inteligencji nie wystarcza, by uznać niepełnosprawność intelektualną jakiejś osoby. Niezbędne

jest zbadanie obszaru umiejętności społecznych tej osoby, jej funkcjonowania, co pozwoli udzielić jej wsparcia w celu jak najpełniejszego rozwoju i uczestnictwa w życiu społecznym.

Przyczyny niepełnosprawności intelektualnej (upośledzenia umysłowego) mogą być różnorodne – to zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe, pochodzenia endogennego i egzogenego (czynniki teratogenne, infekcyjne, urazowe, społeczne, psychologiczne). Czynniki uszkadzające płód, powodując niepełnosprawność umysłową, mogą działać w okresie prenatalnym, peri- oraz postnatalnym. Ponadto upośledzenie umysłowe może być podstawową lub jedną z cech współistniejących w zespołach wad wrodzonych lub mieć postać izolowaną, jednokrotnie w połączeniu z cechami dysmorficznymi. Etiologię niepełnosprawności umysłowej można określić w około 50–60% przypadków. Genetyczne przyczyny upośledzenia umysłowego stanowią 60% przypadków o znanej etiologii.

Należy przy tym zauważyć, że niepełnosprawność intelektualna bardzo długo traktowana była jedynie jako kategoria medyczna, a co za tym idzie osoby z niepełnosprawnością intelektualną postrzegane były głównie przez pryzmat swojej dysfunkcjonalności, ograniczeń i deficytów. W świadomości społecznej głęboko zakorzenił się stereotyp osoby upośledzonej umysłowo – pozbawionej indywidualnych cech osobowych, potencjału rozwojowego, będącej nosicielem zestawu cech podkreślających inność i nienormalność, a przede wszystkim brak „normalnych” (naturalnych) potrzeb, zachowań, przeżyć i możliwości udziału w życiu społecznym (Mrugalska, 1996, s. 55).

Starość i starzenie się osób z niepełnosprawnością intelektualną

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią bardzo zróżnicowaną grupę i podobnie jak cała populacja starzeją się w sposób indywidualny. Jak już wspomniano, długość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną w ciągu ostatnich dekad istotnie się wydłużyła. Analiza literatury przedmiotu pokazuje, że na początku ubiegłego wieku średnia długość życia osoby z zespołem Downa wynosiła tylko około 9 lat (Penrose, 1933). Głównym powodem wysokiej śmiertelności w tej subpopulacji były przede wszystkim narządowe wady wrodzone, m.in. serca. Natomiast aktualnie szacuje się, że średnia wieku osób z zespołem Downa wzrosła w krajach wysoko rozwiniętych do ok. 60 roku życia (Bittles, Glasson, 2004). Co ważne, podkreśla się, że średnia długość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną będzie w niedługim czasie odpowiadać średniej długości życia w populacji ogólnej (Perkins, Moran, 2010). Specjaliści zgodnie twierdzą, że wpłynęła na to poprawa opieki pediatrycznej oraz odejście od modelu „instytucjonalizowania” na korzyść życia w domu rodzinnym (Zajączek, 2010).

Dane z różnych źródeł potwierdzają fakt, że aktualnie populacja osób z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 65 lat i więcej wynosi około 10% całej populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną i wzrośnie do ok. 30% w roku

2030 (Domagała-Zyśk, 2014). Należy podkreślić, że po raz pierwszy w historii jesteśmy świadkami tego, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną przeżywają swoich rodziców, żyją dłużej niż oni, starzeją się razem z nimi.

Mówiąc o starzeniu się i starości osób z niepełnosprawnością intelektualną należy pamiętać, że objawy starości w tej grupie zaczynają być widoczne wcześniej niż w przypadku ogólnej populacji. Badania m.in. Horvatha i in. (2015) realizowane wśród osób z zespołem Downa, pokazują, że proces starzenia rozpoczyna się tu wcześniej, tj. ok. 45–50 r.ż. Starzenie się neuronów u tych osób rozpoczyna się już ok. 11 roku życia i wynika z nieprawidłowego poziomu metylacji DNA. Zmiany o charakterze biopsychofizycznym są dynamiczniejsze i szybsze. Potwierdzają to także badania Danuty Wolskiej realizowane na gruncie polskim. Autorka zwraca uwagę na to, że „procesy starzenia się u osób upośledzonych umysłowo pojawiają się dość wcześnie, około 40 roku życia, dlatego należy je uwzględnić podczas planowania oddziaływań rehabilitacyjnych” (2000, s. 29). Wolska zrealizowała badania na próbie 300 osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną mieszkających w rodzinie pochodzenia lub w domach pomocy społecznej (w tym 166 kobiet i 134 mężczyzn). Badała zmiany inwolucyjne obserwowane przez rodziców i opiekunów.

Zmiany inwolucyjne, czyli zmiany regresyjne, jakie następują wraz z upływem czasu, są nieuniknioną konsekwencją starzenia się organizmu. Jak pisze Napoleon Wolański, mają charakter endogenny i dezadaptacyjny (1993, s. 646). Inwolucja prowadzi do strat sprawności energetycznej organizmu, jego wydolności, spadku odporności na niekorzystne bodźce środowiska, zaniku zdolności przystosowawczych. W efekcie obniża się zdolność życiowa organizmu, następuje spadek sił fizycznych, często też psychicznych (1993, s. 646). Zmiany te mają charakter naturalny, fizjologiczny i nie są następstwem procesów chorobowych (Pietrański, 1990). W literaturze przedmiotu opisanych zostało wiele teorii starzenia się. Przyczyn inwolucji naukowcy doszukują się między innymi w przewadze procesów katabolicznych nad anabolicznymi, odkładaniu się złogów, uszkodzeniach itp. Jednak bez względu na przyjętą perspektywę w wyniku procesu starzenia się obserwuje się zmiany w trzech głównych płaszczyznach życia człowieka:

- w sferze biologicznej (zmiany strukturalne występujące w narządach, tkankach, zaburzenia czynności narządów oraz możliwości regeneracyjnych, naprawczych i adaptacyjnych);
- w sferze psychologicznej (zmiany w sprawności intelektualnej, emocjonalnej, osobowościowej);
- w sferze społeczno-socjalnej (obniżenie statusu społecznego, pogorszenie warunków ekonomicznych, osamotnienie, zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa i poczucia własnego znaczenia) (Jabłoński, Wysokińska-Miszczuk, 2000).

Mogą one występować w różnym czasie i w różnym stopniu nasilenia.

W omawianych badaniach Danuty Wolskiej duże zmiany regresyjne odnotowano w sferze fizycznej osób z niepełnosprawnością intelektualną: zmiany

w wyglądzie, spowolnienie ruchów, trudności manualne. Obserwowano także zmiany związane z aktywnością życiową, tj. głównie brak zainteresowania wyglądem, niechęć do podejmowania aktywności zawodowej i brak zainteresowania rozrywkami. Zauważono także nasilenie zachowań stereotypowych i rytualnych w grupie badanych po 45 r.ż. oraz zmiany w sferze poznawczej: spowolniony tok rozumowania, gubienie wątku podczas rozmowy, obniżenie poziomu koncentracji, zapominanie. Obserwowano regres w zakresie orientacji w czasie i przestrzeni. Rzadziej pojawiały się zaburzenia mowy. Autorka badań pisze również o zmianach dotyczących charakteru i nastroju, wskazując na nasilenie takich cech, jak drażliwość, nieuzasadnione zmiany nastroju, podejrzliwość, brak chęci do współpracy (Wolska, 2014, s. 77–124).

Analiza danych doprowadziła Danutę Wolską do wniosków, że wraz z wiekiem, pod wpływem zmian inwolucyjnych zmieniają się umiejętności życiowe osób z niepełnosprawnością intelektualną wypracowane na wcześniejszych etapach życia. Zmiany te występowały częściej u osób mieszkających w domach pomocy społecznej, a ich nasileniu sprzyjał brak aktywności zawodowej, natomiast nie miała na nie wpływu płeć (Wolska, 2014, s. 132).

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż badania Wolskiej dotyczyły osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, a to grupa, która zazwyczaj przez całe życie pozostaje zależna od wsparcia rodziny czy instytucji. „Nieprzygotowane do życia w dorosłości – starzeją się pozostając całkowicie same i zależne od pomocy innych” (Kijak, 2013, s. 103).

Specyficzne trudności seniorów z niepełnosprawnością intelektualną

Z wcześniejszym starzeniem się osób z niepełnosprawnością intelektualną wiążą się specyficzne trudności i problemy. Należy do nich zaliczyć pogarszający się stan zdrowia. Badania nad starością osób z niepełnosprawnością intelektualną pokazują, że ich stan somatyczny jest istotnie gorszy od całej populacji (Lennox, 2010). Podobnie jak w przypadku populacji ogólnej wzrasta wraz z wiekiem ryzyko wielochorobowości. Cierpienie na więcej niż jedną chorobę przewlekłą zostało w amerykańskich badaniach tej populacji dowiedzione u 71% (McCarron i in., 2012). Oprócz zaburzeń i chorób typowych dla okresu starości, czyli cukrzycy typu II, chorób układu krążenia, ograniczeń w zakresie ruchomości, poruszania się, w grupie tej pojawia się także ryzyko wcześniejszej demencji (Nooan, Kerr, 2003), w tym choroby Alzheimera. Wykazano, że osoby z zespołem Downa są szczególnie podatne na tę chorobę, ponieważ „nieprawidłowości w mózgu dorosłych z tą wadą genetyczną są podobne do zmian występujących w chorobie Alzheimera – dodatkowy chromosom 21 powoduje wzmożone wytwarzanie białka gromadzącego się w blaszkach starczych” (Drzazga, 2011, s. 455). Badania pokazują też, że u ok. 30% osób z zespołem Downa choroby demencyjne pojawią się przed 60 rokiem życia i mogą mieć szybszy i intensywniejszy przebieg.

Dodatkową trudnością są także problemy diagnostyczne, wynikające z ograniczonych możliwości stosowania wśród tej populacji testów diagnostycznych, obserwacji zachowania, częściowo ograniczonych możliwości wdrażania terapii, ograniczonego dostępu do nowoczesnych procedur medycznych (Lennox, 2010). Niedostateczna lub błędna diagnoza może wynikać z następujących powodów:

- barier i trudności komunikacyjnych,
- innej symptomatologii somatycznej niż w całej populacji,
- barier systemowych i strukturalnych utrudniających dostęp do wysokiej rangi usług,
- brak znajomości fenotypów klinicznych i chorób współwystępujących z niepełnosprawnością intelektualną,
- marginalizowania i lekceważenia osób z niepełnosprawnością intelektualną (Pietras, Witusik, Panek, Kuna, Górski, 2012, s. 387).

Warto także dodać, że choroby osób niepełnosprawnych intelektualnie często przebiegają w odmienny sposób niż w populacji ogólnej. Różnice dotyczą zarówno epidemiologii, objawów, badania pacjenta, przebiegu procesu chorowania, jak i leczenia (Bobińska, Pietras, Gałęcki, 2012). Ta trudność ma bezpośrednie przełożenie na leczenie i opiekę, które wymagają zintegrowanej współpracy różnych specjalistów, co w praktyce rzadko ma miejsce. W dostępnych raportach WHO, IASSIDD czy US Surgeon General's Conference on Health Disparities and Mental Retardation podkreśla się różnice w stanie zdrowia populacji ogólnej i populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także różnice w dostępie do opieki, w tym zdrowotnej. Perkins i Moran zwracają także uwagę na niską jakość usług, brak szkoleń dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w zakresie diagnozy i wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz braku programów profilaktycznych adresowanych do tej grupy (Perkins, Moran, 2010).

Istotnym problemem dotyczącym tę subpopulację jest brak wymiany pokoleniowej. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną raczej nie zakładają własnych rodzin i nie mają dzieci. Najczęściej pozostają pod opieką rodziny lub mieszkają w instytucjach opiekuńczych. Do instytucji trafiają też stosunkowo często po śmierci rodziców. Obniżenie poziomu rozwoju procesów i funkcji poznawczych jest pierwotnym skutkiem niepełnosprawności intelektualnej, ale równie istotne dla funkcjonowania są zakłócone zdolności adaptacyjne (na skutek braku lub nieskuteczności działań w tym zakresie) (Trela, 2016). W efekcie przystosowanie do nowych warunków życia, bez najbliższych, w nieznanym otoczeniu jest ogromnym wyzwaniem dla seniora i jego opiekunów.

Modele starości osób z niepełnosprawnością intelektualną według Izabeli Fornalik

Lektura dorobku naukowego w zakresie problematyki starzenia się i starości osób z niepełnosprawnością intelektualną skłania do refleksji, że zarówno w ramach pedagogiki specjalnej, jak i gerontologii społecznej czy innych dyscyplin naukowych

brakuje badań naukowych, których celem byłoby rozpoznanie sytuacji życiowej tej populacji. Można powiedzieć, że jest to obszar wręcz nieobecny w rozważaniach naukowych. Daje się odnaleźć jedynie pojedyncze doniesienia na ten temat albo refleksje wyłaniające się niejako „przy okazji” realizowania innych badań.

Jedną z niewielu polskich publikacji poświęconych omawianej problematyce jest artykuł Izabeli Fornalik „Trzy historie. Trzy oblicza starości osób z niepełnosprawnością intelektualną” (2010). Autorka opisała trzy, jej zdaniem, najczęściej występujące w naszym kraju modele starości osób z niepełnosprawnością intelektualną, ukazując na ich przykładzie środowiskowe uwarunkowania percepcji jakości życia. Fornalik wyróżniła:

- 1) model starości w domu rodzinnym,
- 2) model starości w instytucji,
- 3) model starości z głęboką niepełnosprawnością intelektualną (2006, s. 161–181).

Należy jednak podkreślić, że Izabela Fornalik swoje rozważania oparła jedynie na trzech historiach, chcąc ukazać różne odcienie starości osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zapewne nie jest to materiał, który można by uznać za w pełni wyjaśniający tę problematykę, ale, co należy podkreślić jeszcze raz, jedyny opisujący modele starości osób z niepełnosprawnością intelektualną i dlatego warty uwagi.

Pierwszy model opisany przez Autorkę, to starość w domu rodzinnym, gdzie po śmierci rodziców rodzeństwo przejmuje opiekę nad niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Ten model jest najbardziej naturalny, ale brakuje potwierdzenia empirycznego, czy najbardziej pożądanym dla jakości życia osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Kluczowe są tu relacje z rodzeństwem, a właściwie ich jakość, a także stan zdrowia i sprawności zarówno opiekunów, jak i seniora. Stopień zadowolenia ze wspólnego życia z rodzeństwem wynika z możliwości pełnienia różnych zadań w rodzinie. Podobnie jak w przypadku wszystkich osób w podeszłym wieku istotne jest zachowanie maksymalnej autonomii, zaangażowanie w codzienne życie rodzinne, ale i uczestnictwo, na miarę możliwości, w wydarzeniach w środowisku lokalnym. Warto dodać, że nie jest to model zawsze pożądanym, bo patologiczna rodzina jest środowiskiem mniej korzystnym niż dobrze funkcjonująca instytucja.

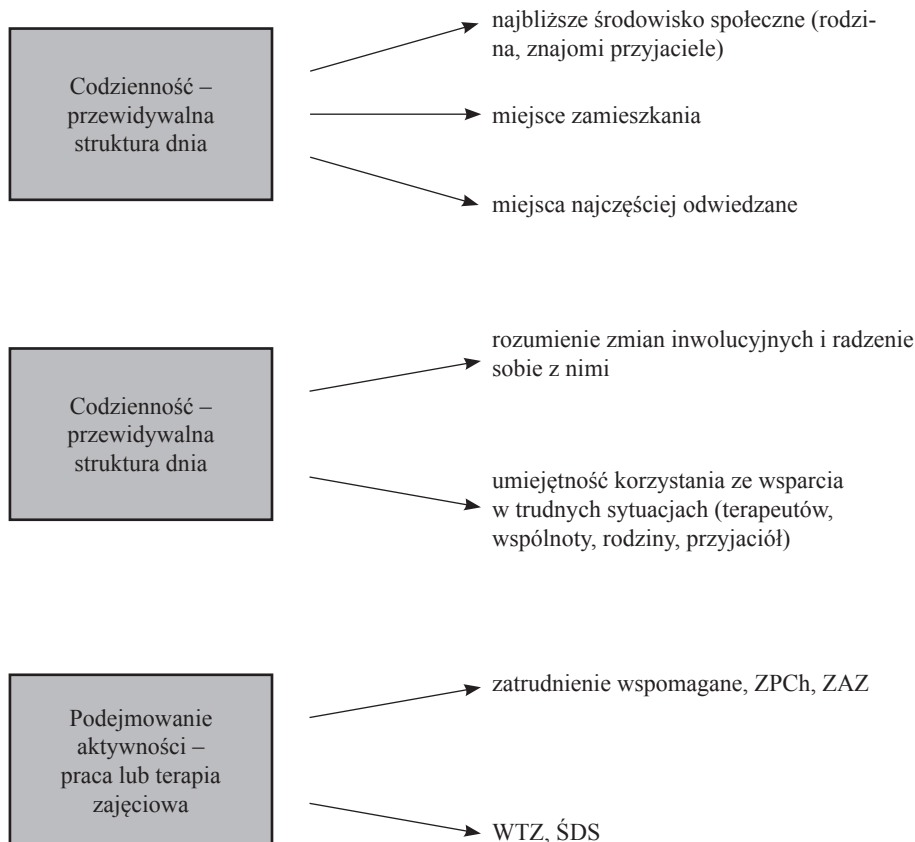
Drugi model to starość w domu pomocy społecznej, dla wielu spostrzegana jako „nieszczęśliwa starość”. Jakość życia seniorów z niepełnosprawnością intelektualną jest jednak uzależniona od wielu czynników, m.in., jak podaje Autorka, od wielkości placówki, poczucia bezpieczeństwa i poczucia „bycia w domu”, możliwości posiadania własnego miejsca, osobistych, prywatnych rzeczy czy odpowiednio zaaranżowanych i atrakcyjnych form spędzania wolnego czasu. Nadanie sensu codziennemu życiu seniorów, wzbudzenie poczucia odpowiedzialności za miejsce, w którym się przebywa, posiadanie obowiązków to czynniki, które istotnie wpływają na jakość życia starszych mieszkańców domów pomocy społecznej.

Trzeci model to starość osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, w tym z dysfunkcją ruchową. Autorka podkreśla, że sytuacja tych osób jest

najtrudniejsza, gdyż są one najbardziej zależne od otoczenia i wymagają szczególnej stymulacji. To populacja, która ma największą trudność z doświadczaniem swojej starości, bo najczęściej osoby te traktowane są przez otoczenie jak niemogące o niczym decydować dzieci. Często nie uczestniczą w aktywnościach organizowanych w instytucji, na nic nie mają wpływu, a życie (starość) spędzają w łóżku.

Izabela Fornalik, na podstawie długoletnich kontaktów ze starszymi osobami z niepełnosprawnością intelektualną, w swoich rozważaniach wysuwa tezę, że pomimo trudnej sytuacji (zdrowotnej, bytowej) tych osób, często przyjmują oni konstruktywną postawę wobec starości. Są pogodzeni ze swoim życiem, akceptują zmiany i przyjmują starość taką, jaka jest (Fornalik, 2006).

Warto także przedstawić propozycję Danuty Wolskiej, która zaproponowała koncepcję dobrej starości osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jej schemat zaprezentowano poniżej.



Schemat 1. Koncepcja dobrej starości osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Źródło: Wolska D., 2014. Zmiany inwolucyjne towarzyszące procesowi starzenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną, Kraków, s.133.

Starość i starzenie się w percepcji osób z niepełnosprawnością intelektualną

Prowadząc rozważania na temat starości osób z niepełnosprawnością intelektualną, warto również wspomnieć o badaniach realizowanych przez Monikę Parchomiuk (2016), a dotyczących postrzegania starości przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Celem badań, osadzonych w paradygmacie jakościowym, było poznanie wiedzy i opinii dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie na temat starości oraz procesu starzenia się. Wyniki badań ujawniły, że badane osoby miały ograniczoną wiedzę na temat starości – nie wiązały tej fazy życia z zaprzestaniem aktywności zawodowej i przejściem na emeryturę, zmianą pokoleniową w zakresie realizacji opieki w rodzinie. W ich percepcji brakowało wizji własnej starości i zadań z nią związanych. Badani deklarowali brak dostatecznych umiejętności w zakresie samodzielnego życia i prowadzenia gospodarstwa domowego. W obrazie starości dominowała bierność i potrzeba odpoczynku, a brak było obrazu starości aktywnej, z możliwością realizacji zainteresowań, marzeń i pasji (Parchomiuk, 2016, s. 62). Obraz starości wśród badanych został ukształtowany głównie poprzez relacje z dziadkami, którzy często uczestniczyli w ich procesie wychowania. Obserwacja trybu życia dziadków zapewne ukształtowała obraz starości badanych. Parchomiuk, powołując się na zagraniczną literaturę przedmiotu, pisze o doniesieniach, które wskazują na odmienne spostrzeganie starości przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w innych krajach, gdzie dominowała silna potrzeba bycia aktywnym u starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną i różnorodność form spędzania czasu wolnego (Parchomiuk, 2016, s. 62). Autorka wnioskuje, że koncepcja starości u niepełnosprawnych intelektualnie jest kształtowana przez stereotypowe przekonania. „Wiedza na temat tego okresu życia ogranicza się do sfery fizycznej i praktycznej (wskazywanie głównie ograniczeń funkcjonalnych związanych z tym okresem życia), a ogólny obraz jest negatywny, zwłaszcza u osób młodszych z niepełnosprawnością intelektualną” (Parchomiuk, 2016, s. 63).

Autorka cytowanych badań wskazuje na istotną rolę specjalistów pracujących w instytucjach opiekuńczych/pomocowych/wspierających dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną (m.in. domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy). Koniecznym są według niej zajęcia o charakterze edukacyjnym (również dla rodzin, opiekunów), których celem powinno być rozwijanie umiejętności i kształtowanie świadomości dotyczącej procesu starzenia się i starości jako naturalnej fazy życia.

Osobom z niepełnosprawnością intelektualną potrzebna jest pomoc w odkrywaniu pozytywnych stron starzenia się i starości. Jak pisze R. Kijak: „pozytywny odbiór starości nie pojawia się znikąd – stanowi raczej efekt dobrego, mądrego przygotowania i wychowania do i ku starości. Dobre wychowanie ku starości powinno stanowić istotny element współczesnej edukacji, wolnej od uprzedzeń i nieakceptacji, powinno mieć charakter uniwersalny – odnosić się do potrzeb

i wartości oraz preferencji osób starszych (2013, s. 106). Cytowany Autor sugeruje, że wsparcie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną powinno obejmować:

- wsparcie rodziny i zabezpieczenie pomocy finansowej z przeznaczeniem na usamodzielnienie się, co pozwoli odciążyć starzejących się rodziców;
- wprowadzenie jako rozwiązania systemowego mieszkalnictwa chronionego lub tzw. „małych domów grupowych”, co może przyczynić się do niezależności osób niepełnosprawnych;
- promocję uniwersalnych programów zdrowotnych i programów opieki zdrowotnej;
- angażowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnego rodzaju działania o charakterze społecznym – głównie promocja zatrudnienia w celu uniknięcia stagnacji i bezproduktywności (Kijak, 2013, s. 104).

Geragogika specjalna

Jak już wspomniano, starzenie się populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną jest współcześnie dużym wyzwaniem społecznym, w tym przede wszystkim dla profesjonalistów. Dla opiekunów (zarówno tych instytucjonalnych, jak i członków rodziny) oznacza to zupełnie nowy etap, inne podejście i inne postępowanie. Szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi na specyfikę potrzeb tej grupy osób i możliwości wsparcia. Dlatego lepsze rozumienie i efektywne działania praktyczne wymagają pogłębienia wiedzy teoretycznej z tego zakresu. W Polsce brak jest zarówno badań naukowych o tej problematyce, jak i modeli opieki oraz wsparcia seniorów z niepełnosprawnością intelektualną. W zakresie nauk pedagogicznych dyscypliną, której przedmiotem zainteresowań jest wyżej omawiana problematyka, jest geragogika specjalna. Wyłania się ona w cieniu pedagogiki, andragogiki i pedagogiki specjalnej (Kilian, 2009). W centrum zainteresowań geragogów zawsze są aspekty związane ze starością jako specyficznym okresem życia jednostki oraz szeroko rozumianą edukacją, mającą miejsce przez całe życie. Natomiast w centrum zainteresowań geragogiki specjalnej są aspekty związane ze starością i starzeniem się osób z niepełnosprawnościami. A. Leszczyńska-Rejchert pisze, że „głównym celem pedagogiki starości jest tworzenie warunków pomyślnego starzenia się ze świadomością możliwości uzyskania pomocy w rozwoju ze strony osób i instytucji (2009, s. 228). Ta sama autorka podkreśla, że podmiotem zainteresowań geragogiki jest nie tylko starszy człowiek, ale również ogół społeczeństwa z uwagi na akcentowany w geragogice postulat wychowania do starości, w starości i przez starość (2009, s. 227). Adam A. Zych zaś wskazuje, że „tradycyjna geragogika skoncentrowana była do tej pory na człowieku normalnie starzejącym się, dopiero początek naszego stulecia wyraźnie zwraca uwagę na społeczne kwestie niepełnosprawnych osób starszych, czego wyrazem jest tworzenie geragogiki specjalnej” (Zych, 2014, s. 275). Należy zatem przyjąć, że w przypadku

geragogiki specjalnej cele są tożsame, ale wyraźnie odnoszą się do starych i starszejących się osób z niepełnosprawnością.

Mimo iż geragogika jest dyscypliną dynamicznie się rozwijającą, to nadal można mówić o relatywnie niewielkiej liczbie opracowań z tego zakresu, zwłaszcza tych dotyczących osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną. W polskiej geragogice brakuje wskazań dydaktycznych do pracy z seniorami oraz analiz tzw. „obszarów trudnych” (Szarota, 2015, s. 28–29) – np. praca z osobami obciążonymi demencją, dotkniętymi alkoholizmem, czy innym uzależnieniem, bezdomnymi, pozbawionymi wolności czy niepełnosprawnymi intelektualnie. „Główny nurt współczesnej polityki społecznej poświęcony jest aktywizacji i wzmacnianiu aktywnego seniora, natomiast niemal zupełnie nie poświęca się uwagi osobom w późnej starości, niepełnosprawnym, cierpiącym, strategiom podnoszenia jakości życia tych właśnie osób” (Szarota 2015, s. 28–29). Nie można zapominać, że populacja osób starszych to jedna z najbardziej zróżnicowanych spośród wszystkich grup wiekowych. Istotną jej częścią są seniorzy z niepełnosprawnościami, w tym niepełnosprawnością intelektualną. Geragogika specjalna, choć nadal jest obszarem w dużej mierze naukowo zaniedbanym, to jednocześnie pożądanym i użytecznym społecznie. Koniecznym wydaje się prowadzenie na tej płaszczyźnie badań naukowych dotyczących seniorów z niepełnosprawnością intelektualną, ale i poszukiwanie rozwiązań praktycznych w celu stworzenia spójnego systemu wsparcia i projektowania działań systemowych celujących w rzeczywiste ich potrzeby.

Zakończenie

Obecnie na całym świecie żyje około 60 milionów osób z niepełnosprawnością intelektualną. Napotykać one na ciągłe życiowe trudności, zwłaszcza w związku z samodzielnym funkcjonowaniem (Kijak, 2013, s. 103). Społeczeństwo często utrudnia im wejście w dorosłość i starość, traktując je jako zależne, nieproduktywne, a nawet dewiacyjne (Kijak, 2013, s. 103). Badania pokazują, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną doświadczają w związku ze starzeniem się i starością takich samych problemów jak inni seniorzy, a ponadto doświadczają problemów dla nich specyficznych. Pomyślnie starzenie, a więc m.in. pozostawanie aktywnym w społeczeństwie, możliwość realizacji zawodowej, rodzinnej, kulturalnej jest często niedostępne dla tych osób. Zjawisko wydłużania się życia tak w populacji ogólnej, jak i w populacji osób z niepełnosprawnością, w tym intelektualną, jest stanem nowym i jednocześnie ogromnym wyzwaniem dla systemów edukacyjnych, pomocowych i wspierających. Starzejąc się, osoby te napotykać na coraz większe problemy, głównie związane z brakiem możliwości integracji społecznej, a także niezrozumieniem i wykluczeniem.

Zagadnienie to wymaga wnikliwej eksploracji i gruntownych badań, których dziś w polskiej nauce brakuje. Inspiracją dla autorki artykułu były spotkania z dorosłymi (w tym starszymi) osobami z niepełnosprawnością intelektualną, co

zrodziło chęć naukowego poznania specyfiki ich starzenia się. Wsłuchanie się w perspektywę ich samych, rozpoznanie różnorodnych sytuacji życiowych, zidentyfikowanie problemów i poznanie uwarunkowań życia osób z niepełnosprawnością intelektualną w wieku senioralnym stanowiąc będą kolejny cel badań autorki.

Bibliografia

1. Bigby, Ch., Ozanne, E. (2004). *Comparison of specialist and mainstream programs for older carers of adults with intellectual disability: Considerations for service development*, <https://doi.org/10.1111/j.1447-0748.2004.00151.x> (27.08.2018).
2. Bittles, A.H., Glasson, E.J. (2007). *Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-8749.2004.tb00483.x>(27.08.2018).
3. Bobińska, K., Pietras, T., Galecki, P., (red.). (2012). *Niepełnosprawność intelektualna: etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
4. Domagała-Zyśk, E. (2014). Starsze osoby z niepełnosprawnością intelektualną – specyficzne potrzeby i współczesne rozwiązania. W: M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios, *Współczesne oblicza pomocy społecznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
5. Drzazga, A. (2011). Temat starości i śmierci w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
6. Evenhuis, H., Henderson, C.M., Beange, H., Lennox, N., Chicoine, B. (2000). *Healthy Ageing – Adults with Intellectual Disabilities. Summative Report* https://www.who.int/mental_health/media/en/20.pdf (15.12.2018).
7. Fornalik, I. (2006). Trzy historie. Trzy oblicza starości osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
8. Horvath, S., Garagnani, P., Bacalini, G.M., Pirazzini, C., Salvioli, S., Gentilini, D., Di Blasio, A.M., Giuliani, C., Tung, S., Vinters, V.H., Franceschi, C. (2015). *Accelerated epigenetic aging in Down syndrome*, „Aging Cell” 2015 Jun; 14(3): 491–495, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4406678/>(27.08.2018).
9. Jabłoński, L., Wysokińska-Miszczuk, J. (2000). *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry*. Lublin: Wydawnictwo „Czelej”.
10. Kijak, J.R., Szarota Z. (2013). *Starość między diagnozą a działaniem*. Warszawa.
11. Kilian, M. (2009). Geragogika specjalna w dobie starzenia się społeczeństw. W: M. Dycht, L. Marszałek (red.), *Dylematy (niepełno)sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
12. Komender, J. (2002) Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność umysłowa. W: A. Bilikiewicz, Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka (red.), *Psychiatria. Tom II*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
13. Kostrzewski, J. (1981). Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo, W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
14. Kostrzewski, J. (2006). Niepełnosprawność umysłowa: poglądy, metody diagnozy i wsparcia, W: A. Czapięga (red.), *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka*. Wrocław: Wydawnictwo WTN.

15. Krause, A. (2010). Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
16. Lennox, N. (2010). Wzajemne zależności pomiędzy stanem somatycznym i zaburzeniami psychicznymi u osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: N. Bouras, G. Holt (red.), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
17. Leszczyńska-Rejchert, A. (2009). Geragogika jako subdyscyplina pedagogiczna – założenia i formy realizacji. W: A. Stopińska-Pająk (red.), *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność*, „Chowanna” tom 2(33). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 225–233.
18. Mrugalska, K. (1996). Osoby z upośledzeniem umysłowym. W: K. Mrugalska (red.), *Osoby upośledzone fizycznie lub umysłowo*. Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych.
19. Noonan Walsh, P., Kerr, M. (2003). *Health indicators for people with intellectual disabilities. A European perspective*, <https://watermark.silverchair.com/13s10047.pdf?> (12.08.2018).
20. Parchomiuk, M. (2016). Starość i starzenie się w percepcji osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Pogranicze. Studia Społeczne*, Tom XXVIII.
21. Penrose, L.S. (1933), The relative effects of paternal and maternal age in mongolism *Journal of Genetics*, 27, s. 219–224, [http://www.scirp.org\(S\(351jmbntvnjsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1938128](http://www.scirp.org(S(351jmbntvnjsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1938128) (21.08.2018).
22. Perkins, E.A., Moran, J.A. (2010). *Aging Adults With Intellectual Disabilities* <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/304/1/91> (15.12.2018).
23. Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Kuna, P., Górski, P. (2012). Problemy zdrowia somatycznego u osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (red.), *Niepełnosprawność intelektualna: etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
24. Pietrański, Z (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
25. Sękowska, Z. (1985). *Pedagogika specjalna. Zarys*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
26. Śmigiel, R. (2011). Aspekty medyczne w opiece nad osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
27. Szarota, Z. (2015). Uczenie się starości. *Edukacja Dorosłych* nr 1.
28. Trela, A. (2016). Senioralność osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną – możliwości i ograniczenia. W: M. Kielar-Turska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
29. Wolański, N. (1983). *Rozwój biologiczny człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
30. Wolska, D. (2014). *Zmiany inwolucyjne towarzyszące procesowi starzenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
31. Wyczesany, J. (2006). *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

32. Zajączek, S. (2010). *Zasady długoterminowej opieki lekarskiej u dorosłych pacjentów z zespołem Downa*. W: B. Kaczmarek (red.), *Trudna dorosłość osób z zespołem Downa. Jak możemy wspomóc?* Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
33. Zych, A.A. (2014). *Geragogika między Scyllą a Charybdą*. W: A.A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*. Sosnowiec – Dąbrowa: Wydawnictwo Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem” w Dąbrowie Górniczej.
34. Żyta, A. (2004). *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

OLD AGING AND AGING WITH INTELLECTUAL DISABILITY – INTRODUCTION IN PROBLEMATICS

Keywords: old age, ageing, people with intellectual disability.

Summary: Until recently, it has been considered that intellectual disability does not concern adults and is only limited to children and youth. In scientific publications of the previous century one can read that these people do not exceed the age of 40, and even reaching that age is an exception. The reality has changed with the progress of medicine and the improvement of medical care quality. Higher life expectancy is a general tendency also among people with long-lasting disability. As a result, for the first time in history, we are dealing with a population of old people with intellectual disability. The objective of this article is the initial research into and introducing the problem of old age and ageing of intellectually disabled people, as a starting point for the author's further research in this scope. In the text, the notions of intellectual disability and special geragogy are presented, involuntional changes connected with the process of ageing of intellectually disabled people are discussed as well as ageing models of this subpopulation.

Dane do korespondencji:

Dr Anna Gutowska

Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej

Uniwersytet Łódzki

anna.gutowska@uni.lodz.pl