

Ivona MILAČIĆ VIDOJEVIĆ
Nada DRAGOJEVIĆ¹
Branislav BROJČIN
Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

EFIKASNOST PSIHOLOŠKIH OBLIKA RADA SA OSOBAMA SA INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU

Cilj rada je da se pregledom literature identifikuju ključni nalazi u pogledu potreba za psihološkim oblicima rada sa osobama sa intelektualnom ometenošću, u pogledu njihove dostupnosti ovoj populaciji i u pogledu njihove efikasnosti. I pored veće učestalosti mentalnih poremećaja kod osoba sa intelektualnom ometenošću (IO) u odnosu na opštu populaciju, psihološki oblici rada za osobe sa IO su često nedostupni. Nedovoljna dostupnost tretmana je dovela do njihovog isključenja iz istraživanja i, posledično, do malog broja nalaza zasnovanih na dokazima o njihovoj efikasnosti. Istorijski gledano, problemi mentalnog zdravlja kod osoba sa IO su rešavani medikamentnom terapijom i bihejvioralnim tehnikama. Glavne barijere u pogledu pristupa psihološkim oblicima rada osobama sa IO su negativni stavovi, fizičke i finansijske barijere, kao i nedovoljna edukacija psihoterapeuta o intelektualnoj ometenosti. U radu su izloženi glavni nalazi u pogledu ishoda tretmana kod osoba sa IO primenom bihejvioralne terapije, individualne i grupne psihodinamske terapije, kognitivno-bihejvioralne terapije, kognitivne terapije, savetovanja i sistemske porodične terapije. Rezultati ukazuju na to da je potrebno unaprediti usluge psiholoških oblika rada sa osobama sa IO.

Ključne reči: intelektualna ometenost, psihoterapija, dostupnost tretmana, efikasnost tretmana

1 Email: dragona47@gmail.com

UVOD

Intelektualna ometenost neminovno ometa razvoj psihičkih procesa, posebno emocionalnih. Zavisnost od drugih ljudi, kao i zahtevi koje postavlja društvo pred osobu sa IO, dodatno opterećuju fragilne psihičke odbrane (Menolascino, 1990). Kod osoba sa IO emocionalna vezivanja mogu da budu nestabilna, a separacija i individuacija otežane (Gaedt, 2001, Whittaker, 2001). Osobe sa IO su podložnije odloženim ili produženim reakcijama tugovanja nakon doživljenog gubitka. Nепрепозnavanje ovakvih emocionalnih reakcije i time neprеduzimanje pokušaja tretmana postavlja ove osobe u posebno rizičnu situaciju (Bonell-Pascual et al., 2001). Osobe sa IO su osjetljivije od osoba tipičnog razvoja na zlostavljanje i zanemarivanje (Cook & Sinason, 1998), kao pojave koje ostavljaju značajne psihičke sekvele. Intelektualna ometenost utiče na komunikaciju i na sposobnost artikulisanja i ispoljavanja sopstvenih mentalnih stanja. Situacija se dalje komplikuje ograničenom sposobnošću osoba sa IO za korišćenje simbola, rešavanje problema i za razvijanje adekvatnih mehanizama prevladavanja stresa. Pored toga, roditelji i drugi članovi porodice mogu imati teškoća da odreaguju na gubitak „savršenog deteta“ (Dragojević, 2007). Osećaj gubitka može da se reaktivira u situacijama kada se članovi porodice suočavaju sa gubitkom drugih očekivanja npr. da podižu unučiće. (Davis, 1987). „Životni ciklus“ je drugačiji u porodica sa IO članom u poređenju sa drugim porodicama (Black, 1987). To može da dovede do dodatnih stresova i da produbi osećanje gubitka kod pojedinih članova porodice. Zato ne čudi to što su osobe sa IO posebno prijemčive za psihijatrijske poremećaje i što dele neke od teškoća osoba sa graničnom organizacijom ličnosti i osoba sa psihotičnim poremećajima. Takve teškoće uključuju konflikt identiteta, kapacitet za simbolizaciju i tendenciju da se negiraju određeni aspekti unutrašnje i spoljašnje realnosti.

Potreba za psihološkim oblicima rada kod osoba sa IO

U literaturi iz prve polovine XX veka zabeležena je visoka prevalenca emocionalnih poremećaja kod osoba sa IO, pet puta veća od poremećaja u opštoj populaciji (Penrose, 1938). Različiti savremeni nalazi pokazuju da između 20% i 39% populacije osoba sa IO razvija probleme mentalnog zdravlja, kao što su depresija, anksiozni poremećaji, poremećaji ishrane, kompulzivni poremećaji i psihotični poremećaji (Borthwick-Duffy, 1994) u poređenju sa odnosom između 16% i 25% za slične probleme mentalnog zdravlja kod opšte populacije, kao što se i profil različitih vrsta poremećaja u ove dve populacije razlikuje. Ovakvi poremećaji zahtevaju primenu spektra psiholoških intervencija (Hatton, 2002; Cooper et al., 2007). Ipak, nalazi ukazuju da tretman osoba sa IO, sa pridruženim emocionalnim problemima, nije uvek adekvatan (Hatton et al., 1999; Weber, 2003).

Nezu i saradnici (Nezu et al. 1992) navode sledeće faktore koji mogu da dovedu do povišene učestalosti psihijatrijskih poremećaja kod osoba sa IO: nezaposlenost, siromaštvo, nizak nivo socijalne podrške, slabo razvijene socijalne veštine, naučena bespomoćnost (niska samoeфикаsnost), češće disfunkcije čitanja i govora, povišen nivo porodičnog stresa, pojačana osetljivost na stres kod majki, snižen prag odgovaranja na stresne događaje, smanjena mogućnost učenja adaptivnih strategija prevladavanja, zlostavljanje, češća telesna ometenost, veća verovatnoća pojave hromozomskih anomalija, metaboličkih bolesti i infekcija, veća verovatnoća oštećenja CNS-a.

Radi dobijanja uvida u dosadašnju primenu i efikasnost psiholoških oblika rada sa osobama sa intelektualnom ometenošću napravili smo pregled literature i nalaza na anglosaksonskom području, u poslednjih 20 godina.

U anglosaksonskoj literaturi često se, kao opšti i obuhvatni termin, koristi termin „psihološka intervencija“, kao interpersonalni proces dizajniran da modifikuje osećanja, kogniciju, stavove i ponašanja koja su problematična za osobe kojima je pomoć stručnjaka potrebna. Primeri uključuju kognitivno-bihejvioralnu terapiju (KBT), psihodinamsku/psihoanalitičku psihoterapiju, sistemsku i porodičnu terapiju i savetovanje. U ovom radu smo umesto termina intervencija koristili pojam tretman, kao termin koji u našem jeziku ima opštije i manje obavezujuće značenje.

Identifikacija potreba mentalnog zdravlja kod osoba sa intelektualnom ometenošću

Mnogi problemi mentalnog zdravlja kod osoba sa IO ostaju neprepoznati i stoga netretirani. Za to postoji nekoliko razloga. Prvo, servisi za osobe sa IO i za osobe koje imaju probleme mentalnog zdravlja su odvojeni što stvara rascep u obezbeđenju usluga za osobe sa IO koje imaju problem mentalnog zdravlja. Drugo, procena koja omogućava detekciju problema mentalnog zdravlja kod osoba sa IO je nedovoljno razvijena. Treće, "dijagnostičko pre pokrivanje" se dešava kada stručnjaci umesto da prepoznaju znake problema mentalnog zdravlja kao što je npr. socijalno povlačenje, pripisuju ih intelektualnoj ometenosti npr. nedovoljno razvijenim socijalnim veštinama. I na kraju, stručnjaci koji pružaju podršku osobama sa IO koriste umesto pojmovnog okvira mentalnog zdravlja izazivajuće ponašanje. Iako postoji preklapanje među ovim terminima, odnos između problema mentalnog zdravlja i izazivajućeg ponašanja kod osoba sa IO nije dovoljno jasan (Emerson, Moss & Kiernan, 1999).

Pristupačnost psiholoških oblika rada sa osobama sa IO

Uprkos povećanoj vulnerabilnosti osoba sa IO za probleme mentalnog zdravlja, istorijski gledano nije bilo većeg interesovanja za zadovoljene potreba ove grupe klijenata. U prošlosti terapeuti nisu bili spremni da ponude psihoterapijski rad osobama sa IO jer bi on zahtevao razvoj bliske radne alijanse sa osobama koje su oni smatrali neprikladnim zbog ometenosti (Bender, 1993). Pored toga, za osobe sa IO se smatralo da nemaju kognitivne sposobnosti potrebne za ostvarenje benefita od psihoterapije.

Ipak, postoje indikacije da je psihoterapijski pristup u radu sa osobama sa IO postao šire prihvaćen. U odgovaranju na ovo pitanje navešćemo analizu odgovora stručnjaka, psihijatara i psihologa (N=424) u Britaniji i Irskoj (Royal College of Psychiatrists, 2004).

Prema odgovorima ove grupe stručnjaka, psihoterapija je pristupačna osobama sa IO uglavnom ako imaju terapeuta posebno edukovanog za rad sa ovom grupom pacijenata ili ako se nalaze u institucijama za rad sa ovom grupom. U proceni snage potreba ovih osoba,

većina (59%) ispitanika smatra da im je psihoterapija potrebna u umerenom stepenu, dok 24% smatra da im je veoma potrebna. Kao barijere na putu ka ostvarenju primene tretmana za osobe sa IO navodi se u najvećem procentu nedostatak edukovanih terapeuta za ovu grupu, zatim neadekvatno planiranje psiholoških oblika tretmana u ustanovama, predrasude i stereotipije, nedostatak nalaza istraživanja i teškoće komunikacije sa ovim osobama. Kao najadekvatniji oblik tretmana za osobe sa IO ispitanici navode kognitivno-bihejvioralnu terapiju, zatim porodičnu, grupnu, psihodinamsku i, na kraju, kognitivno-analitičku terapiju. U odgovorima, međutim, ispitanici navode i mogućnost da bi i druge terapeutske tehnike mogle da budu efikasne u radu sa ovom grupom, kao što su terapija igrom, muzikoterapija, drama terapija, razvijanje socijalnih i jezičkih veština, transakciona analiza, geštalt terapija, upravljanje besom itd.

Istorijat psiholoških vidova tretmana kod osoba sa intelektualnom ometenošću

Tehnike psihoterapije često pored modela terapeutskeg delovanja sadrže u osnovi i neki teorijski model ličnosti i razvoja ličnosti.

Primena psihoanalitičke teorije na područje intelektualne ometenosti datira iz 1930. godine. Interesovanje je bilo sporadično do 1980. godine kada su zainteresovani kliničari ukazali na terapijske potrebe IO osoba, kao i na to da se na ove potrebe može odgovoriti psihodinamskim pristupom (Sinason, 1992). Pre toga, tradicionalni pristup psihološkim problemima osoba sa IO je bio u domenu primene tehnika bihejvioralne modifikacije, u učenju veština i u primeni medikamentne terapije (Waitman & Conboy-Hill, 1992). Uspeh postignut korišćenjem bihejvioralnih tehnika se video u pristupu mnogim problemima kod IO osoba (Matson&McCartney, 1981). Širok spektar psihoterapijskih tehnika koji se primenjivao na drugim pacijentima, kao što su geštalt terapija ili transakciona analiza, kod osoba sa IO se nije primenjivao (Matson, 1984).

U prošlosti su mnogi stručnjaci smatrali da su osobe sa IO imune na emocionalne probleme, stres i psihijatrijske poremećaje (Fletcher, 1993). Ovakvo shvatanje se pokazalo neosnovanim. Kada je potreba za istraživanjima u ovoj oblasti postala evidentna, etički problemi,

kao potpisana saglasnost, ograničavali su uključivanje osoba sa IO. Kako je u pitanju raznovrsna populacija, postojali su praktični problemi oko odabira uzorka. Dijagnostičko prekrivanje emocionalne simptomatologije intelektualnim deficitom je još jedan razlog zašto istraživači nisu uključivali osobe sa IO u istraživačke studije. Istraživanja o efikasnosti psiholoških oblika tretmana osoba sa IO su kritikovana zbog nedostatka empirijske potkrepljenosti, jer su u ovom području uglavnom dominirali opisi studija slučajeva (Sinason, 1992). Cilj većine istraživanja je bio da se ilustruje primena i proces terapije, a ne da se prikaže ishod terapije. U periodu između 1968. i 1998. godine, nacrti istraživanja većinom nisu uključivali kontrolnu grupu bez tretmana, a primenjene tretmane je bilo teško klasifikovati (Prout & Nowak-Drabik, 2003).

Zanimljiv je podatak dobijen analizom 160 anamneza osoba sa IO podvrgnutih tretmanu na Tavistok institutu u Londonu, prema kome su samo dve osobe sa IO delimično inicirale terapiju tražeći od roditelja da im nađu nekoga sa kime bi razgovarale (Royal College of Psychiatrists, 2004).

Primena različitih psiholoških oblika tretmana

Tehnike modifikacije ponašanja

Tehnike modifikacije ponašanja ili tehnike bihevioralne terapije navodimo kao tehnike koje su, pod uticajem bihevioristički orijentisanih teorija učenja, dominirale u terapiji osoba sa IO od sredine XX veka. Ove tehnike koriste osnovne principe otkrivene u oblasti klasičnog uslovljavanja i instrumentalnog učenja. Polaze od teorijske postavke da su problemi ponašanja posledica pogrešnog učenja, tj. potkrepljivanja takvih ponašanja od strane sredine, te da je stoga dovoljno redukovati njihovo pojavljivanje. Time odgovaraju na kritiku da se primenom ovih tehnika ne uklanjaju uzroci problema ponašanja već se samo zamenjuju simptomi. Tehnike modifikacije ponašanja korišćene su u ovom periodu za izmenu različitih oblika devijantnih i deficitarnih ponašanja, kao što su govorni poremećaji, hiperaktivnost,

poremećaji pažnje, poremećaji u vezi sa jelom, seksualne devijacije, fobije, samopovređujuća ponašanja, enureza itd.

U ovim oblicima tretmana, radi hitnog suzbijanja težih samopovređujućih ponašanja korišćena je i procedura kažnjavanja, tj. primena električnog šoka, kod dva teže IO deteta uzrasta 8 i 11 godina (Lovaas & Simmons, 1969, prema Dragojević, 1982). Drugi, prethodno primenjeni oblici tretmana nisu doveli do poboljšanja. U ovoj proceduri primenjen je i program generalizacije postignute promene na više osoba. Pored smanjenja učestalosti pojave samopovređujućih ponašanja, smanjila se i učestalost neartikulisanih glasova i grimasiranja, a pojačale su se socijalne interakcije.

Primena procedure kažnjavanja na dva petogodišnja ekstremno regredirana deteta s autizmom (Lovaas, Schaeffer, Simmons, 1965, prema Dragojević, 1982) dovela je do redukovanja autostimulativnih aktivnosti i napada besa, a primena procedure izbegavanja kazne (prilaženjem eksperimntatoru) do porasta odgovaranja na socijalne stimulse. Ovo je značajno s obzirom na to da jedan od bazičnih problema u tretmanu dece s autizmom predstavlja pitanje kako da socijalne draži steknu potkrepljujuća svojstva. Praćenje je pokazalo da nakon 10 meseci postignute promene počinju da slabe, ali da je primena jednog šoka dovoljna da ih ponovo uspostavi.

U suzbijanju anksioznih i fobičnih problem ponašanja pokazala se uspešnom Volpeova tehnika recipročne inhibicije i sistematske desenzitizacije (Wolpe, 1958). U ovoj proceduri pacijentu se u relaksiranom stanju prvo izlaže draž koja izaziva najmanje straha, pa kad se ona desenzitizuje prelazi se postepeno na desenzitizaciju sledećih draži.

Pored ovih, u tretmanu deficitarnih ponašanja (na primer, kod nerazvijenog govora) korišćena je procedura oblikovanja ponašanja, a za suzbijanje neadekvatnih ponašanja – procedura gašenja ili „time-out“ procedura.

Ipak, iako ima pojedinačnih nalaza o efikasnosti pojedinih tehnika bihevioralne terapije u tretiranju najtežih problema sa kojima se suočavaju deca/osobe sa IO, zaključak o njihovoj efikasnosti nije eksperimentalno potkrepljen.

Individualna i grupna psihodinamska terapija

Psihodinamska psihoterapija se zasniva na osnovnim psihoanalitičkim postavkama o dinamici i razvoju ličnosti. U terapiji se koriste tehnika slobodnih asocijacija i interpretacije fokusirane na analizu transfera, mehanizama odbrane i snova. Terapija može da traje nekoliko godina sa ciljem oslobađanja od simptoma i postizanja promena u ličnosti i koristi se u tretmanu nerešenih konflikata iz perioda ranog života (Neukrug, 2010).

Studija koju su sprovedeli Bejl i sar, (Beail et al., 2005) ukazuje na rezultate ishoda psihoanalitičke psihoterapije koja se sprovodila na klinici, jednom nedeljno. Učesnici su bili muškarci sa IO koji su imali probleme ponašanja. Rezultati ukazuju na to da se problemi ponašanja mogu eliminisati kao rezultat psihoterapije i da je poboljšanje trajalo i nakon ponovne procene posle 6 meseci.

O'Konor (O' Connor, 2000) opisuje rad u psihoanalitički vođenoj grupi u trajanju od 40 nedelja sa 5 odraslih učesnika sa lakom IO. Autor navodi da tokom seansi grupa učesnicima postaje dovoljno siguran prostor za istraživanje bolnih iskustava o kojima se do tada nije moglo razmišljati. Tokom tretmana dolazi do jačanja svesti o sebi u kontekstu grupe. Aktiviraju se strah od nekompetentnosti, stid zbog različitosti, osećanja gubitka i odbacivanja. Radi se na jačanju reagovanja ispoljavanja ljutnje prema autoritetu, reagovanja koje je do tada bilo potisnuto zbog duboke, mada, prema autoru, ambivalentne, potrebe za zavisnošću od drugih. Autor ističe značaj pojave kontratransfera, naročito u završnim fazama tretmana, kao i pojavu ambivalentnosti i osećanja krivice kod terapeuta. Kod klijenta završetak tretmana može da reaktivira osećanja vezana za iskustva odbacivanja i separacije. Ipak, autor zaključuje da je vođenje grupne psihoterapije sa osobama sa lakom IO slično vođenju terapije u drugim grupama.

Sinason (Sinason,1992) opisuje pojavu tri faze u analitički vođenom tretmanu. U prvoj fazi redukuje se sekundarna ometenost tj. odbrambeni mehanizam preuveličavanja ometenosti radi pokrivanja bolnog doživljaja različitosti. Druga je faza preosetljivosti, faza u kojoj se osoba sa IO suočava sa sopstvenim identitetom i pratećim doživljajem gubitka. Uspešno prevazilaženje ove faze dovodi do ulaska u fazu poboljšanog unutrašnjeg i spoljašnjeg funkcionisanja.

Kognitivno-bihejvioralna terapija

Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT) ima za cilj da pomogne pacijentima da steknu uvid u način na koji razmišljaju (kognicija) i ponašaju se (ponašanje). Fokus terapije je na „sada i ovde“ umesto na prošla iskustva vezana za detinjstvo. KBT se primenjuje na stanja kao što su depresija, anksiozni poremećaji, poremećaji ishrane, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, traume, zlostavljanje, poremećaji ličnosti. Pokazala se uspešnom kako u opštoj populaciji tako i u populaciji osoba sa IO (Hollins& Sinason, 2000; Tolin, 2010). Dokazi o uspešnosti KBT kod osoba sa IO su ograničeni, ali posle objavljivanja knjige *Kognitivno-bihejvioralna terapija za osobe sa IO* (Stenfert Kroese et al., 1997) ovaj oblik tretmana je privukao veliku pažnju. Do tada se smatralo da je KBT ograničeno efikasna, jer se oslanja na verbalne veštine i na sposobnost saopštavanja misli i osećanja (Sturmeij, 2004). Sturmeij je dao pregled literature o KBT na području tretmana besa, depresije i prestupničkog ponašanja kod osoba sa IO. Autor zaključuje da su najbolji rezultati postignuti u postizanju kontrole besa. Tehnika postizanja samokontrole uključuje procese samopraćenja, samoprocenjivanja i samopotkrepljivanja. Nalazi četiri studije sa 9 osoba sa IO pokazuju da je uključivanje samo jednog procesa, samopraćenja, dovelo do smanjenja učestalosti pojave neadekvatnih i stereotipnih ponašanja i da se poboljšanje održalo i u periodu od 6 meseci praćenja (Whitaker, 2001).

Vilner (Willner, 2005) je sa saradnicima sprovodio terapiju kontrole besa sa 14 osoba sa IO. Primenjene su dve skale procene kojima su pacijenti i stručnjaci procenili efikasnost tretmana. Prema nalazima ove studije, kod pacijenata u eksperimentalnoj grupi došlo je do poboljšanja u ponašanju kako neposredno nakon tretmana, tako i tri meseca nakon završetka tretmana. Stepenn poboljšanja je bio povezan sa verbalnim IQ-om. Analizirajući različite nalaze, Vilner je zaključio da pored primene kognitivno-bihejvioralne terapije, i psihodinamska i kognitivna terapija mogu da budu efikasne u radu sa osobama sa lakom IO, a u izvesnoj meri i sa osobama sa težim oblicima ometenosti.

Favro i saradnici (Favrod, 2007) su primenili KBT u radu sa dva pacijenta (jedan sa lakom a drugi sa umerenom IO) koji su imali auditivne halucinacije. U sklopu terapije primenjene su tehnike progresivne relaksacije, a pacijenti su izlagani taktilnim i optičkim iluzijama.

Razmatraju se teorije pacijenta o benignosti ili malignosti glasova. Tokom igranja uloga pacijent treba da odgovara na glasove i da im se suprotstavi. Prvo pacijent igra ulogu glasa, a terapeut odgovara, a zatim se menjaju uloge. Nakon tretmana, kod oba pacijenta je došlo do smanjenja učestalosti pojave halucinacija, a glasovi su tumačeni kao benigniji.

Hadok i saradnici (Haddock et al., 2004) su primenili KBT u radu sa 5 osoba sa lakom IO koje su imale pridruženu dijagnozu psihoze. Primenivši manje adaptacije standardnog protokola zaključili su da se KBT može primeniti u radu sa ovom populacijom pacijenata.

Tejlor i saradnici (Taylor et al., 2008) su razmatrali nalaze o ishodima korišćenja KBT u populaciji osoba sa IO i razlozima za njenu nedovoljnu primenu. Smatraju da terapeuti ne primenjuju psihološke oblike rada sa osobama sa IO jer smatraju da su, zbog ometenosti, kao grupa „neatraktivni“, što se ispoljava kao oblik „terapijske oholosti“. Ipak, postoje ohrabrujući znaci da terapeuti počinju da sprovode KBT sa IO osobama koje imaju emocionalne probleme. Iako ima još uvek malo dokaza, oni ukazuju da većina osoba sa IO (oni sa lakom IO) mogu imati koristi od kognitivno-bihejvioralnih intervencija koje se primenjuju za veliki broj emocionalnih problema.

Braun i Maršal (Brown & Marshall, 2006) su razmatrali efikasnost KBT na području mentalnog zdravlja osoba sa IO i potrebu prilagođavanja modela potrebama navedene grupe. Autori smatraju da je KBT najefikasnija za osobe sa lakom IO i da terapeuti moraju imati u vidu faktore verbalnog razumevanja i izražavanja kao i sposobnosti samoizveštavanja i samoregulacije kada razmatraju pogodnost KBT za osobe sa IO. Dilema svakog terapeuta u radu sa IO osobama je da li se oni obraćaju kognitivnoj deficijentnosti ili kognitivnim distorzijama i zato se zahteva rigorozna procena osoba sa IO. U radu sa osobama sa IO potrebna je modifikacija KBT koja pored ostalog uzima u obzir procenu koja pomaže u utvrđivanju spremnosti za započinjanje terapije, kao i procenu sposobnosti osobe da prenese veštine naučene u terapiji u realne životne situacije. Autori smatraju da medicinske sestre mogu da imaju aktivniju ulogu u razvoju i sprovođenju KBT u radu sa ovom populacijom, da im se mora omogućiti odgovarajuća edukacija jer su potrebe mentalnog zdravlja osoba sa IO velike, a dostupnost kliničara

koji su edukovani, zainteresovani i motivisani da ponude KBT osobama sa IO je ograničena.

Mirou (Mirow, 2008) razmatra korisnost KBT i zaključuje da bi je bilo teško primeniti u ovoj grupi pacijenata jer se KBT oslanja na verbalno i kognitivno funkcionisanje koje je kod osoba sa IO ograničeno. Umesto toga, potrebno je razmisliti o pojavama diskriminacije i nedostatka moći koje osobe sa IO redovno imaju u svom iskustvu, a koje imaju ogroman uticaj na njihovo mentalno zdravlje. Da bi se umanjilo dejstvo verbalnog i kognitivnog deficita kod osoba sa IO, prave se modifikacije tretmana u kojima se koriste crteži, simboli, fotografije ili prikaz životne istorije u slikama, sa ciljem da se KBT može uspešno koristiti kod malog broja osoba sa IO u unapređenju kontrole besa, anksioznosti, depresije, samocenjenja, rešavanja problema i izazivajućeg ponašanja.

Kognitivna terapija

Tehnike kognitivne terapije (kognitivno restrukturisanje, redukovanje neadekvatnih misli i uverenja, nalaženje alternativnih objašnjenja i sokratovsko postavljanje pitanja) polaze od postavke da su problemi ponašanja rezultat pogrešnih kognitivnih šema, uverenja, percepcija. Kako je cilj ovog oblika terapije da se primenom upitnika i kliničkog intervjua otkriju i promene disfunkcionalni i neadekvatni kognitivni i perceptivni procesi, dugo je vladalo uverenje da je ovaj oblik terapije, zbog specifičnog nedostatka, nedostupan osobama sa IO. Kasnije, neki autori (Dagnan, Chadwick, Proudlove, 2000), navodeći nalaze studije po kojima je 75% osoba sa IO (N=40) uspevalo da na osnovu fotografija lica sa različitim izrazima protumači koje su emocije u pitanju i šta je do njih dovelo, zaključuju da osobe sa lakom IO poseduju neke veštine potrebne za učešće u primeni kognitivne terapije, mada im je potrebno još pripremno vežbanje ovih veština.

Niz studija ukazuje na efikasnost procedura kognitivne terapije u radu sa osobama sa IO. U studiji (Dagnan & Sandhu, 1999), sa uzorkom od 43 osobe sa lakom i umerenom IO, nađena je korelacija mera depresije, samocenjenja i socijalnog poređenja. U slučaju primene kognitivne terapije (igranje uloga, vežbanje alternativnih načina mišljenja, beleženje dnevnih događaja, izazivanje pozitivnih misli) u radu sa dve osobe sa lakom IO (Lindsay et al. 1993) došlo je do drastičnog

pada odgovora na skalama depresije i anksioznosti i ova se promena održala nakon 35 nedelja praćenja. Takođe se navodi efikasnost ovog oblika terapije (Lindsay et al., 2003) u postizanju samokontrole besa i suzbijanju nasilničkog ponašanja kod 6 muškaraca sa IO, kod kojih se terapijski efekat održao i nakon perioda praćenja od 4 godine.

Ipak, i pored ovakvih primera, efikasnost kognitivne terapije u radu sa osobama sa IO nije konačno i eksperimentalno utvrđena. Imajući, između ostalog, u vidu i to što su u okviru ovog tretmana često uključivani i elementi drugih oblika tretmana.

Savetovanje

Savetovanje je psihološki oblik rada u kome je odgovornost za napredovanje u tretmanu na pacijentu, a terapeut zauzima nedirektivan, podstičući pristup. Cilj savetovanja je da se poboljša samopouzdanje i otvorenost za nova i različita iskustva tako što se slabe mehanizmi odbrane, osećanje krivice i nesigurnost a pojačava samorazumevanje i izražavanje osećanja.

Petison (Pattison, 2005) je primenom metodološkog dizajna koji je uključio savetnike (n=396) koji su registrovani u BASCP direktorijumu i na osnovu poslatog, popunjenog i anliziranog upitnika identifikovao šest indikatora koji podržavaju savetovanje kod osoba sa IO. Ovi nalazi ukazuju da izgradnja radnog saveza, politike jednakosti u pristupu procesa savetovanja, inicijalne procene, primena kreativnih pristupa u procesu savetovanja, trening i jasna svest o potrebama ove populacije su potrebni da bi se primenilo savetovanje.

Holins i Esterhajzen (Hollins & Esterhuyzen, 1997) ukazuju na rezultate prve sistematično sprovedene studije reagovanja osoba sa IO na gubitak roditelja. Uzorak od 50 osoba sa iskustvom gubitka se poredio sa kontrolnom grupom osoba sličnog uzrasta, pola i nivoa inteligencije, koje nisu doživele gubitak. Korišćena su dva skrining upitnika za procenu psihijatrijskih simptoma. Studija ukazuje na to da su poremećaji u ponašanju učestaliji kod osoba sa IO koje su doživele gubitak roditelja u odnosu na kontrolnu grupu. Autori ukazuju na to da osoblje nije pripisivalo probleme ponašanja procesu tugovanja, kao što nije prepoznavalo povećan stepen psihopatološkog ispoljavanja usled doživljaja gubitka.

Dowling i saradnici (Dowling et al., 2006) su koristili metod kvantitativne i kvalitativne intervencije sa osobama sa IO koje su bile u procesu žalosti i podelili ih u dve grupe, ukupan broj ispitanika n=56. Grupa 1 je bila u procesu savetovanja koji su sprovodili edukovani volonteri, a grupa 2 je dobijala podršku u procesu žalosti od strane osoblja koje se brinulo o njima. Nalazi ukazuju na klinička poboljšanja i veći kvalitet života za grupu koja je bila u procesu savetovanja. Napredak nije uočen u grupi 2. Ukazuje se da ovakav pristup može da pomogne osobama sa IO koje su u procesu žalosti.

Sistemska porodična terapija

Osobe sa IO žive u složenim sistemima kao što su porodica, institucije, servisi i agencije gde se susreću sa teškoćama koje bi se najbolje mogle razumeti sa stanovišta sistemskog pristupa porodici (Baum & Walden, 2006). Sistemska porodična terapija radi sa čitavom porodicom kao sa „klijentom“, menja porodičnu dinamiku koja doprinosi stvaranju problema i donosi razrešenja (Priest & Gibbs, 2004). Terapeuti mogu da rade u paru, nekada su različitog pola da bi razmatrali specifična rodna pitanja ili da bi bili uzor za članove porodice oba pola. Naglašavaju se pozitivni odnosi i pozitivni obrasci komunikacije u porodičnoj jedinici (Neukrug, 2010).

Fidel (Fidell, 2000) ukazuje na to da je bilo malo istraživanja o porodičnoj terapiji sa IO osobama. Njegov rad opisuje proces porodične terapije u kliničkoj situaciji i upoređuje efikasnost ovog rada sa efikasnošću rada sa porodicama pacijenata iz opšte populacije. Terapeuti su ustanovili da je rad sa osobama sa IO teži nego rad sa osobama opšte populacije. Smatrali su da je izazov raditi na sistemski način kada su u pitanju osobe sa IO.

U radu sa članovima porodice osoba sa IO korišćena je i *Kratka terapija usmerena na rešenje* (SFBT – Solution-focused Brief Therapy, deShazer et al., 1986). Tehnika je usmerena na slušanje i usmeravanje na snage i kompetencije klijenta, na njegova pribežišta i motivaciju, umesto na problem.

Koristeći SFBT u radu sa 7 majki teže intelektualno ometene dece, Lojd i Dalos (Lloyd, H. Dallos, R., 2008) nalaze (primenom intervju nakon seansi) da majke smatraju da im je pojačana uverenost da su promene moguće ulaganjem napora, da im je očekivanje čuda postalo

irelevantno, da im se pojačalo osećanje samoefikasnosti i samovrednovanje i da su se usredsredile na sadašnjost i blisku budućnost. Ovakav nalaz ukazuje na mogućnost da bi ovaj oblik terapije mogao da pomogne roditeljima IO dece da razviju adaptivne strategije prevladavanja.

Slično nalaze Kim i saradnici (Kim et al., 2003). U njihovoj studiji, dobra adaptiranost i bolji odnosi roditelja sa detetom bili su povezani sa strategijama aktivnog rešavanja problema.

U budućim istraživanjima, doživljaj samoefikasnosti ili stepen u kome se lokus kontrole doživljava kao unutrašnji ili spoljašnji, kao i korišćenje manje ili više adaptivnih strategija prevladavanja, mogli bi da posluže kao mere efikasnosti ishoda tretmana.

ZAKLJUČAK

Mnogobrojni faktori povezani sa intelektualnom ometenošću, kao što su slabo razvijene socijalne veštine, siromaštvo i istorija ostracizma od okoline i vršnjaka, čini ovu grupu podložnijom poremećajima mentalnog zdravlja. Zato je iznenađujuće to što je potreba osoba sa IO za psihološkim oblicima rada dugo ostala zanemarena. Možda objašnjenje treba tražiti u sklopu pojave da su psihološki oblici rada slabije dostupni i drugim marginalnim grupama.

Postoji nedostatak formalnog treninga za stručnjake u oblasti IO, kao što i većina registrovanih psihoterapija nema specifičan fokus na potrebe osoba sa IO (Dowling et al., 2006). Rigidno pridržavanje utvrđenih modela psihoterapije može dovesti do toga da osobe sa IO budu onemogućene u dobijanju odgovarajućeg tretmana (Beasley, 2004). Kraljevski koledž psihijatarata ukazuje na to da se utvrđeni modeli psihoterapije mogu modifikovati tako da budu prilagođeni razlikama u intelektualnim sposobnostima, uzimajući u obzir proces i sadržaj terapije (The Royal College of Psychiatrist, 2004). Preporučuje se da stručnjaci edukovani iz različitih psihoterapija dobiju i dodatni trening iz oblasti intelektualne ometenosti čime bi se povećala efikasnost pristupa terapiji za ovu populaciju (Beasley, 2004). Takođe se preporučuje da i drugi stručnjaci u oblasti mentalnog zdravlja dobiju poslediplomske kvalifikacije u ovoj oblasti. Iako je prevalenca mentalnih poremećaja veća u populaciji osoba sa IO nego u opštoj popu-

laciji, psihološki oblici tretmana su još uvek nedostupni za osobe sa IO. Istorijski gledano, problemi mentalnog zdravlja kod osoba sa IO su rešavani medikamentima ili primenom bihejvioralnih tehnika. Da bi savetovanje bio efikasan tretman za osobe sa IO on mora biti pristupačan ovoj grupi klijenata. Barijere sa kojima se sreću osobe sa IO na putu dobijanja psihološke pomoći su pre svega negativni stavovi, zatim fizičke i finansijske barijere. Iako neki autori promovišu savetovanje kao efikasan tretman u radu sa osobama sa IO, promene u pogledu znanja i stavova članova porodice ili stručnjaka o osobama sa IO su spore i ove važne osobe često previđaju ili minimiziraju osećanja uznemirenosti kod osoba sa IO. Fizičke barijere se pojavljuju u pogledu transporta. Osobe sa IO su raznovrsna grupa, tako da neke od njih mogu da koriste prevoz, a neke imaju problem u kretanju. U pogledu znanja psihoterapeuta o intelektualnoj ometenosti, većina njih se slaže da područje IO u programu edukacije ostaje nepokriveno (Rafensperger & Miller, 2005) . Rezultati ukazuju na to da je potrebno unaprediti psihološke oblike rada za osobe sa IO.

LITERATURA

1. Black, D. (1987). Handicap and family therapy. U *Family Therapy: Complementary Frameworks of Theory and Practice* (2nd ed.) (Eds A. Bentovim, G. Gorell Barnes & A. Cooklin), p. 117–139. London: Academic Press.
2. Baum, S. & Walden, S. (2006). "Setting Up and Evaluating a Family Therapy Service in a Community Team for People with Intellectual Disabilities", U S. Baum & H. Lynggaard (eds), *Intellectual Disabilities: A Systemic Approach*. London: Karmac.
3. Beail, N., Warden, S., Morslay, K. & Newman, D. (2005). "Naturalistic Evaluation of the Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy with Adults with Intellectual Disabilities", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 245–51.
4. Beasley, J. B. (2004). "Importance of Training and Expertise to Assess "What Works" for Individuals with Intellectual Disabilities", *Mental Retardation*, 42 (5), 405–6.

5. Bender, M. (1993). The unoffered chair: the history of therapeutic disdain towards people with learning difficulty. *Clinical Psychology Forum*, 54, 7-12.
6. Bonell-Pascual, E., Huline-Dickens, S., Hollins, S., *et al* (2001). Bereavement and grief in adults with learning disabilities: a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 348–350.
7. Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17– 27.
8. Brown, M. & Marshall, K. (2006). Cognitive behavior therapy and people with learning disabilities: implications for developing nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 234-241.
9. Cooke, L. B. & Sinason, V. (1998). Abuse of people with learning disabilities and other vulnerable adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 119–125.
10. Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). “Mental Ill-Health in Adults with Intellectual Disabilities: Prevalence and Associated Factors“, *British Journal of Psychiatry*, 190, 27–35.
11. Dagnan, D., Chadwick, P., & Proudlove, J. (2000). Toward assessment of suitability of people with mental retardation for cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 627–636.
12. Dagnan, D., & Sandhu, S. (1999) Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 372–379.
13. O’Connor, H. (2001). “Will We Grow Out Of It? A Psychotherapy Group for People with Learning Disabilities“, *Psychodynamic Counselling*, 7, 297–314.
14. Davis, B. H. (1987). Disability and grief. *Social Casework*, 68, 352–357.
15. Dowling, S., Hubert, K., White, S. & Hollins, S. (2006). “Bereaved Adults with Intellectual Disabilities: A Combined Randomized Controlled Trial and Qualitative Study of Two

- Community-Based Interventions“, *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (4), 277–287.
16. Dragojević, N. (1982). Primena bihevioralne terapije u radu sa ometenim osobama. *Psihologija*. XV (4), 53-63.
 17. Dragojević, N. (2007). Prilagođavanje roditelja na ometenost deteta; stvarnost ili mit? U: D.Radovanović (ur.) *Nove tendencije u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji*. 243-263.
 18. Emerson, E., Moss, S., & Kiernan, C. (1999). The relationship between challenging behavior and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. In N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press, 38-48.
 19. Favrod, G, Linder, S, Pernier, S, Navarro-Chafloque, M.N. (2007). Cognitive and behavioural therapy of voices for patients with intellectual disability: Two case reports. *Annals of General Psychiatry*. 6-22.
 20. Fidell, B. (2000). “Exploring the Use of Family Therapy with Adults with a Learning Disability“, *The Association for Family Therapy and Systemic Practice*, 22, 308–23.
 21. Fletcher, R. J. (1993). Individual psychotherapy for persons with mental retardation. U *Mental Health Aspects of Mental Retardation* (eds R. J. Fletcher & A. Dosen), p. 327–349. New York, NY: Lexington Books.
 22. Gaedt, C. (2001). Psychodynamically oriented psychotherapy in mentally retarded children. In: *Treating Mental Illness and Behaviour Disorders in Children and Adults with Mental Retardation* (eds A. Dosen & K. Day). Washington, DC: American Psychiatric Press.
 23. Hatton, C. (2002). “Psychosocial Interventions for Adults with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: A Review“, *Journal of Mental Health*, 11 (4), 357–73.
 24. Hatton, C., Hastings, R. & Vetere, A. (1999). “A Case for Inclusion?“, *The Psychologist*, 12 (5): 230–3.

25. Haddock, G., Lobban, F., Hatton, C., Carson, R. (2004). Cognitive-behaviour therapy for people with psychosis and mild intellectual disabilities: a case series. *Clin.Psychol. Psychoter.* 11, 282-298.
26. Hollins, S. & Esterhuyzen, A. (1997). "Bereavement and Grief in Adults with Learning Disabilities", *The British Journal of Psychiatry*, 170: 497–501.
27. Hollins, S. & Sinason, V. (2000). "Psychotherapy, Learning Disability and Trauma: New Perspectives", *The Royal College of Psychiatrists*, 176, 32–6.
28. Kim, H. W., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. and Kraus, M. W. (2003). The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 313–327.
29. Lindsay, W. R., Howells, L. & Pitcaithly, D. (1993). Cognitive therapy for depression with individuals with intellectual disabilities. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 135–141.
30. Lindsay, W.R., Allan, R., MacLeod, F., Smart, N., & Smith, A.H. (2003). Long-term treatment and management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault. *Mental Retardation*, 41, 47–56.
31. Lloyd, H. Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy*. 30, 5-28.
32. Matson, J. L. & McCartney, R. J. (1981). *Handbook of Behaviour Modification with the Mentally Retarded*. New York, NY: Plenum Publishing.
33. Matson, J. (1984). Psychotherapy with persons who are mentally retarded. *Mental Retardation*, abstract, [online], 22 (4): 170–75. Retrieved from CSA database.
34. Mirow, R. (2008). "Going cognitive": CBT for people with learning disabilities. *Learning Disability Practice*, 11 (8): 34-38.

35. Menolascino, F. J. (1990). Mental retardation and the risk, nature and types of mental illness. U *Depression in Mentally Retarded Children and Adults* (eds A. Dosen & F. J. Menolascino), pp. 11–34. Leiden: Logon Publications.
36. Neukrug, E. (2010). *Counselling Theory & Practice*. UK: Brooks/Cole.
37. Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Gill-Weiss, M. J. (1992). *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Champaign, IL: Research Press.
38. O'Connor, H. (2000). 'The importance of endings within learning disabilities', *Psychology Research* 10 (2): 2–13.
39. Penrose, L. S. (1938). *A Clinical and Genetic Study of 1280 Cases of Mental Defect* (Special Report Series no. 229). London: Medical Research Council.
40. Pattison, S. (2005). Making a Difference for Young People with Learning Disabilities: A model for Inclusive Counseling Practice. *Counseling and Psychotherapy Research*, 5 (2): 120-130.
41. Priest, H. & Gibbs, M. (2004). *Mental Health for People with Learning Disabilities*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
42. Prout, H. T. & Nowak-Drabik, K. M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation: an evaluation of effectiveness. *American Journal of Mental Retardation*, 108, 82–93.
43. Raffensperger, M., Miller, J. (2005). Counselling Services for Adults with an Intellectual Disability: Implications for Counselling, *NZ Journal of Counselling*, 26 (2): 37-54.
44. Royal College of Psychiatrists (2004). *Psychotherapy and Learning Disability*. Council Report CR116. London: Royal College of Psychiatrists.
45. Sinason, V. (1992). *Mental Handicap and the Human Condition: New Approaches from the Tavistock*. London: Free Association Books.

46. Stenfert Kroese, B., Dagnan, D. & Lourmidis, K. (1997). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities*. London: Mackays.
47. Sturmey, P. (2004). "Cognitive Therapy with People with Intellectual Disabilities: A Selective Review and Critique", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11: 222–32.
48. Taylor, J., Lindsay, W., Willner, P. (2008). CBT for People with Intellectual Disabilities: Emerging Evidence, Cognitive Ability and IQ Effects, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 723-733.
49. Tolin, D. (2010). "Is Cognitive-Behavioral Therapy More Effective than Other Therapies? A Meta-Analytic Review", *Clinical Psychology Review*, 30,710–20.
50. Weber, G. (2003). "Psychological Interventions and Psychotherapy", u P. W. Davidson & M. P. Prasher (eds), *Mental Health, Intellectual Disabilities and the Aging Process*. Victoria, Australia: Blackwell.
51. Waitman, A. & Conboy-Hill, S. (1992). *Psychotherapy and Mental Handicap*. London: Sage.
52. Whittaker, S. (2001). Anger control for people with learning disabilities: a critical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 277–293.
53. Wilner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disability: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*. 49, 73-85.
54. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CT: Stanford University Press.

EFFICIENCY OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS WITH PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Ivona Milačić Vidojević, Nada Dragojević, Branislav Brojčin
University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation

Summary

This work is an attempt to review the literature and identify the key findings about the forms of psychological work needed for persons suffering from intellectual disability (ID) regarding their availability and efficiency. Though frequency of mental disturbances among persons with ID is greater than among general population, psychological interventions are often beyond their reach. Scarce availability of treatments excluded them from the scope of researches and therefore ensued with very few findings based on the proofs of their efficiency. Historically speaking, problems of mental health of persons with ID, have so far been dealt with by the medications administering or by applying techniques of behavioral modification. The main obstacles in obtaining psychological treatment for persons with ID are negative attitudes, physical and financial barriers, and insufficient education of psychotherapists on intellectual disability. In this work, the main findings in regard to the outcomes of treatments of persons with ID upon applying behavioral therapies, individual and group psychodynamic therapies, cognitive-behavioral therapies, cognitive therapies, counseling and systemic family therapies are presented. The results indicate that the service of psychological work with persons with ID has yet to be improved.

Key words: intellectual disability, psychotherapy, treatment availability, treatment efficiency

Primljeno: 5. 12. 2011.

Prihvaćeno: 25. 4. 2012.