

## **Psihoterapija oseb z motnjo v duševnem razvoju**

*Barbara Zafošnik\**

*Zavod za usposabljanje, delo in varstvo Dornava*

**Povzetek:** Osebe z motnjo v duševnem razvoju lahko doživljajo vse psihološke težave, motnje in psihiatrične bolezni kot ljudje brez motenj v duševnem razvoju. Rezultati prevalenčnih epidemioloških študij v ocenah, koliko oseb z motnjo v duševnem razvoju ima težave z duševnim zdravjem zaradi različnih diagnostičnih kriterijev, ocenjevalnih postopkov in pripomočkov niso enoznačni, se pa večinoma gibljejo med 20 in 40 %. Ena izmed možnih oblik pomoči za večanje psihološkega blagostanja oseb z motnjo v duševnem razvoju je tudi psihoterapija, vendar se predvsem pri osebah s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju, pri katerih govor ne more biti osrednji terapevtski medij, redko izkorišča. V psihoterapijo se namreč večinoma vključujejo klienti z lažjo motnjo v duševnem razvoju, in sicer predvsem v kognitivno-vedenjsko. V zadnjem času sta bila posebej za osebe s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju oblikovana dva modela (psihoterapije, in sicer razvojno-dinamična relacijska terapija in na navezanosti temelječa vedenjska terapija za otroke. Svojo teoretsko ozadje črpata iz razvojnih psihoanalitičnih teorij.

**Ključne besede:** psihoterapija, motnje v duševnem razvoju, razvojno-dinamična relacijska terapija, na navezanosti temelječa vedenjska terapija

## **Psychotherapy with people with developmental disabilities**

*Barbara Zafošnik\**

*Centre for developmental disabilities Dornava, Slovenia*

**Abstract:** People with developmental disabilities can experience any psychological abnormality and psychiatric illness as do people without developmental disabilities. Due to different diagnostic criteria, assessment procedures and instruments, we lack definite prevalence rates for people with developmental disabilities, also suffering from mental health problems, even though most studies place the rate at 20 to 40%. One of the possible treatment alternatives for augmenting psychological well-being is psychotherapy, but is extremely rarely used for people with severe and profound disabilities, where speech cannot be the main therapeutic medium. So, those that are included in the psychotherapeutic process are predominantly clients with mild developmental disabilities, and they are mostly in cognitive-behavioral therapy. Recently, two models of (psycho)therapy for persons with

---

\* Naslov/Address: Barbara Zafošnik, Zavod za usposabljanje, delo in varstvo Dornava, Dornava 128, 2252 Dornava, e-pošta: barbara.zafosnik@gmail.com

severe and profound developmental disabilities were developed: developmental-dynamic relationship therapy and attachment-based behaviour therapy for children. Conceptually, they both originate from developmental psychoanalytic theories.

**Keywords:** psychotherapy, developmental disabilities, developmental-dynamic relationship therapy, attachment-based behaviour therapy

CC = 3310, 3256

## Uvod

Psihoterapija velja zadnjih šest desetletij za učinkovito obliko pomoči za večanje osebnostne avtonomnosti ter blagostanja oseb ali skupin (Asay in Lambert, 1999). V prispevku želim prikazati, kakšne so potrebe oseb z motnjo v duševnem razvoju po psihoterapevski obravnavi ter kako je psihoterapija oseb z motnjo v duševnem razvoju podobna ali drugačna od psihoterapije oseb brez motnje v duševnem razvoju. Glede na velike razlike v intelektualnih, jezikovnih, socialnih, čustvenih in razlik v vedenjski prilagojenosti (Jacobson in Mulick, 1996; Gargiulo, 2009) znotraj populacije oseb z motnjo v duševnem razvoju me je zanimalo tudi, ali stopnja motnje v duševnem razvoju (lažja, zmerna, težja, težka) vpliva na to, ali je oseba z motnjo v duševnem razvoju, ki psihoterapijo potrebuje, vanjo vključena ali ne.

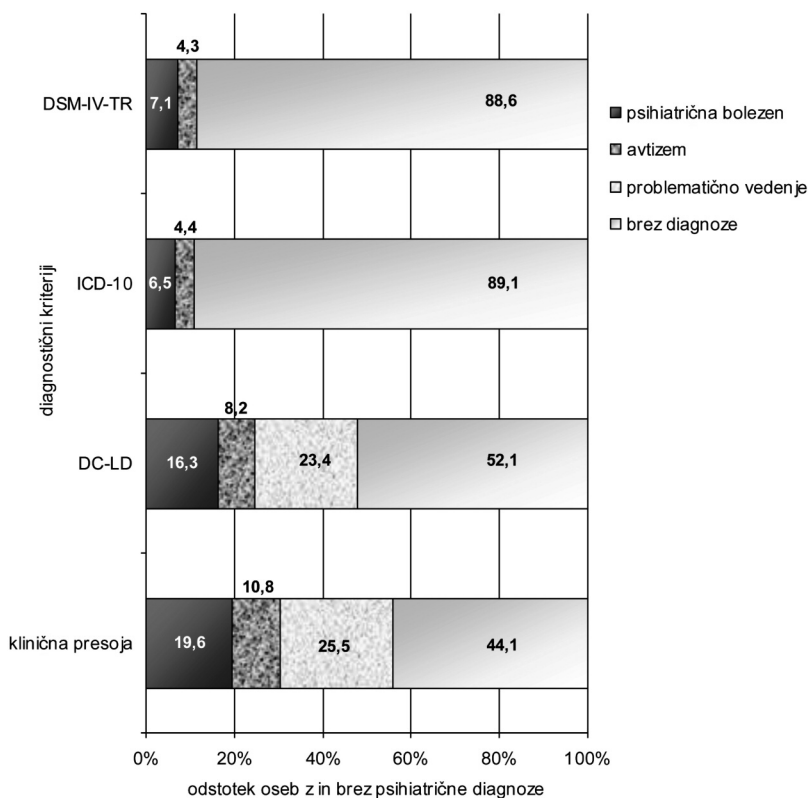
### **Ali osebe z motnjo v duševnem razvoju doživljajo čustveno trpljenje?**

Lik srečnega, s sabo in okoljem pomirjenega posameznika z motnjo v duševnem razvoju ni (bil) prototipičen, in sicer predvsem zaradi implicitnega prepričanja, da so vse posebnosti, težave, izstopajoče vedenje in psihološke težave tega posameznika dodaten odraz njegovih nižjih intelektualnih sposobnosti in manjših prilagoditvenih zmožnosti; da so del sindroma duševne zaostalosti (t.i. diagnostično zasenčenje in psihosocialna krinka; Sovner, 1986, cit. v Došen in Day, 2001). Od 80-ih let prejšnjega stoletja pa je skrb za duševno zdravje oseb z motnjo v duševnem razvoju postalo pomembno strokovno in raziskovalno področje (Moss, 2002), v Evropi predvsem v Veliki Britaniji in na Nizozemskem (Došen, Gardner, Griffiths, King in Lapointe, 2007). Kljub višanju profesionalnih standardov in velikim organizacijskim spremembam (glej npr. European association for mental health in mental retardation, 2003) na področju skrbi za osebe z motnjo v duševnem razvoju pa se nezavedni vidiki našega pogleda na osebe z motnjo v duševnem razvoju preoblikujejo počasneje in v manjših korakih, kot se morda zdi na prvi pogled – diagnostično zasenčenje je npr. med kliničnimi psihologi in psihiatri še vedno prisotno (Matson in Scior, 2004). Prav tako britanski psihologi in psihiatri po svojih izku-

šnjah presojajo, da je potreba po psihoterapiji oseb z motnjo v duševnem razvoju zmerna do visoka, obenem pa poudarjajo, da te vanjo niso vključene zato, ker i) ni dovolj ustrezno usposobljenih klinikov, ii) ker manjka sredstev in iii) ker psihoterapija naj ne bi predstavljala ustreznega pristopa za osebe z motnjo v duševnem razvoju (Royal College of Psychiatrists, 2004).

### Ali osebe z motnjo v duševnem razvoju potrebujejo psihoterapijo?

Izsledki epidemioloških študij nekoliko konfliktno kažejo na prevalenco psiholoških težav in motenj ter psihiatričnih bolezni pri osebah z motnjo v duševnem razvoju med 10 in 80, večinoma pa med 20 in 40 % (npr. Deb, Thomas in Bright, 2001a; Deb, Thomas in Bright, 2001b; Došen in Day, 2001; Hatton, 2002; Hemmings, Gravestock, Pickard in Bouras, 2006; Hemmings, Tsakanikos, Underwood, Holt in Bouras, 2008). Jasna slika je zamegljena zaradi velikih razlik v



Slika 1. Delež oseb s težko motnjo v duševnem razvoju, ki so dobile psihiatrično diagnozo glede na štiri psihiatrične diagnostične kriterije (podatki povzeti po S. A. Cooper idr., 2007).

populaciji, ki jo študije zajamejo, predvsem pa zaradi samega procesa ocenjevanja, ki lahko vključuje med seboj tudi konceptualno zelo različne ocenjevalne (diagnostične) postopke, pripomočke in kriterije. Kot primer povzemam študijo S. A. Cooper idr. (2007), v kateri so med drugim ugotavljali, kakšna je prevalenca duševnih motenj pri 184 odraslih s težko motnjo v duševnem razvoju. Osebe so ocenjevali psihiatri, specializirani za delo z odraslimi z motnjo v duševnem razvoju, in sicer so vsakega posameznika ocenili glede na štiri diagnostične kriterije – glede na lastno klinično presojo ter glede na smernice treh različnih priročnikov (DC-LD, ICD-10 in DSM-IV-TR). V študiji so v koncept problemov z duševnim zdravjem (*orig. mental ill-health*) vključili tudi prisotnost avtizma in problematičnega vedenja, kar je lahko izvor nesoglasij, zato v sliki 1 prikazujem podatke ločeno. Študija S. A. Cooperjeve idr. (2007) zelo živo oriše težave v uporabljenih kriterijih. Če bi psihiatri postavili diagnozo le na podlagi svoje lastne strokovne presoje, bi imela vsaka druga oseba s težko motnjo v duševnem razvoju še psihiatrično motnjo, če bi dodali operacionalizirane kriterije ICD-10 ali DSM-IV, pa bi se prevalenca *te iste skupine posameznikov* zmanjšala na približno desetino. Največji delež k tej razliki prispeva opredelitev problematičnega vedenja kot psihiatrične diagnoze same po sebi, kar izmed uradnih priročnikov omogoča le DC-LD. Kraljevo zduženje psihiatrov v svojih smernicah poudarja, da se lahko diagnostična kategorija problematičnih vedenj uporabi le, če to vedenje ni neposredni rezultat katere druge psihiatrične motnje (Syzmanski, 2002). Po drugi strani pa so smernice Evropskega združenja za duševno zdravje oseb z intelektualno zmanjšanimi zmožnostmi nedvoumne, da » ././ problematičnega vedenja ne moremo zreducirati na eno samo diagnostično kategorijo ././« (Došen, Gardner, Griffiths, King in Lapointe, 2007, str. 19).

Že samo v okviru študije S. A. Cooper idr. (2007) si torej ne moremo odgovoriti na vprašanje, katere podatke o prevalenci naj vzamemo za bolj veljavne in kateri diagnostični kriteriji so dovolj občutljivi. Če skušamo dobiti splošen pregled kot povpreček večjega števila epidemioloških prevalenčnih študij, pa se tudi težave z interpretacijo pomnožijo (glej tudi Paschos in Bouras, 2007). V študijah, objavljenih v zadnjih 10 letih, nisem našla npr. nobene prevalenčne študije, v kateri bi presejalni fazi sledila multidisciplinarna, celostna, poglobljena in triangulirana ocena (z aplikacijo več metod ocenjevanja in pripomočki). Jasnih podatkov o prevalenci psiholoških in psihiatričnih težav oseb z motnjo v duševnem razvoju torej ni, kar tudi pomeni, da ne vemo, a) kako obsežne so potrebe po številu strokovnjakov-klinikov, ki bi se lahko ustrezno odzvali, b) kako preoblikovati obstoječi sistem javnega zdravstva in socialnega skrbstva, da bi lahko bil enako dostopen in enako učinkovit za osebe z motnjo v duševnem razvoju, ki imajo psihološke težave ali motnje ter c) kakšne spremembe bi morali vpeljati v določene izobraževalne programe, da bi se povišala občutljivost za to problematiko tudi za osebe z motnjo v duševnem razvoju.

**Psihoterapija oseb z motnjo v duševnem razvoju = kognitivno-vedenjska psihoterapija oseb z lažjo motnjo v duševnem razvoju?**

Tudi če upoštevamo najbolj konzervativno oceno, da doživlja težave v duševnem zdravju 10 % oseb z motnjo v duševnem razvoju, je prav(ično) samo to, da jim ponudimo vse oblike pomoči, ki so dostopne tudi osebam brez motnje v duševnem razvoju. Mednje spada tudi psihoterapija. Ker sem želela ugotoviti, v kolikšni meri so osebe z motnjo v duševnem razvoju vključene v psihoterapijo, sem se odločila za pregled revijalne znanstveno-strokovne literature s področja motenj v duševnem razvoju in psihologije, objavljene v angleškem jeziku. Kronološko sem se omejila na obdobje od leta 2000 do 2010. Relevantne članke sem iskala v elektronskih zbirkah PsycARTICLES, Academic Search Complete, MasterFILE Premier ter Health Source: Nursing/Academic Edition in s spletnim iskalnikom Google Učenjak, pri čemer sem uporabila ključne besede (psycho)therapy (psihoterapija), counsel(l)ing (svetovanje) ter štiri izraze, ki se uporabljajo za motnjo v duševnem razvoju - mental retardation (duševna zaostalost), developmental disabilities (razvojno zmanjšane zmožnosti), intellectual disabilities (intelektualno zmanjšane zmožnosti) in learning disabilities (učno zmanjšane zmožnosti). V člankih, ki so ustrezali mojemu iskanju, sem analizirala vsebino glede na psihoterapevtsko usmeritev, modaliteto, primarni terapevtski fokus, število klientov in stopnjo motnje v duševnem razvoju (glej tabeli 1 in 2). Iskanje sem nadaljevala po metodi snežne kepe na podlagi križnih navedb (torej člankov, ki so ustrezne članke citirali in obratno).

Tabela 1. Študije oseb z motnjo v duševnem razvoju, vključenih v psihoterapijo po kognitivno-vedenjski usmeritvi, objavljene med letoma 2000 in 2010

Študija	MDR	N primarni terapevtski fokus
Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T. in Thorne, I. (2002)	mejna, lažja	19 jeza
Johnson, A., Mason, H. in Withers, P. (2003)	mejna	1 nizko samospoštovanje, jeza
Kirkland, J. (2005)	lažja	3 psihoza
McCabe, M. P., McGilivray, J. A. in Newton, D. C. (2006)	lažja, zmerna	34 depresivnost
Willner, P. in Goodey, R. (2006)	lažja	1 obsesivno-kompulzivno vedenje
Barrowcliff, A. L. (2008)	lažja	1 halucinacije
Corbett, H. in Moore, P. (2008)	lažja do zmerna	1 žalovanje ob smrti sorodnika, nizko samospoštovanje
Brown, F. J. in Hooper, S. (2009)	zmerna*	1 obsesije
Fernando, K. in Medlicott, L. (2009)	lažja	1 posttravmatska stresna motnja
Jahoda idr. (2009)	mejna, lažja	15 terapevtski interakciji; depresija, anksioznost, jeza
Willner, P., Jones, J., Tams, R. in Green, G. (2002)	lažja	14 jeza
Hagiliassis, N., Gulbenkoglou, H., di Marco, M., Young, S. in Hudson, A. (2005)	lažja*	29 jeza
Rose, J., Loftus M., Flint, B. in Carey, L. (2005)	lažja*	50 jeza
Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson A. in Thorne, I. (2005)	mejna, lažja	50 jeza
Douglass, S., Palmer, K. in O'Connor, C. (2007)	lažja do zmerna	6 anksioznost
Hays, S. J., Murphy, G. H., Langdon, P. E., Rose, D. in Reed, T. (2007)	lažja*	16 spolni prestopki
Murphy, G., Powell, S., Guzman, A. M. and Hays, S. J. (2007)	lažja, mejna	15 spolni prestopki
Whelan, A., Haywood, P. in Galloway, S (2007)	lažja*	5 nizko samospoštovanje
Singh, N. N. idr. (2008)	lažja	6 jeza
Ghafoori, B., Ratanasiripong, P. in Holladay, C. (2010)	zmerna, lažja	8 depresivnost, jeza, anksioznost
Haddock, G., Lobban, F., Hatton, C. in Carson, R. (2004)	lažja	5 psihoza

Opombe: MDR - stopnja motnje v duševnem razvoju (lažja, zmerna, težja, težka). V študijah nad črtkano črto so izvajali individualno modaliteto, pod pa skupinsko. V zadnji študiji so izvajali obe modaliteti.

\* Stopnja motnje v duševnem razvoju avtor(ji) niso opredelili, zato sem jo določila sama na podlagi opisa vzorca (rezultati testov inteligentnosti, vedenjske prilagojenosti, značilnosti govornega izražanja).

Po pregledu literature sem ugotovila:

- a) da je psihoterapija oseb z motnjo v duševnem razvoju redko vir znanstvene ali strokovne komunikacije v znanstveno-strokovnih revijah. Pri svojem iskanju sem našla 30 objavljenih člankov, kar pomeni, da so bili v povprečju na to temo objavljeni trije na leto. V dveh uglednih revijah, ki sta imeli leta 2009 na področju motenj v duševnem razvoju navečji faktor vpliva – *Developmental disabilities research reviews in American Journal on Intellectual Disabilities* – v zadnjih desetih letih ni bil objavljen noben članek o psihoterapiji;
- b) da se objavljajo v veliki večini članki, ki orisujejo aplikacijo kognitivno-vedenjske terapije (21 člankov), ostalih psihoterapevtskih usmeritev je približno za tretjino (9 člankov); (primerjaj tabeli 1 in 2);
- c) da so, kar je povezano s prejšnjo alinejo, klienti predvsem osebe z lažjo motnjo v duševnem razvoju (v 25 študijah), izjemoma tudi z zmerno (v štirih študijah), z lažjo do zmerno v dveh, nikoli pa s težjo ali težko (glej tabeli 1 in 2).

Tabela 2. Študije oseb z motnjo v duševnem razvoju, vključenih v psihoterapijo po katerikoli usmeritvi razen kognitivno-vedenjske, objavljene med letoma 2000 in 2010

Študija	terapevtska usmeritev	modaliteta	MDR	N primarni terapevtski fokus
Creswell, C. (2001)	kognitivna	individualna	zmerna	1 težave v odnosih z vrstniki
Kroese, B. S. in Thomas, G. (2006)			lažja	2 nočne more
Wilner, P. (2004)	kratka kognitivna	individualna	lažja	1 nočne more
Smith, I. C. (2005)			lažja	1 agresivnost
Foster, C. in Banes, J. (2009)	narativna	individualna	lažja	1 anksioznost, jeza
Beail, N., Warden, S., Morsley, K. in Newman, D. (2005)	analitična	individualna	lažja	20 agresivnost, spolno neprimerno vedenje, čudaško vedenje, težave v odnosih, samopoškodbe, depresivnost, bulimija, obsesivno kompulzivna motnja
Beail, N., Kellett, S., Newman, D. W. in Warden, S. (2007)			lažja	20 isto kot zgoraj; procesno: odnos med številom srečanj in terapevtskim učinkom
Chantrell, S. (2009)			lažja	1 težave v odnosih z vrstniki
O'Connor, H. (2001)	analitična	skupinska	lažja	5 samorazumevanje

Opomba: MDR - stopnja motnje v duševnem razvoju (lažja, zmerna, težja, težka).

Iz objavljenih študij seveda ne gre sklepati, da enoznačno odražajo psihoterapevtsko prakso. Na eni izmed londonskih psihodinamskih psihoterapevtskih klinik je bilo npr. samo med letoma 2000 in 2003 vključenih v individualno ali skupinsko terapijo 81 oseb z motnjo v duševnem razvoju; po pričakovanjih je imelo največ klientov lažjo motnjo v duševnem razvoju (51), 32 zmerno, 8 pa težjo (Parkes idr., 2007). Možno je tudi, da je raznolikost psihoterapevtskih pristopov v praksi večja in da se psihoterapija pogosteje ponudi tudi osebam s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju.

### **Kako drugačna je psihoterapija oseb z lažjo motnjo v duševnem razvoju od psihoterapije oseb brez motnje v duševnem razvoju?**

Med psihoterapevti, katerih klienti so osebe z lažjo motnjo v duševnem razvoju, vlada konsenz, da se ta psihoterapija bistveno ne razlikuje od psihoterapije z drugimi klienti (DesNoyers Hurley, Tomasulo in Pfadt, 1998). Psihoterapevtski proces je v osnovi nespremenjen, pomagajo pa vsebinske in organizacijske prilagoditve (glej tabelo 3), ki se nanašajo predvsem na specifične čustvene, kognitivne in jezikovno-govorne značilnosti oseb z lažjo motnjo v duševnem razvoju ter na posebne življenjske pogoje, ki večajo potrebo po sodelovanju psihoterapevta z varuhi, delovnimi inštruktorji, specialnimi in rehabilitacijskimi pedagogi, psihologi, socialnimi delavci, psihiatri ipd. (npr. bivanje v bivalnih skupinah, zaposlitev v varstveno-delovnih centrih.). Vprašanje dvojne vloge postane s tem bolj zapleteno kot sicer, saj se terapevti pogosto poleg terapevtske znajdejo še v posvetovalni ali nasvetovalni vlogi (npr. Došen, 2001; Gaedt, 2001; Ruth, 2001). Terapevt mora prav tako upoštevati klientove življenjske izkušnje prizadetosti in oviranosti. Kot je razvidno iz tabele 3, te prilagoditve ne posežejo globlje v terapevtsko dogajanja in zato tudi ne zahtevajo posebnih psihoterapevtskih kompetenc. Psihoterapevti ponavadi opišejo, da so takrat, ko izvajajo psihoterapijo oseb z lažjo motnjo v duševnem razvoju, ustvarjalnejši v tehnikah – C. Creswell (2001) je npr. uporabila fotografije socialnih scenarijev iz limonade, ki jo je mladostnica s težavami v vrstniških odnosih najraje spremljala po televiziji, kot iztočnico za ubeseditev čustev, ki jih ti junaki doživljajo, o njihovih namerah in morebitnih posledicah njihovega vedenja. B. Fidell (2002) je - po neuspelih vedenjskih pristopih - s kartonskim Gospodom Kričačem pomagala klientu, ki je zaradi svoje hrupnosti postajal vse manj priljubljen v skupinskem domu, v svoji družinski psihoterapevtski praksi pa v terapiji družin z odraslo osebo z motnjo v duševnem razvoju pogosto uporablja podobne tehnike, kot bi jih z otroci (igre z lutkami, plastelinom, risbe, igre vlog). Gaedt (2001) opisuje, kako je začel vzpostavljati terapevtsko alianso z dekletom z lažjo motnjo v duševnem razvoju, vključenim v psihoterapijo tako, da se je najprej srečeval z njo v njeni sobi, saj drugam ni želela. Kot točko navezovanja je oblikoval skupno pitje vroče čokolade, v čemer je dekle uživalo, diferenciacijo pa vpeljal ravno s spreminjanjem tega rituala (zavrnil je dekletovo ponudbo, da bi spila vročo čokolado skupaj; rekel, da bo on raje čaj ipd).



Tabela 3. Vsebinske in organizacijske prilagoditve psihoterapije za osebe z lažjo motnjo v duševnem razvoju

Prilagoditev	Primeri
Poenostavitev	Skrajšanje srečanj (pol ure za individualno, eno uro za skupinsko terapijo), odmori, manj članov v skupinski terapiji.
Jezik in govor	Zmanjšani besednjak, kompleksnost stavčne strukture, dolžina misli. Krajši stavki ali več premorov, počasnejši govor, večkratna ponovitev ideje, večkratno preverjanje razumevanja. Uporaba alternativnih načinov izražanja, prisotnost 'prevajalca'. Dopustiti več časa za samoizražanje, vzpodbujanje samoizražanja. Posvetovanje z logopedom.
Večja direktivnost	Več konfrontacij, nasvetovanje, več in bolj neposredna vprašanja. Pisni opomniki, učenje reševanja problemov na konkretnih primerih, večkratno opisovanje procesa terapije (cilji, napredek).
Prožnost	Terapija z igro, igre vlog, risbe. Alternativni prostori terapije.
Vključitev pomembnih drugih	Več sodelovanja z družinskimi člani ali drugimi skrbniki za spremljanje napredka, terapevt jih naj po potrebi usmerja, da prepreči nepotrebne frustracije in strese pri klientu. Prisotnost podporne osebe na srečanjih.
Transfer, konratransfer	Terapevti hitreje postanejo 'prijatelji' ali objekti zaljubljenosti. Ko vključena družina, naj se ubesedijo pretekle izkušnje z drugim strokovnim osebjem in preverijo pričakovanja. Pri terapevtih pogoste fantazije odrešitelja, vloga pretirano zaščitniškega starša, zastopnika; predelava lastnih občutij ob prizadetosti, primanjkljajih klientov.
Oviranost	Terapevt naj izpostavi temo primanjkljaja, oviranosti. Podpiranje pozitivne samopodobe in razvijanje kompenzacijskih strategij.

Opomba: Povzeto po DesNoyers Hurley, Pfadt, Tomasulo in Gardner, 1996; DesNoyers Hurley, Tomasulo in Pfadt, 1998; Fidell, 2000; Lynch, 2000; Whitehouse, Tudway, Look in Kroese, 2006.

Psihoterapija oseb z motnjo v duševnem razvoju je torej predvsem psihoterapija oseb z lažjo motnjo v duševnem razvoju, ki imajo glede na ostale posameznike z motnjo v duševnem razvoju razmeroma dober ekspresivni jezik, boljše zmožnosti za samoregulacijo in učinkovitejšo vedenjsko prilagojenost. Ravno zaradi takih značilnosti lahko psihoterapevti prenesejo svoje izkušnje tudi na to populacijo brez velikih sprememb v terapevtskem dogajanju. Zdi pa se, da imamo znotraj populacije oseb z motnjo v duševnem razvoju novo skupino 'neanalizabilnih', in to so osebe s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju. Kot da takrat, ko ne moremo vzpostaviti psihološke bližine preko govora, ne vidimo možnosti oblikovanja zaupnega in varnega odnosa, s čimer seveda psihoterapijo že v samem izhodišču onemogočimo. Za te posameznike očitno velja implicitno ali celo

eksplicitno (npr. Sturmey, 2005; Sturmey, 2006) prepričanje, da so zanje učinkoviti samo pristopi, ki izhajajo iz behaviorizma. Dejansko so seveda vedenjski pristopi lahko izredna pomoč tudi pri lajšanju čustvenih stisk in se danes razumejo zelo široko, saj predstavljajo kompleksno analizo motivacije vedenja - če hočemo razumeti vedenje, moramo razumeti posameznika, ki to vedenje kaže (nevro-biološke, psihološke, razvojne dejavnike), okolje, v katerem živi (fizično in socialno), ter interakcijo med njim in okoljem (glej npr. Cooper, Heron in Heward, 2007; Gardner in Graeber, 1993). V smernicah Britanskega psihološkega združenja tudi poudarijo, da je »neetično, če skušamo preprečiti izstopajoča vedenja tako, da ne upoštevamo socialnih in organizacijskih okolij, v katerih se pojavljajo, in da ne posvetimo dovolj pozornosti posameznikovi potrebi po rasti, razvoju in varnosti« (Ball, Bush in Emerson, 2004, str. 14). Vendarle pa so brez psihoterapevtskih modelov za pomoč osebam s težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju in psihološkimi težavami ali motnjami neupravičeno zožene možnosti za večanje njihovega blagostanja.

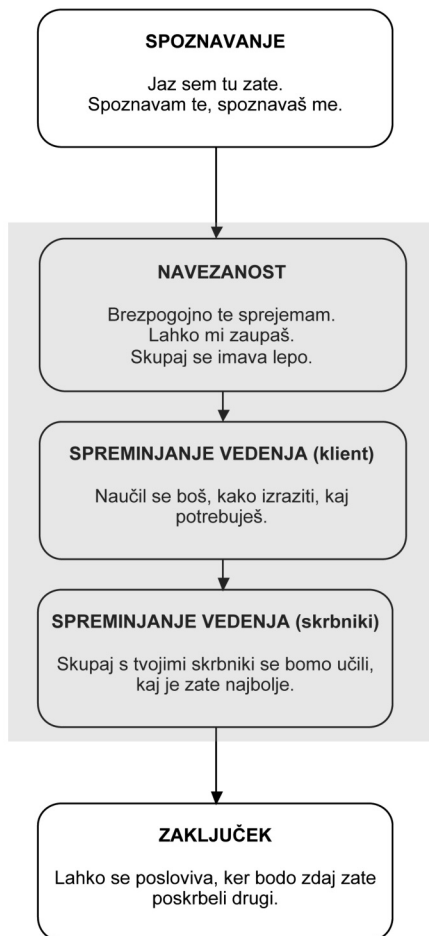
### **Psihoterapija oseb s težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju: dva modela**

V nadaljevanju bom predstavila dva modela (psiho)terapije, ki sta bila oblikovana posebej za osebe s težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju in s težavami v duševnem zdravju. Oba temeljita na konceptih psihoanalitične razvojne psihologije, in sicer predvsem na procesu i) separacije in individualizacije v teoriji M. Mahler (1975; cit. v Praper, 1999) ter ii) navezanosti v teoriji Bowlbya (1969/1997). S tem poudarjata pomen, ki ga ima občutljiv, varen, zaupen in dosleden odnos za spreminjanje posameznikovega čustvenega blagostanja ter konfliktnega odnosa do okolja. Tako predstavljata protiutež vedenjskim pristopom, čeprav jih ne zavračata, temveč v ustrezni fazi terapije inkorporirata. Nobeden izmed modelov ni preverjeno učinkovit in je o njiju dostopnih zelo malo študij (Došen, 2001, 2005, 2010; Sterkenburg, Janssen in Schuengel, 2008). Predstavljam ju torej predvsem kot izhodišče za premislek o tem, kako tudi osebe s težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju in težavami v duševnem zdravju vključiti v psihoterapevtsko obravnavo.

Došen (2001) v svoji razvojno-dinamični relacijski terapiji poudarja razvojne potrebe osebe z motnjo v duševnem razvoju kot edine, ki naj določajo, ali se naj posameznik vključi v terapevtsko obravnavo ali ne (ne pa npr. inteligentnost, sposobnost govora ali zmožnost osebe, da se odzove na topel in podporni odnos). Temelja terapije sta razvojno naravnana diagnoza s poudarkom na doseženem nivoju čustvenega razvoja in upoštevanje potreb, ki so za to fazo razvoja najpomembnejše (Došen, 2005). Terapija praviloma poteka v treh stopnjah – v začetni fazi medsebojnega spoznavanja terapevt sprejema osebo z vsem njenim vedenjem in nobenega vedenja ne korigira. Osebi dopusti, da najde svoje mesto in vlogo v okolju, ki mu je v trenutni življenjski poziciji najbolj smiselna. V drugi fazi terapevt aktivneje vzpostavlja so-

cialni stik in ponudi pozitivno interakcijo, da se lahko izoblikuje medsebojno zaupanje in čustveno naklonjen odnos. Šele tema dvema fazama sledi tretja, v kateri je terapevt tisti, ki mu oseba sledi pri učenju novega, socialno sprejemljivejšega vedenja. Došen (2010) je razvojno-dinamično relacijsko terapijo dejansko koncipiral kot posvetovalno-terapevtski model, v katerem prisotnost psihoterapevta ne le da ni nujna, psihoterapevt terapije tudi ne izvaja. To pomeni, da so lahko ključna oseba, ki so v neposrednem terapevtskem odnosu z osebo z motnjo v duševnem razvoju, tudi ustrezno usposobljeni skrbniki (npr. negovalno osebje, starši) ali učitelji, ki delajo na podlagi usmerjanja in posvetovanja s strokovnjakom (Došen, 2001), npr. psihologom. Ker pa je psihoterapija proces, ki ga lahko izvajajo le psihoterapevti, Došenov (2001, 2010) model konceptualno visi v zraku.

Temu modelu je soroden model na navezanosti temelječe vedenjske terapije za otroke Sterkenburga, Janseena in Schuengela (2008). Terapija je bila oblikovana za otroke s hudimi oblikami izstopajočega vedenja in težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju, pri katerih drugi pristopi (npr. klasična modifikacija vedenja) niso učinkovali. Ta terapija izhaja iz razvojno-dinamične relacijske terapije (Došen, 2001, 2005, 2010), zato si tudi faze te terapije sledijo v podobni logiki. V prvi fazi se vzpostavljajo pogoji, ki omogoča razvoj navezanosti. Psihoterapevt ponudi čustveno prijetne odzive, ki izražajo občutljivost do klienta, da bi s tem vzpostavil začetni odnos. Poudarek je na glasu, kasneje pa tudi na dotiku, če ga klient prenese. Ko klient nakaže, da je pripoznal terapevta, ko terapevt zmore predvideti vedenje klienta, ko zmoreta uživati v medsebojnem stiku in ko klient išče bližino terapevta, sledi 'simbiotična' podfaza, v kateri je ključnega pomena sporazumevanje v zelo bližnjem kontaktu. Psihoterapevt sledi pobudi klienta in skuša doseči sinhronost v interakciji. Ko jima to uspe, terapevt spodbuja raziskovanje okolja in nudi tolažbo, če to raziskovanje klienta razjezi ali užalosti. Ko klient uživa ne le ob terapevtovi bližini, temveč tudi ob igranju skupaj z ali ob terapevtu ter ko klient raziskuje okolje tudi, ko psihoterapevt zapusti prostor, sledi druga terapevtska faza – modifikacija vedenja. Njen osnovni namen je zamenjati neprilagojeno vedenje z učenjem ustreznjšega, pri čemer se uporabljajo vsi postopki, značilni za uporabno vedenjsko analizo. Ko izstopajoča vedenja izzvenijo in klient namesto njih uporablja socialno sprejemljivejša dejanja, sledi tretja stopnja, to je stopnja generalizacije. Psihoterapevt spodbuja stik med klientom in skrbniki tako, da jim daje povratne informacije na video-treningih in na timskih razpravah. Število terapevtskih srečanj se postopoma znižuje, tako da se vse večji del čustveno naklonjenega, varnega in doslednega odnosa prenaša na skrbnike. Psihoterapija se konča, ko skrbniki zmorejo potolažiti otroka v stanju vznemirjenosti, in ko ustrezno vzpodbujajo klientovo eksploracijo. Za razliko od Došena (2001, 2005, 2010) so Sterkenburg, Janseen in Schuengel (2008) jasni v tem, da na navezanosti temelječo vedenjsko terapijo lahko izvajajo samo psihoterapevti.



Slika 2. Faze (psiho)terapevtskega procesa v razvojno-dinamični relacijski terapiji (Došen, 2001, 2005, 2010) in v na navezanosti temelječi vedenjski terapiji za otroke (Sterkenburg, Janssen in Schuengel, 2008).

V obeh modelih se dokaj jasno kažejo linije razvojnega procesa separacije in individualizacije (Mahler, 1975, cit. v Praper, 1999). Simbiotično fazo, ko terapevt klienta brezpogojno sprejema in ponuja čustveno naklonjen odnos, eksplicitno izpostavita kot nujen predpogoj za spreminjanje posameznikovega odnosa z okoljem in posledično njegovega vedenja. V teh modelih so objektivne vezi tiste, v katerih je največji potencial organiziranja posameznikove psihe. Šele po vzpostavljeni navezanosti terapevt skuša spremeniti klientovo vedenje v sprejemljivejšo obliko (glej sliko 2). Sterkenburg, Janssen in Schuengel (2008) v tej fazi izpostavijo tudi raziskovanje okolja (practiciranje in približevanje v procesu separacije po Mahlerjevi) kot pomemben dejavnik osebnostnega razvoja. Terapija se po obeh modelih zaključ

takrat, ko mu objekt navezanosti predstavljajo skrbniki (in ne več terapevt), toliko čustveno dostopni in občutljivi, da lahko raziskuje brez strahu, da ga nihče ne čaka. Implicitno je torej nakazano, da je točka psihološkega rojstva za osebe s takimi primanjkljaji razvojno prezahtevna. Toda navsezadnje to ni tako pomembno, dokler se zavedamo, kaj razvojno potrebujejo in okolje (predvsem socialno) stukturiramo tako, da bo njihovim potrebam zadoščeno. Ravno usmerjanje skrbnikov so v svojem modelu Sterkenburg, Janssen in Schuengel (2008) poudarili in s tem nakazali na brezplodnost psihoterapevtske obravnave, če se vzporedno ne spreminjajo tudi ostali ljudje, ki so s klientom v vsakodnevem stiku.

Osebe s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju praviloma nimajo ali imajo zelo omejen ekspresivni jezik (Jacobson in Mullick, 1996) in svoje čustveno trpljenje izražajo z edinim sredstvom sporazumevanja, ki jim ostane – s svojim vedenjem. Psihoterapija je zanje praviloma indicirana takrat, ko je to vedenje izraženo v intenzivni ali skrajni obliki (npr. hude in kontinuirane samopoškodbe, nemodulirana agresivnost, regres zaradi depresivne odmaknjenosti), se pojavlja v začaranem krogu že več let in drugi pristopi niso bili uspešni (Došen, 2010). Verjamem, da lahko psihoterapevtski odnos tem osebam pomaga k pomirjenosti z okoljem in da bosta k temu vsaj deloma pripomogla tudi zgoraj predstavljena modela.

## Literatura

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. izd. Washington, D.C.: Avtor.
- Asay, T. P. in Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart & soul of change. What works in therapy* (str. 23–55). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ball, T., Bush, A. in Emerson, E. (2004). *Challenging behaviours. Psychological interventions for severely challenging behaviours shown by people with learning disabilities. Clinical practice guidelines*. Sneto z naslova <http://www.bps.org.uk>
- \*Barrowcliff, A. L. (2008). Cognitive-Behavioural Therapy for Command Hallucinations and Intellectual Disability: A Case Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(3), 236–245.
- \*Beail, N., Kellett, S., Newman, D. W. in Warden, S. (2007). The Dose–Effect Relationship in Psychodynamic Psychotherapy with People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(5), 448–454.
- \*Beail, N., Warden, S., Morsley, K. in Newman, D. (2005). Naturalistic Evaluation of the Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy with Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(1), 245–251.
- Bowlby, J. (1969/1997). *Attachment*. London: Pimlico.
- \*Brown, F. J. in Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(3), 195–201.

- \*Chantrell, S. (2009). Growth in emotional intelligence. Psychotherapy with a learning disabled girl. *Journal of child psychotherapy*, 35(2), 157–174.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. in Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*. New Jersey: Pearson Education.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Williamson, A., Dipali, M. in Morrison, J. (2007). The prevalence, incidence, and factors predictive of mental ill-health in adults with profound intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 20, 493–501.
- \*Corbett, H. in Moore, P. (2008). Think Good, Feel Good: Can it be used with adults with a moderate/mild learning disability? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 2(4), 56–58.
- \*Creswell, C. (2001). A Case of 'Soap Therapy': Using Soap Operas to Adapt Cognitive Therapy for an Adolescent with Learning Disabilities. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(2), 307–315.
- Deb, S., Thomas, M. in Bright, C. (2001a). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of intellectual disabilities research*, 45(6), 495–505.
- Deb, S., Thomas, M. in Bright, C. (2001b). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of intellectual disabilities research*, 45(6), 506–514.
- DesNoyers Hurley, A., Pfadt, A., Tomasulo, D. in Gardner, W.I. (1996). Counseling and psychotherapy. V J.W. Jacobson in J.A. Mulick (ur.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (str. 371–378). Washington, D.C.: American psychological association.
- DesNoyers Hurley, A., Tomasulo, D. J. in Pfadt, A. G. (1998). Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of developmental and physical disabilities*, 10(4), 365–386.
- Došen, A. (2001). Developmental-dynamic relationship therapy. V A. Došen in K. Day (ur.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (str.415–427). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Došen, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I - assessment. *Journal of intellectual disability research*, 49(1), 9–15.
- Došen, A. (2010). *Skrb za duševno zdravje oseb z motnjo v duševnem razvoju* [Mental health care for persons with developmental disabilities]. Neobjavljeno gradivo. Usposabljanje zaposlenih v Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo Dornava.
- Došen, A. in Day, K. (2001). Epidemiology, etiology and presentation of mental illness and behavior disorders in persons with mental retardation. V A. Došen in K. Day, (ur.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (str.3–24). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R. in Lapointe, A. (2007). *Practice guidelines and principles: Assessment, diagnosis, treatment and related support services for persons with intellectual disabilities and problem behaviour*. Gouda: European association for mental health in intellectual disability.

- \*Douglass, S., Palmer, K. in O'Connor, C. (2007). Experiences of running an anxiety management group for people with a learning disability using a cognitive behavioural intervention. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(4), 245–252.
- European association for mental health in mental retardation (2003). Declaration of Rome 2003 with regard to the promotion of interest and services for people with intellectual disabilities with mental health needs. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 1(2), 104.
- \*Fernando, K., Medlicott, L. (2009). My shield will protect me against the ANTS: Treatment of PTSD in a client with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(2), 187–192.
- Fidell, B. (2000). Exploring the use of family therapy with adults with a learning disability. *Journal of family therapy*, 22(3), 308–323.
- \*Foster, C., Banes, J. (2009). Use of a narrative therapy approach with a man with a learning disability: An alternative to cognitive behavioural therapy? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 3(1), 52–55.
- Gaedt, C. (2001). Psychodynamically oriented psychotherapy in mentally retarded children. V V A. Došen in K. Day (ur.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (str.401–414). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gardner, W. I. in Graeber, J. L. (1993). Severe behavior disorders in persons with mental retardation: a multimodal behavioral diagnostic model. V R. J. Fletcher in A. Došen (ur.), *Mental health aspects of mental retardation. Progress in assessment and treatment* (str. 45–69). New York: Lexington books.
- Gargiulo, R.M. (2009). *Special education in contemporary society*. Los Angeles: Sage.
- \*Ghafoori, B., Ratanasiripong, P. in Holladay, C. (2010). Cognitive Behavioral Group Therapy for Mood Management in Individuals With Intellectual Disabilities: A Pilot Study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3(1), 1–15.
- \*Haddock, G., Lobban, F., Hatton, C. in Carson, R. (2004). Cognitive-behaviour therapy for people with psychosis and mild intellectual disabilities: a case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(4), 282–298.
- \*Hagiliassis, N, Gulbenkoglou, H., di Marco, M., Young, S. in Hudson, A (2005). The Anger Management Project: A group intervention for anger in people with physical and multiple disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30(2), 86–96.
- Hatton, C. (2002). Psychosocial intervention for adults with intellectual disabilities and mental health problems: A review. *Journal of mental health*, 11(4), 357–373.
- \*Hays, S. J., Murphy, G. H., Langdon, P. E., Rose, D. in Reed, T. (2007). Group treatment for men with intellectual disability and sexually abusive behaviour: Service user views. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(2), 106–116.
- Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M. in Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(4), 269–276.
- Hemmings, C. P., Tsakanikos, E., Underwood, L., Holt, G. in Bouras, N. (2008). Clinical predictors of severe behavioural problems in people with intellectual disabilities referred to a specialist mental health service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 824–830.

- Jacobson, J. W. in Mulick, J.A. (1996). Definition of mental retardation. V J. W. Jacobson in J. A. Mulick (ur.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (str. 13–53). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- \*Jahoda, A., Selkirk, M., Trower, P., Pert, C., Stenfort Kroese, B., Dagnan, D. in Burford, B. (2009). The balance of power in therapeutic interactions with individuals who have intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 63–77.
- \*Johnson, A., Mason, H. in Withers, P. (2003). 'I might not know what you know but it doesn't mean you can be awful to me'. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(1), 31–36.
- \*Kirkland, J. (2005). Cognitive-behaviour formulation for three men with learning disabilities who experience psychosis: how do we make it make sense? *British Journal of Learning Disabilities*, 33(4), 160–165.
- \*Kroese, B. S. in Thomas, G. (2006). Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability – Two Descriptive Case Studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 75–80.
- Lynch, C. (2000). Modifying psychotherapy for individuals with mental retardation. *NADD bulletin*, 3(5). Sneto z naslova [www.thenadd.org](http://www.thenadd.org)
- Matson, J. in Scior, K. (2004). 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 17, 85–90.
- \*McCabe, M. P., McGilivray, J. A. in Newton, D. C. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 239–247.
- Moss, S. (2002). *The Mini PAS-ADD interview pack*. Brighton: Pavilion.
- \*Murphy, G., Powell, S., Guzman, A. M. and Hays, S. J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behaviour: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 902–912.
- \*O'Connor, H. (2001). Will we grow out of it? A psychotherapy group for people with learning disabilities. *Psychodynamic counselling*, 7(3), 297–314.
- Parkes, G., Mukherjee, R. A. S., Karagianni, E., Attavar, R., Sinason, V. in Hollins, S. (2007). Referrals to an Intellectual Disability Psychotherapy Service in an Inner City Catchment Area – A Retrospective Case Notes Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(4), 373–378.
- Paschos, D. in Bouras, N. (2007). Mental health supports in developmental disabilities. V S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell in J. Blacher (ur.), *Handbook of developmental disabilities* (str. 483–500). New York: The Guilford Press.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija* [Developmental analytic psychotherapy]. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- \*Rose, J., Loftus M., Flint, B. in Carey, L. (2005). Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people with intellectual disabilities. *British journal of clinical psychology*, 44(3), 305–317.
- Royal College of psychiatrists (2001). *DC-LD: Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/mental Retardation*. London: Gaskell.
- Royal College of Psychiatrists (2004). *Psychotherapy and learning disability. Council report CR 116*. London: Avtor.



- Royal College of Psychiatrists (2011). *OP48. DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*. Sneto z naslova <http://www.rpsych.ac.uk/publications/collegereports/op/op48.aspx>
- Ruth, R. (2001). Psychoanalytic therapies. V A. Došen in K. Day (ur.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (str.133–143). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- \*Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N., Adkins, A. D., Singh, J. (2008). Clinical and Benefit-Cost outcomes of teaching mindfulness-based procedure to adult offenders with intellectual disabilities. *Behavior modification*, 32, 638–658.
- \*Smith, I. C. (2005). Solution-focused brief therapy with people with learning disabilities: a case study. *British Journal of Learning Disabilities*, 33(3), 102–105.
- Sterkenburg, P. S., Janssen, C. G. C. in Schuengel, C. (2008). The effect of attachment-based behaviour therapy for children with visual and severe intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 22, 126–135.
- Sturme, P. (2005). Against psychotherapy with people who have mental retardation. *Mental retardation*, 43(1), 55–57.
- Sturme, P. (2006). Against psychotherapy with people who have mental retardation: in response to the responses. *Mental retardation*, 44(1), 71–74.
- Syzmanski, L. S. (2002). DC-LD: Diagnostic criteria for Psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. *Journal of intellectual disability research*, 46(6), 525–527.
- \*Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T. in Thorne, I. (2002). Cognitive–Behavioural Treatment of Anger Intensity among Offenders with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 151–165.
- \* Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson A. in Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: a controlled trial. *British journal of clinical psychology*, 44(3), 367–382.
- \*Whelan, A., Haywood, P. in Galloway, S (2007). Low self-esteem: group cognitive behaviour therapy. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 125–130.
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R. in Kroese, B. S. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: a comparative review of the cognitive-behavioral and psychodynamic literature. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 19, 55–65.
- \*Willner, P. in Goodey, R. (2006). Interaction of Cognitive Distortions and Cognitive Deficits in the Formulation and Treatment of Obsessive–Compulsive Behaviours in a Woman with an Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 67–73.
- \*Willner, P., Jones, J., Tams, R. in Green, G. (2002). A Randomized Controlled Trial of the Efficacy of a Cognitive-Behavioural Anger Management Group for Clients with Learning Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3), 224–235.
- \*Wilner, P. (2004). Brief cognitive therapy of nightmares and post-traumatic ruminations in a man with a learning disability. *British journal of clinical psychology*, 43(4), 459–464.

World health organization (2004). *International Classification of diseases and related health problems*. 10. izd. Geneva: Avtor.

\* Članki, označeni z zvezdico, so bili uporabljeni pri pregledu literature o osebah z motnjo v duševnem razvoju, vključenimi v psihoterapijo.

*Prispelo/Received: 15.02.2011*  
*Sprejeto/Accepted: 07.05.2011*