

УДК "376.4  
Примљено: 20.9.2009.  
Стручни чланак

**Ивона МИЛАЧИЋ ВИДОЈЕВИЋ**

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

## РАЗУМЕВАЊЕ ПРОЦЕСА ЖАЛОСТИ КОД ОСОБА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*На основу прегледа литературе овај рад разматра општа питања губитка, промене и процеса жалости код особа са интелектуалном ометеношћу. Разматрају се питања разумевања концепта смрти код особа са интелектуалном ометеношћу (ИО), разумевања процеса жалости код особа са ИО од стране особља, који су емоционални, психијатријски и бихејвиорални одговори на губитак код особа са ИО и који су начини подршке особама са ИО током процеса жалости.*

*КЉУЧНЕ РЕЧИ: процес жалости, губитак, промена, интелектуална ометеност.*

### УВОД

#### Социјални и историјски контекст

У прошлом веку било је великих промена у стопи моралитета са последичном променом ставова према смрти и умирању. У 19. веку две трећине популације је умирало пре педесете године живота, смрт је била виђена као нормална прогресија живота и представљала је више јавни догађај. Први светски рат је донео промене, велики број младих људи је гинуо ван свог места рођења, а због политичке климе било је мало охрабрења да се процес жалости и губитка јавно изражава (Judd, 1989).

Како је медицинско знање порасло са откривањем лекова против многих смртоносних болести ставови према смрти су се променили. Уместо да се о смрти размишља као о природном феномену који је последица живота, смрт је почела да се посматра као нешто што се може

избећи или је резултат медицинске грешке. Гелцер (1983) је истакла да ми живимо у друштву које је више окренуто здрављу, лечењу болести и продужењу живота.

Многа деца, а и одрасли људи нису доживели директан утицај губитка у својој кући. Искуство смрти је премештено из породичног окружења у институције. То може имати утицај на изоловање догађаја из свакодневног живота и спречавање особа од изражавања природног реаговања.

Знамо да су ритуали жаловања одређени породичним и културалним факторима. Гелцер (1983) каже да је због смањења праксе религиозног и институционалног ритуала смрти прилагођавање особе на губитак много тежи, а осећај нејасноће о томе како се ритуали жаљења спроводе остаје. То може бити збуњујуће, а често се дешава да су чланови једне заједнице неупућени у ритуале друге заједнице иако раде и живе једни поред других.

Разговори о смрти пред децом и изражавање осећања су и данас табу тема. Одрасли могу сматрати да су њихова осећања жалости превише јака и болна и желе да заштите децу од њих. То може бити збуњујуће за децу која ретко доживе искуство смрти у својој кући, али су стално изложена сценама умирања на телевизијским екранима које не остављају никакав емоционални утицај на друге особе (Бертоиа, 1993). Изложеност сликама са телевизијских екрана можда може објаснити зашто се нека деца понашају индиферентно када су суочена са губитком блиске особе. Недостатак разумевања збуњености код деце пред феноменом смрти је имао утицај на недостатак подршке деци у блиској прошлости.

### **Разумевање концепта смрти код деце**

Деца имају прва сазнања о смрти у предшколском периоду када још немају знања из биологије. Деца сматрају да се смрт дешава само неке (стари, болесни) и да се смрт може избећи здравим начином живота или избегавањем одређених ситуација. Деца концептуализују смрт као алтернативно стање животу – на небу, испод земље и сматрају да мртвим и даље треба храна, вода, ваздух и да мртви могу да сањају, чују исл. Смрт се често повезује са дубоким сном, одсуством покрета, светла. До пете године живота свест о дефинитивном крају још увек не постоји и деца верују да је смрт исто што и живот на неком другом месту са кога се особа може вратити. Разговор о смрти на овом узрасту чешће изазива радозналост него страх код деце. Деца не разумеју узроке

смрти, али могу да повежу смрт са унутрашњим и спољашњим факторима - отров, метак исл. До седме или осме године многа деца почињу да наслућују да ће једног дана умрети њихови родитељи, а да ће се то можда и њима десити у некој далекој будућности. Један број деце јасно персонификује смрт, она за њих може имати људски облик или облик ђавола или духа. Нека деца верују да могу надмудрити и избећи смрт („ако довољно брзо трчиш неће те стићи“), али смрт се све израженије доживљава као опасност. Иако није дошло до јасног формирања појма смрти, откривање неких елемената код деце изазива осећање збуњености, очаја, страха или беса. Број компоненти концепта смрти варира, али се сматра да постоји пет аспеката разумевања смрти која деца савладавају у тачном редоследу од пете до десете године живота.

- Неизбежност – да сва жива бића морају умрети
- Универзалност – смрт се дешава свима
- Финалност – препознавање да смрт не може да се преобрази у живот
- Нефункционалност – смрт карактерише престајање телесних функција
- Узрочност – смрт је узрокована сломом телесних функција.

До десете године деца концептуализују смрт као биолошки догађај који се дешава свим живим бићима и узрокован је сломом телесних функција. Смрт се препознаје као концепт који има емоционални утицај кроз читав животни циклус.

### Дефиниција губитка и процеса туговања

Концепт жалости је истраживан из више различитих професионалних перспектива укључујући антропологију, социологију, психологију, медицину са циљем разумевања сложених реакција и симптоматологије и да би се обезбедила објашњења индивидуалних разлика у раду и исходу процеса жалости. У периоду жалости већина особа добија подршку из најближег социјалног система, али неким особама је потребна додатна подршка да би се прилагодили губитку.

Жалост је реакција на губитак блиске везе и односа. Због интензитета искуства губитка, за већину особа процес жалости има дугорочне последице.

Паркес (1993) објашњава губитак као промену која утиче на особу у емоционалном, физичком, бихејвиоралном и психолошком смислу

и захтева прилагођавање. Када неко умре особа реагује жалошћу, покушава да нађе смисао у догађају и да се прилагоди на другачији живот без умрле особе.

### Фазе суочавања са смрћу

Суочавање са смрћу са смиреношћу и испуњеношћу је последњи развојни задатак кога наводи Ериксон. Са проласком времена се морамо суочити са смрћу најближих, али и са својом сопственом смртношћу. Страх од смрти је природна појава са којом људи излазе на крај на различите начине. У основи је сложено осећање у коме могу доминирати страх од бола, непријатности и неизвесности, страх од отуђења (губитка ближњих, престанка односа са другим људима), уништења, престанка постојања, страх од губитка самопоштовања изазван свесношћу о прогресивном телесном и менталном пропадању.

Проучавајући свест умирућих болесника истраживачи долазе до закључка да до суочавања са смрћу у току терминалних болести долази постепено, проласком особе кроз различите фазе прилагођавања. Крајем 1960-тих година Elisabeth Kubler-Ross (1969) развија теорију по којој они који умиру пролазе кроз пет предвидљивих фаза суочавања са смрћу.

1. Негирање – је иницијална реакција особе на сазнање да је смртно болесна. Одбијање да се поверује манифестује се кроз неверицу у резултате медицинских испитивања. Негирање има адаптивну функцију, омогућава оболелом да се прилагоди на нове околности, претњу и да реструктурише реалност. Пружа му време да мобилише друге стратегије превладавања стреса.
2. Суочена са чињеницом да је озбиљно оболела особа улази у фазу гнева. Питања као што су: „Зашто се баш мени догодило?“ одражавају бес због поремећених планова, неостварених жеља и животне неправде.
3. Фазу гнева смењује фаза ценкања или погодбе. Овом новом стратегијом болесник покушава да промени околности и своје стање нудећи исправно понашање у замену за добро здравље. Погодба се најчешће нуди судбини или Богу у чију се моћ верује. Као и бес и ценкање се у основи заснива на потреби болесника да верује у животну правду по којој се добро враћа добрим, лоше онима који чине зло.
4. Учесталост тегоба, опадање физичких способности доводе до суочавања са неефикасношћу стратегије ценкања. Болесник улази

у фазу депресије у којој више нема наде да ће му бити боље. Ово је период туге због предосећања сопствене смрти. Болесник жали за оним чега више бити неће и за оним што је могао да има у будућности. Иако је депресија болна, она помаже болеснику да се припреми за оно што долази. Део процеса туге омогућава удаљавање од света који га окружује па и опраштање од онога што ће напустити.

5. Депресија олакшава улазак у следећу фазу, фазу прихватања. У овом периоду болесник може бити сувише исцрпљен да би осећао бес и довољно саживљен са идејом смрти да би био депресиван. Јавља се спремност особе да прихвати оно што долази.

Поменуте фазе суочавања са смрћу не треба схватити као правило, оне се могу јављати другачијим редоследом или број може варирати. Постоје болесници који у неку фазу не уђу никад, као и они који се истој враћају више пута.

Особе са ИО се морају припремити за смрт ближњих али и за сопствену смрт. Морају имати прилике да разговарају о теми смрти уколико желе и да искажу жеље око церемоније сахране. Морају имати прилике да се опросте са вољеним особама. Емоционална подршка вољених особа била би од суштинске важности у овим тренуцима. Религиозна подршка такође може бити важна.

### Разумевање смрти код особа са ИО

Опсервационе студије показују да теорија афективног везивања има важну улогу у разумевању емоционалних проблема код особа са ИО и тешкоћа у стварању релационих односа (Frankish, 1992). Данас, особе са ИО живе дуже и имају различите односе са особама у породици и широј заједници. Родитељи и родбина дуго низ година пазе на њих, па се смрт родитеља или старатеља може доживети катастрофично. Особама са ИО после смрти блиских чланова породице могу следити даљи губици као што су одлазак из родитељске куће и смештај у институцију. Није необично да особе са ИО у овом периоду мењају више различитих смештаја, а да ново особље тумачи измењено понашање особе са ИО као знак психијатријског поремећаја, а не реакције на губитак.

Сматрало се да особе са ИО нису у стању да схвате финалност смрти, као ни да успоставе емоционалну везаност за особе у њиховом блиском окружењу која би довела до доживљаја губитка и жалости (McLoughlin, 1986; Рead, 1996)..



Истраживања показују да је развој концепта смрти код одраслих особа са ИО врло сличан развоју концепта смрти код деце (Bihm, Elliott, 1982). Истраживања указују да је разумевање апстрактних концепата везано за когнитивни развој како га је формулисао Пијаже, а не за хронолошки узраст (Bihm, Elliott 1982). Животно искуство повећава могућност одраслих особа са ИО да разумеју концепт смрти, његову универзалност, иреверзибилност и неизбежност (Lipe-Goodson & Goebel, 1983). У истраживању McEvoya (1989) указано је да старије особе са ИО показују недостатак разумевања старења и смрти као дела животног циклуса. Услед тога неке особе са ИО се третирају као да су деца и нису охрабрене да се понашају, говоре и облаче као одрасле особе. Ипак, разумевање концепта смрти није предуслов за доживљавање емоција које су повезане са губитком. Капацитет особе да осети бол и жалост не зависи од интелектуалних способности (Kitching, 1987). Одсуство особе која је умрла је манифестација смрти, а особе са ИО препознају да нема некога кога они воле. Они ће жалити за губитком са и ли без разумевања апстрактне природе смрти. Концепт смрти је проучаван и кроз садржај снова особа са ИО (Turner & Graffam, 1987) који је био сличан садржајима о којима су извештавале особе без ИО које су имале трауматско жаљење.

### **Разумевање процеса жалости код особа са ИО од стране особља**

Особље препознаје да процес жалости код особа са ИО може трајати више месеци. Особље увиђа да се особама са ИО може помоћи пружањем подршке када су у процесу жалости. Особље сматра да ИО није препрека да се доживи бол и да ограничено разумевање концепта смрти код особа са ИО не пружа заштиту особи од доживљавања широког спектра емоција повезаних са губитком (Read, 1996). Виск проценат особља се сагласио да особе са ИО не разумеју концепт смрти и да им је потребна едукација што је у складу са препоруком бројних аутора да је едукација о концепту смрти важна едукативна компонента која би помогла особама са ИО у процесу жалости (James, 1995). Особље је препознало да особе са ИО могу доживети широк спектар осећања и показати широк опсег понашања у процесу жалости што је у супротности са истраживањем Hollinsa и Esterhuysena (1997) који су утврдили да особље приписује депресију, анксиозност и изазивајуће понашање интелектуалној ометености, а не реакцији на губитак. Препознавање осећања и понашања особа са ИО је важно због пружања адекватне по-

дршке. Crick (1988) указује да се интервенције за особу која је у жалости најчешће свде на медикаменте или модификацију понашања, а не на саветовање. Особље препознаје да спектар интервенција може да помогне клијентима зависно од њихових потреба. Многе видове подршке може обезбедити особље укључујући саопштавање чињенице смрти клијенту, помажући му да учествује у церемонији сахране и одласцима на гробље.. Особље се залаже и за обезбеђење специјализованих интервенције као што је саветовање особа са ИО. Указано је на потребу да већи број особља добије тренинг у пружању подршке особама са ИО које су у процесу жалости (Worden, 1991).

### **Емоционални, психијатријски и бихејвиорални одговори на жаљење код особа са ИО**

У одсуству јасног разумевања шта представља нормалну реакцију на губитак код особа са ИО и да ли се она и како разликује од процеса жалости код типичних одраслих особа, испитивање утицаја процеса жалости на особе са ИО се базира на опсервацији бихејвиоралних промена или развоја психијатријских болести. Процењивање емоционалних стања код особа са ИО је још увек у повоју, а покушај разликовања нормалне и патолошке реакције на губитак је велики изазов. Према DSM-IV (APA,1994) једина призната компликација процеса жалости је депресија. Истраживања су показала да се симптоми патолошке жалости разликују од симптома депресије и анксиозности (Bierhals et. al. 1996) и да имају различите клиничке корелације од оних повезаних са депресијом, укључујући особен електроенцефалограм у току спавања (McDermott et al. 1997). Специфичан однос са преминулим је описан у објашњењу процеса патолошке жалости (Ван Доорн ет ал. 1999).

### **Психијатријске болести**

Осетљивост особа са ИО на психијатријске болести је велика. Преваленција психијатријских болести варира у опсегу од 20% до 70% (Corbet 1979). Повезаност животних догађаја као што је смрт блиског члана породице и појаве психијатријских болести је документована (Brown&Harris 1989). Навешћемо резултате прегледа литературе о клиничким ефектима процеса жалости код особа са ИО .

Дау (1985) је извршио истраживање у три стотине болница где је утврдио две стотине пријема на одељење за особе са ИО. Од наведених

две стотине пријема утврђена је инциденца од 33% за реактивну депресију и анксиозно стање. У истој групи у 50% случајева појава болести преципитирана је смрћу или озбиљном болешћу старатеља. Дау указује да се почетак психијатријског поремећаја може сагледати као реакција жалости. Описани су случајеви маније и шизофрених епизода преципитираних фактором губитка (Singh et al, 1988). Скорови код пацијената са ИО на скали за депресију ( Childrens Depression Inventory- Short Form, Kovacs 1992) су били повишени после доживљеног губитка као и скорови за анксиозност коришћењем Hopkins Symptom Checklist (Hesbacher, et al. 1980).

### Понашање и емоције

Емерсон (1977) је испитивала инциденцу почетака промена у понашању и расположењу код одраслих особа са ИО и доживљеног губитка. Утврдила је да је 50% особа доживело губитак пре појаве симптома. Особље које је радило са особама са ИО је минимизирало значај губитка и извештавало да нема промена и реаговања на смрт ближњих. У истраживању спроведеном у St. Georges Hospital када се водио интервју са особљем поново је утврђено да нема реаговања на губитак код особа са ИО. Када се водио интервју са особама са ИО оне су јасно извештавале о осећањима туге, дистреса и анксиозности.

Када се процењивало понашање АБИЦ скалом (Aberant Behaviour Checklist, Aman et al. 1985) код особа са ИО које су доживеле губитак резултати су указивали на иритабилност, летаргију, неодговарајући говор, хиперактивност у поређењу са контролном групом.

Kitching (1987) је указао на кашњење процеса жалости код особа са ИО који иницијално нису разумели губитак, али су га разумели са протоком времена када су ушли у процес атипичног жаловања. Алисон (1993) код особа са аутизмом описује немогућност процеса жаљења, закаснео процес жалости, тешкоће разумевања иреверзибилности смрти и неодговарајуће реаговање у процесу жалости. Особе са аутизмом имају мали број блиских односа и смрт неке особе се може катастрофично доживети.

Истраживања указују да губитак има значајан ефекат на ментално здравље особа са ИО. Многе студије потврђују постојање симптома депресије, анксиозности и бихејвиоралних промена које следе губитак што указује на озбиљну потребу обезбеђења подршке особама са ИО које су у процесу жалости.



### Начини подршке

Упркос горе наведеним налазима, особама са ИО које су доживеле губитак блиске особе се негира могућност да изразе, истраже и разреше своја осећања. Истраживања указују да особе са ИО доживе многе емоције које су пратиоци процеса жалости, али имају мало могућности да их искажу и разреше. (Elliot, 1995). Ова ограничења имају различите форме. Oswin (1992) указује да особе са ИО не добијају праве информације о ситуацију уколико је нека блиска особа смртно болесна. Поред тога, особе са ИО се не охрабрују да учествују у ритуалу сахрањивања вољене особе иако је сахрана је важан део ритуала смрти и помаже особама са ИО да разумеју финалност смрти (Oswin, 1992). Насупрот томе, стручњаци и породица могу да упражњавају заверу тишине пред особом са ИО или могу користити еуфемизме да би објаснили смрт блиске особе као што је „отишао је“ или „спава“. То доводи до конфузије код особа са ИО и пропуста да се обрати пажња на њихове емоционалне потребе у процесу жалости.

Разлог пропуста да се особама са ИО обезбеди подршка у процесу жаловања се приписује различитим факторима. Први је повезан са личним утицајем пружања подршке на особље укључујући подсећање на личне губитке (Worden, 1991), или страх од смрти (Read, 1996). Други фактор је повезан са недостатком знања како се одвија процес жалости код особа са ИО. Сматра се да особе са ИО немају емоционалну зрелост да се суче са смрћу или да нису створиле одговарајућу афективну везаност и да ће ускоро заборавити особу која је умрла. Поред тога, сматра се да особе са ИО немају интелектуалних капацитета да разумеју шта смрт заправо значи што често доводи до тога да особље повезује изазивајуће понашање не са анксиозношћу и депресијом већ са личношћу клијента или самом ИО (Hollins, Esterhyzen 1997). Чланови породице и особље извештавају да желе да заштите особу са ИО од непријатних дешавања у њеном животу. Покушај да се заштити особа са ИО од реалности смрти није реална. Одрасле особе са ИО брину о могућој смрти својих родитеља, суочавају се са смрћу својих пријатеља који умиру од болести придружених ИО.

Препоруке за обезбеђење подршке наглашавају потребу да особље разуме како се одвија процес жалости код особа са ИО, које су емоционалне и бихејвиоралне реакције које могу испољити особе са ИО и познавање начина пружања подршке особама са ИО у овом периоду живота (James, 1995). Данас постоје едукативни пакети који пружају подршку особљу које треба да пружи подршку особама са ИО током процеса жалости. Већи број аутора је дао препоруке добре праксе у овом

подручју. Истиче се значај едукације особа са ИО о концепту смрти. Yanok и Weifus (1993) сматрају да се следећа питања морају укључити у едукативни курикулум за особе са ИО:

- разговор о томе како и када се смрт може десити – (нпр. не само у старости)
- упознавање са новим речником – замена еуфемизама јасним терминима
- учење стандарда који важе у заједници укључујући социјално прихватљив начин изражавања жалости
- одласци на гробља и у цркве.

Родитељи особа са ИО избегавају тему смрти и умирања у разговору са својом децом. Родитељи нису вољни да праве планове за децу у случају њихове смрти, а још је мањи број оних који о плановима разговарају са својом децом. Особе које ће преузети старатељство над особом са ИО морају са њом разговарати о плановима о смештају после смрти родитеља. Уколико се очекује смештај у нову установу примереније је смештај урадити благовремено, за живота родитеља да би особа са ИО имала времена да се адаптира на нове околности.

Подршка у процесу жалости се особи са ИО може обезбедити са различитих извора укључујући породицу, особље итд. Подршка укључује и креативан приступ у разумевању концепта смрти користећи сликање, фотографије, књиге сећања (Рead 1999). Подршка укључује рад на различитим нивоима и нуђење краткорочне, дугорочне, реактивне, проактивне, помажуће стратегије.

Континуум подршке укључује опште припремање за губитак као део планираног едукативног програма пре било каквог личног искуства.

Особље може користити сваку прилику да објасни концепт смрти као природни део животног циклуса пружајући прилику особама са ИО да истраже осећања и реакције на губитак (**партиципација**).

Свака особа ће активно учествовати у ритуалима који се спроводе после смрти блиских особа са циљем изражавања осећања и пружања помоћи особи да развије стратегије превладавања из личног искуства (**фацилитација**).

Наведене стратегије би смањиле потребу за специфичним интервенцијама.

### Системски приступ

Read (2005) је поставио системски приступ моделу подршке особама са ИО у процесу жалости. Може се применити у свакој организационој структури.

1. микро ниво – односи се на особе са ИО и њихове породице које директно могу обезбедити подршку.
2. мезо ниво – односи се на особе са ИО који добијају подршку изван породице од стране стручњака.
3. егзо ниво – локалне организације нуде услуге особама са ИО као што су службе здравствена и социјалне заштите.
4. макро ниво – односи се на националну иницијативу и директиви.

### Коришћење радионица са темом губитка и процеса жалости код особа са ИО

Истраживана је примена радионица као едукативног оруђа за особе са ИО као и помоћи у пружању професионалног увида у искуство губитка код особа са ИО. У радионицама особе са ИО су имале прилику да:

1. истраже шта се подразумева под термином губитка
2. истраже своја осећања која су повезана са губитком и променом
3. разговарају о губитку и промени из личне позиције
4. идентификују механизме превладавања и подршке
5. доживе позитивно искуство у раду са групом
6. охрабре чланове групе да поделе своја искуства губитка.

Циљ рада у радионицама је био да се идентификују и разјасне потребе за подршком за особе са ИО које су доживеле губитак. На првим састанцима су утврђивана правила групног рада и истраживане су индивидуалне дефиниције губитка као и искуства губитка унутар групе. На следећем састанку се читала прича особе која је доживела губитак. То је била „окидач прича“ која би провоцирала чланове групе да поделе слична искуства унутар групе. На следећим састанцима би се пружала прилика члановима групе да говоре о својим осећањима и мислима који су следили губитак и начинима који су им помогли да преброде овај тежак период. Фацитатори су опсервирани групну емпатију и интересовање учесника да слушају туђе приче. Када би чланови изразили интензивно осећање туге узајамна туга би се пренела на

друге чланове што је имало за последицу да су чланови групе осећали да су добили потребну подршку и да су се слушајући једни друге знања о процесу жалости повећавала. Идентификована су осећања повезана са губитком и категорисана су као:

1. физичке реакције („осећање шока, плакање“)
2. емоционалне реакције (бес, туга, депресија)
3. когнитивне реакције (зашто ја?; окривљавање себе и других)
4. бихевиоралне реакције (излажење на крај са бесом).

Ове реакције на губитак су у складу са литертуром о губитку (Worden, 1991) и истраживањима повезаним са процесом жалости код особа са ИО (Read et al., 2000). Узајамно причање прича је оснаживало учеснике да пруже подршку једни другима. Едукативна вредност групе је призната јер су учесници учили једни од других, демонстрирали су вештине активног слушања, чекали свој ред, постављали питања да би разјаснили нејасно и повећали лично разумевање. Стратегије превладавања су биле различите, али у групи је често било хумора који је олакшавао тешке ситуације и довео учеснике у реалност када би се приближавао крај сесије. Процес брзе промене између активног учествовања у жалости и повратка у нормалност свакодневног живота је описана од стране Stroebea и Schutta (1999) као осцилирајући модел жалости.

Групе показују да су снажно оруђе учења за особе са ИО о различитим темама. Вештине и стратегије фацитатора су суштинске у омогућавању особама са ИО да се ангажују на конструктиван начин са члановима групе. Када им се пружи прилика особе са ИО желе да причају о својим губицима. Групни рад помаже дискусију, учење и омогућава креативан дијалог. Вештине које су потребне за фацитацију групног рада са особама са ИО су сличне вештинама које су потребне за процес саветовања.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Allison H. (1993). The management of bereavement in services for people with autism. National Autistic Society, London.
2. Aman M.G, Singh N.N, Stewart A.W. (1985). The Aberrant Behaviour Checklist: a behaviour rating scale for the assessment of treatment effects. American Journal of Mental Deficiency 89, 485-91.
3. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4th edn.). APA, Washington, DC
4. Bertoia J. (1993). Drawings from a dying child: Insights into death from a Jungian perspective. London: Routledge.

5. Berger D. (1997). *Zdravstvena psihologija*, Društvo psihologa Srbije, Beograd, str.193-212.
6. Bihm E, Elliott I. (1982). Conception of seath in mentally retarded persons. *Journal of Psychology* 3, 205-10.
7. Brown G, Harris T.O. (1989). *Life events and illness*, Guilford, London, p. 1-35.
8. Bierhals A.J, Prigerson H.G, Frank E. (1996). Gender differencies in complicated grief among elderly. *Omega* 32, 303-17.
9. Corbett J.A. (1979). Psychaitric morbidity and mental retardation. In: *Psychiatric Illness and Mental Handicap* (eds F.E. James & M.H. Snaith), Gaskell Press, London. p. 11-25.
10. Crick L. (1988). Facing grief, *Nursing Times* 84 (28): 61-3.
11. Day K. (1985). Psychiatric disorder in the middle aged and elderly mentally handicapped. *British Journal of Psychiatry* 147, 660-7.
12. Dodd P, Dowling S, Hollins S. (2005). A review of the emotional, psychiatric and behavioural responses to bereavement in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol.49, 7, p. 537-43.
13. Emerson P. (1977). Covert grief reactions in mentally retarded clients. *Mental Retardation* 15, 44-5.
14. Elliott D. (1995). Helping people with learning disabilities to handle grief. *Nursing Times* 91 (43): 27-9.
15. Frankisch P. (1992). A psychodynamic approach to emotional difficulties within a social framework. *Journal of Intellectual Research* 36, 559-63.
16. Gelcer E. (1983). Mourning is a family affair. *Family Process*, 22, 501-516.
17. Hollins S, Esterhyzen A. (1997). Bereavement and grief in adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry* 170, 487-502.
18. Hesbacher P, Rickels K, Morris R.J, Newman H, Rosenfeld H. (1980). Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 41, 6-10.
19. James I.A. (1995). Helping people with learning disabilities to cope with be-reavement, *British Journal of Learning Disabilities* 23 (2): 74-8.
20. Judd D. (1989). *Give sorrow words: Working with a dying child*. London: Whurr.
21. Kitching N. (1997). Helping people with mental handicaps to cope with be-reavement: a case study with discussion. *Mental Handicap* 15, 60-5.
22. Kovacs M. (1992). *Childrens Depression Inventory Manual*. Multi Health Systems Inc., North Tonawanda, New York.
23. Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York:McMillan.
24. Lipe-Goodson P, Goebel B. (1983). Perception of age and death in mentally retarded adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, 563-70.
25. McDermott O, Prigerson H.G, Reynolds C.F. (1997). EEG sleep in complicated grief and bereavement related depression: a preliminary report. *Biological Psychiatry* 41, 710-6.
26. McEvoy J. (1989). Investigating the concept of death in adults who are mentally handicapped. *The British Journal of Mental Subnormality* 35, 115-21.



27. McLoughlin I.J. (1986). Care of the dying. Bereavement in the mentally handicapped. *British Journal of Hospital Medicine* 36, 256-60.
28. Oswin M. (1992). Don't ask us to dance: Some aspects of bereavement for people who have learning difficulties. *Clinical Psychology Forum*, 44, 16-21.
29. Parkes C.M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition process of adaptation to change, in M.S. Stroebe W, Stroebe S, Hanson O. (eds.) *Handbook of bereavement: Theory, research and interventions*, New York: Cambridge University Press, p. 91-101.
30. Read S, Elliott D. (2007). Exploring a continuum of support for bereaved people with intellectual disabilities, *Journal Of Intellectual Disabilities*, vol II, 167-181.
31. Read S. (2005). Loss, bereavement and learning disabilities: providing a continuum of support, *Learning Disability Practice* 8 (1):31-7.
32. Read S. (2008). *A bereavement counselling manual for people with learning disabilities*. London: Quay.
33. Read S. (1999). Creative ways of working when exploring the bereavement counselling process, in N. Blackman (ed.) *Living with loss: Helping people with learning disabilities cope with loss and bereavement*, p. 9-13. Brighton: Pavilion.
34. Read S, Papakosta-Harvey V. (2004). Using workshops on loss for adults with learning disabilities: a second study. *Journal of Learning Disabilities* 8 (2): 191-208.
35. Stroebe M, Schutt H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description, *Death Studies* 23 (3): 197-215.
36. Singh I, Jawed S.H, Wilson S. (1988). Mania following bereavement in a mentally handicapped man. *British Journal of Psychiatry* 152, 866-7.
37. Turner J, Graffam J. (1987). Deceased loved ones in the dreams of mentally retarded adults. *American Journal of Retardation* 92, 282-9.
38. Yanok J, Beifus J.A. (1993). Communicating about loss and mourning: death education for individuals with mental retardation, *Mental Retardation* 31 (3): 144-7.
39. Van Doorn C, Kasl S.V, Beery L.C. (1999). Qualities of marriage associated with traumatic grief and depressive symptomatology. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 57, 113-25.
40. Worden J.W. (1991). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner*. London: Tavistock/Routledge.

## UNDERSTANDING GRIEVING PROCESS IN INDIVIDUALS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

IVONA MILAČIĆ VIDOJEVIĆ

Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

### SUMMARY

Building upon previous research, the article discusses general issues surrounding loss, change and bereavement in people with intellectual disability. We examine the current opinion regarding the ability of people with intellectual disabilities to understand the concept of death, knowledge of social care staff about grieving process in individuals with intellectual disabilities, what are emotional, psychiatric and behavioural responses to bereavement and what are the most effective ways of support for bereaved people with intellectual disabilities.

**KEY WORDS:** bereavement, loss, change, intellectual disability.