

Jan Kornaj

PSYCHOTERAPIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ: RYS HISTORYCZNY

PSYCHOTHERAPY WITH PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: A HISTORICAL PERSPECTIVE

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

intellectual disability
history
history of psychotherapy

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest rekonstrukcja historii psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. Artykuł jest przeglądem literatury dotyczącej psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przedstawia w kolejności chronologicznej wybrane treści zawarte w najważniejszych tekstach dotyczących tej dziedziny praktyki psychoterapeutycznej.

Jako pioniera w psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną uznaje się psychoanalityka Leona Pierce'a Clarka i jego pisma z początku lat trzydziestych. Równocześnie już w roku 1928 polski psychiatra Gustaw Bychowski apelował o włączenie pacjentów z NI w obręb oddziaływania psychoterapii. W latach siedemdziesiątych podjęte zostały pierwsze próby wykorzystania technik behawioralnych w terapii osób z NI oraz poprawy metodologii badań skuteczności psychoterapii. W odniesieniu do psychoterapii osób z NI rozwijane były oryginalne psychoterapeutyczne podejścia, takie jak pre-terapia Prouty'ego czy symboliczna terapia interakcyjna Caton. W latach osiemdziesiątych postęp rozwoju koncepcji psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną w nurcie psychoanalitycznym następował dzięki pracy grupy warsztatowej londyńskiej kliniki Tavistock. Od lat dziewięćdziesiątych Nigel Beail rozwija metodologię badań efektywności psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej z osobami z NI i publikuje wyniki swoich badań. W XXI wieku pojawiają się wciąż nowe doniesienia dotyczące skuteczności psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, a także systemowej, jak również przeglądy literatury i metaanalizy.

Większość prac dotyczących psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną odnosi się do ubogiej literatury na ten temat i ignorancji psychoterapeutycznego mainstreamu. Mimo że wciąż przybywa opracowań teoretycznych oraz badań dotyczących skuteczności psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną, wciąż jest to temat marginalizowany przez główny nurt praktyki psychoterapeutycznej.

Summary

The aim of this article is to reconstruct the history of psychotherapy for people with intellectual disabilities.

The article is a review of the literature on psychotherapy with people with intellectual disabilities. In chronological order, it presents selected content from the most important texts relating to this area of psychotherapeutic practice.

Leon Pierce Clark's writings from the early 1930s are considered a pioneer in the field of psychotherapy with people with intellectual disabilities, but already in 1928, Polish psychiatrist Gustaw Bychowski appealed for including those patients in psychotherapy. In the 1970s, the first attempts were made to use behavioral techniques in the therapy of people with intellectual disabilities. Concerning the psychotherapy of people with intellectual disabilities, original psychotherapeutic approaches were developed, such as Prouty's pre-therapy or Caton's symbolic interaction therapy. In the 1980s, progress in the development of the concept of psychotherapy for people with intellectual disabilities in psychoanalysis was made thanks to the work of the workshop group of the London Tavistock Clinic. Since the 1990s, Nigel Beail has been developing a methodology for researching the effectiveness of psychodynamic psychotherapy with people with intellectual disabilities. Nowadays, there are still new reports being published on the effectiveness of psychodynamic, cognitive-behavioral, and systemic psychotherapy, as well as literature reviews and meta-analyses.

Most works on the psychotherapy of people with intellectual disabilities refer to the poor literature on this subject and the ignorance of the psychotherapeutic mainstream. Despite an increasing number of theoretical studies and research on the effectiveness of psychotherapy for people with intellectual disabilities, it is still a topic marginalized by mainstream psychotherapeutic practice.

Wstęp

Klasyfikacja ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) definiuje niepełnosprawność (*disability*) jako „szeroki termin obejmujący wszelkie upośledzenia funkcjonowania, limitowanie aktywności i ograniczenia uczestniczenia” [1, s. 3]. Według najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, „zaburzenia rozwoju intelektualnego” (*disorders of intellectual development*) w podziale na lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie, znajdują się w grupie „zaburzeń neurorozwojowych” (*neurodevelopmental disorders*) i definiowane są jako „grupa zróżnicowanych etiologicznie schorzeń mających swój początek w okresie rozwojowym, charakteryzujących się funkcjonowaniem intelektualnym i zachowaniami adaptacyjnymi znacznie poniżej średniej, wynoszącymi około dwa lub więcej odchyień standardowych poniżej średniej [...] na podstawie odpowiednio znormalizowanych, indywidualnie przeprowadzanych wystandaryzowanych testów” [2, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#605267007>]. Stanisław Kowalik, akcentując złożony układ oddziaływań psychospołecznych pomiędzy osobą z niepełnosprawnością a jej środowiskiem, definiuje niepełnosprawność jako „będącą wynikiem uszkodzenia organizmu [...] względnie trwałą dyspozycję człowieka, która może stać się źródłem wielu problemów życiowych” [3, s. 91–92] zastrzegając, że „dyspozycja ta charakteryzuje człowieka posiadającego określone uszkodzenie organizmu w taki sam sposób jak inne jego właściwości: płeć, wzrost, waga, wykształcenie, stan cywilny itp. Nie jest to więc właściwość patologiczna, ale raczej pewna osobliwość, która w sposób istotny ukierunkowuje życie człowieka” [3, s. 92].

Zaburzenia psychiczne w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną występują częściej niż w populacji ogólnej [4]. Według Niemiec-Elanany [4, s. 192] „iloraz inteli-

¹⁾ Wszystkie cytaty z języka angielskiego zostały przetłumaczone przez autora niniejszego artykułu.

gencji poniżej 70 powoduje 3–4 razy większe ryzyko ujawnienia się i pojawienia zaburzeń psychicznych w porównaniu z populacją ogólną”. Mimo dużej liczby badań wskazujących na to, że w leczeniu większości zaburzeń psychicznych najefektywniejsze jest sprzężenie farmakoterapii i psychoterapii [5], w Polsce temat psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną ze sprzężonymi zaburzeniami psychicznymi jest rzadko podejmowany. Tymczasem istnieje obszerna literatura dotycząca stosowania psychoterapii w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz badania dotyczące jej skuteczności, a idea zastosowania psychoterapii w tej grupie potrzebujących sięga przełomu lat dwudziestych i trzydziestych XX wieku.

Celem niniejszego artykułu jest rekonstrukcja historii psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną (dalej NI).

Rys historyczny rozwoju psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną

Pierwsza połowa XX wieku

Przyglądając się dziejom psychoterapii osób z NI trzeba pamiętać, że na przestrzeni lat zmieniała się nie tyle praktyka psychoterapeutycznej pomocy im, ale same definicje pojęć niepełnosprawności [6] i psychoterapii [7]. Badanie ewolucji tych pojęć przekracza zakres niniejszego opracowania.

Jeden z nielicznych opisów historii psychoterapii osób z NI jest autorstwa Davida O’Driscolla [8]. Koncentruje się on jednak tylko na podejściach psychodynamicznych. Niniejszy artykuł ma ambicje uzupełnić pracę O’Driscolla również o inne podejścia terapeutyczne. Autor ten dopatruje się początków zainteresowania psychoterapeutyczną pomocą osobom, nazywanym wtedy upośledzonymi umysłowo (*feble-minded*), w dwóch pracach amerykańskiego psychiatry i psychoanalityka Leona Pierce’a Clarka z 1933 roku: „The need for a better understanding of the emotional life of the feble-minded” oraz „The nature and treatment of amentia: psychoanalysis and mental arrest in relation to the science of intelligence” [8, s. 9–10]. Clark miał podejmować próby psychoterapii psychoanalitycznej z osobami upośledzonymi umysłowo, mimo panującego w psychoanalitycznym środowisku pesymizmu w stosunku do pracy z takimi pacjentami. Prace Clarka, według O’Driscolla, były ważne z dwóch powodów: „Po pierwsze, Clark zasugerował, że każdy pacjent z zaburzeniem psychicznym doświadcza życia emocjonalnego, które samo w sobie jest warte eksplorowania. Wierzył również, że jeśli tacy pacjenci otrzymają pomoc, mogą funkcjonować poza zamkniętymi instytucjami. Po drugie, Clark był pierwszym psychoanalitykiem, który próbował nawiązać dialog z innymi specjalistami z tego obszaru i jako taki może być widziany jako pionier dzisiejszej praktyki interdyscyplinarnej” [8, s. 9].

Jeszcze przed pracami Clarka, w 1928 roku, polski psychiatra i psychoanalityk Gustaw Bychowski opublikował artykuł pod tytułem „Psychoterapia osobników mało inteligentnych” [9]. Bychowski ubolewał nad brakiem zainteresowania pomocą psychoterapeutyczną osobom, które według Freuda nie kwalifikowały się do leczenia psychoanalitycznego. Bychowski podkreślał wagę tego zagadnienia, które jego zdaniem w kręgach lekarskich wzbudzało niedostateczne zainteresowanie oraz zwrócił uwagę na problem niedostoso-

wania metod psychoterapeutycznych do pomocy tej grupie pacjentów. Zalecenia, które proponował polski psychiatra, oparte na sugestii, perswazji, które nazwał „metodami psychoterapii niepsychoanalitycznej”, mogą wydawać się dziś groteskowe i dziwne, ale trzeba mieć na uwadze, że sam Bychowski nie był do nich przekonany — proponował je, kierując się zasadą, że lepiej starać się pomóc ludziom pomijanym, niż tej próby nie podjąć.

W 1934 roku Leona Chidester opublikowała artykuł, w którym dowodziła, że upośledzenie umysłowe (*mental retardation*) może w niektórych przypadkach upośledzonych dzieci być konsekwencją zaburzeń endokrynologicznych, które z kolei bywają objawem nerwicy [10]. Logika Chidester była następująca: jeśli dzięki psychoanalizie uda się wyleczyć z nerwicy, znikną tym samym zaburzenia endokrynologiczne, a więc objawy upośledzenia umysłowego również powinny ustąpić. Artykuł Chidester jest bogaty w rozważania dotyczące zaburzeń emocjonalnych u dzieci z NI oraz psychoz dziecięcych i ich relacji do upośledzenia, zawiera również odniesienia do podejść Melanie Klein i Anny Freud w psychoanalizie dzieci. Dwa lata później Leona Chidester opublikowała razem z Karlem Menningerem artykuł dotyczący aplikacji metod psychoanalitycznych do badania i terapii upośledzenia umysłowego [11].

W 1948 roku Milton Cotzin ogłosił raport z terapii grupowej dziewięciu chłopców o IQ w przedziale 50–79 [12]. Według niego wyniki były pozytywne i zachęcające do korzystania z tej formy psychoterapii w tej grupie pacjentów.

Druga połowa XX wieku

W 1953 roku Theodora Abel opublikowała krótki artykuł „Resistances and difficulties in psychotherapy of mental retardates”, w którym omówiła zwyczajowe przekonania dotyczące podejmowania psychoterapii z osobami z NI: po pierwsze, że są one niezdolne do zrozumienia interpretacji terapeuty, i po drugie, że praca z nimi jest zbyt czasochłonna i nieefektywna [13]. Abel podaje następującą receptę: „po stronie terapeuty musi istnieć prawdziwe przekonanie, że klient jest wart starania [...], w przeciwnym razie nie wytworzy się efektywna interpersonalna relacja. Po drugie, cele terapii powinny być prostsze i skromniejsze niż cele pracy z bardziej inteligentnymi osobami” [13, s. 108].

W 1965 roku Albin i Dinitz przeprowadzili pierwsze badanie skuteczności psychoterapii z osobami z NI [14]. Była to terapia wspierająca, skoncentrowana na kliencie. 73 chłopców z problemami emocjonalnymi z NI poddano oddziaływaniom terapeutycznym i porównano z 37 „dobrze przystosowanymi” (*well-adjusted*) chłopcami. W badaniu nie wykorzystano grupy kontrolnej. Terapia przebiegała indywidualnie lub w małych grupach przez rok, pojedyncza sesja trwała 30 minut. Nie odnotowano istotnej statystycznie poprawy funkcjonowania. Anne Hurley zauważa, że brak grupy kontrolnej, słabo zdefiniowany program terapii i brak ustalonych celów, przesądzają o ograniczonej użyteczności tego badania [15].

W tym samym roku Manny Sternlicht, dyskutując z dominującym poglądem, że do psychoterapii kwalifikują się tylko osoby z określonym stopniem rozwoju zdolności werbalnych i intelektualnych, zaprezentował kilka technik pozwalających na pracę psychoterapeutyczną nawet w obliczu upośledzenia tych zdolności [16]. Do takich technik, pozwalających nawiązać relację i zyskać wgląd w trudności pacjentów z NI, Sternlicht

zaliczył: techniki projekcyjne, malowanie/rysowanie, muzykoterapię, terapię tańcem, terapię opartą na relacji, terapię wspierającą, polegającą na tym, że pacjent „nieświadomie identyfikuje się z terapeutą i inkorporuje go jako nowy obraz Ja” [16, s. 86], dyrektywne poradnictwo, polegające na edukacji i sugerowaniu rozwiązań, terapię społeczną, terapię zabawą, psychodramę, terapię grupową, konsultacje z członkami rodziny.

Również w roku 1965 psychoanalityczka lacanowska Maud Mannoni, pracująca w Paryżu jako psycholożka dziecięca, opublikowała pracę „Challenge to mental retardation”. Interesowała się sposobem nawiązywania relacji przez osoby upośledzone intelektualnie. Nie negując organicznego podłoża niepełnosprawności, uważała, że psychologiczne aspekty funkcjonowania osób nią dotkniętych są niedostatecznie rozumiane [8]. W 1972 roku opublikowała pracę „The backward child and her mother” [17].

W artykule opublikowanym w 1966 roku, George Lott zaprezentował wyważone i dość krytyczne podejście do możliwości psychoterapii z osobami z NI: „O ile psychoterapia może być zalecana, należy pamiętać, że przeciwwskazaniem jest możliwość, że upośledzony może powtarzać bardzo trudne zachowania. Prawdę mówiąc, leczenie pośrednie, specjalne treningi i metody edukacyjne mogą odgrywać większą rolę niż psychoterapia w ich drodze do szczęścia” [18, s. 232].

W 1973 Saribenne Stone i Phillipa Coughlan przeanalizowały przebieg procesu psychoterapii z osobami z NI pod kątem czterech zmiennych: kontrolowania tematu w diadzie terapeuta-klient, skupienia na problemie w diadzie terapeuta-klient, funkcji terapeuty i afektu klienta [19]. Transkrypty sesji od drugiej do dziewiątej były oceniane przez niezależnych sędziów. Wyniki pokazały, że pomiędzy drugą a dziewiątą sesją wzrastało natężenie zachowań niezwiązanych z problemem i wzrastała ekspresja terapeuty, a afekt klienta malał. Autorki badania zinterpretowały te wyniki początkowym zadowoleniem z uzyskania uwagi klienta i późniejszym oporem, kiedy rozpoczęła się praca nad właściwym problemem.

W roku 1976 Garry Prouty opublikował artykuł dotyczący metody pracy z pre-ekspresyjnymi pacjentami z podwójną diagnozą psychozy i niepełnosprawności intelektualnej, którą nazwał pre-terapią (*pre-therapy*) [20]. Prouty zidentyfikował trzy obszary, które zwyczajowo przyjmuje się jako warunki wstępne do podjęcia psychoterapii: „1) Istnieje dostatecznie zorganizowany stan Ja, czyli zdolność do identyfikowania Ja jako bazy własnego doświadczenia, 2) Klient jest zdolny zlokalizować i odczuwać afekt, 3) Klient jest zdolny do komunikacji” [20, s. 290]. Prouty zauważył, że dokładnie z tymi obszarami osoby z NI i psychozą sobie nie radzą, zatem psychoterapeuta powinien znaleźć sposób, by tymi problemami się zająć. Jako potencjalne przyczyny psychoz sprzężonych z NI, Prouty identyfikuje potencjalne defekty organiczne, ale również traumę psychospołeczną czy też zaniedbanie emocjonalne. By wspomóc kontakt z rzeczywistością i własnym Ja w pracy z tymi osobami, Prouty zaproponował dwie techniki: odzwierciedlenia sytuacyjne (*situational reflections*) oraz odzwierciedlenia cielesne (*body reflections*). Odzwierciedlenia sytuacyjne to wzmacnianie poczucia rzeczywistości klienta poprzez wypowiedanie zwyczajnych obserwacji na temat otoczenia fizycznego, wyglądu czy zachowania pacjenta lub terapeuty: „Gorąco dziś”, „biurko stoi pomiędzy nami”, „pokój jest duży”, „oboje jesteśmy dziś milczący”, „bawisz się długopisem” [20, s. 290]. Odzwierciedlenia cielesne dotyczą komentowania tego, co dzieje się z ciałem pacjenta: „stoisz wyprostowany”, „podpierasz

się rękoma”, „stopy zwisają ci z fotela”, „machasz palcami w powietrzu” [20, s. 291]. Jeśli klient nie reaguje na komunikaty werbalne, można odzwierciedlać własnym ciałem, to co klient ucieleśnia. Rozwój w drugim obszarze problemowym, czyli dotyczącym lokalizowania i odczuwania afektu, według Prouty’ego, terapeuta może rozwijać dwiema metodami: odzwierciedlaniem ekspresji mimicznej (*reflection of facial expression*) lub odzwierciedlaniem słowo za słowo (*word for word reflections*). Pierwsza dotyczy wiązania obserwowanej ekspresji emocji klienta z emocją, którą ta ekspresja wyraża — to umożliwia nadawanie sensu stanom wewnętrznym i podłączanie ich do ekspresji cielesnej. Druga dotyczy próby nawiązania komunikacji werbalnej — należy wyłapywać i powtarzać na głos te wyrazy w niezrozumiałej wypowiedzi, które są zrozumiałe lub te wyrazy, które, mimo że niezrozumiałe, niosą za sobą ładunek afektywny.

Jako naczelną zasadę psychoterapii z psychotycznymi klientami z NI, Prouty wprowadza „zasadę powtarzalności” (*reiterative principle*), która mówi o tym, że należy cierpliwie i powoli powtarzać sekwencje cielesnych, sytuacyjnych, ekspresyjnych i słownych odzwierciedleń [20, s. 293]. Dotyczy to tych odzwierciedleń, które wywarły na kliencie jakieś wrażenie. Jak podsumowuje Prouty: „aktywność powtarzalna polega na cierpliwym, trwającym tygodnie, powtarzaniu i ponownym dzieleniu tego samego pre-ekspresyjnego lub ekspresyjnego miejsca” [20, s. 293].

W latach siedemdziesiątych rozpoczęto próby pomocy osobom z NI za pomocą różnych technik terapii behawioralnej. W 1973 roku Michael Guralnick opublikował raport z terapii 21-letniego mężczyzny z zespołem Downa i akrofobią, wobec którego zastosował systematyczną desensytyzację wyobraźniową, wizualizację oraz systematyczną desensytyzację *in vivo* i kształtowanie behawioralne [21]. Connie Peck w 1977 roku opublikowała raport z zastosowania procedury systematycznej desensytyzacji w terapii lęku u czterech osób z NI. Do badania zakwalifikowano 20 uczestników z fobią szczurów lub wysokości, które podzielono na pięć grup (do każdej przydzielono 4 osoby): poddaną systematycznej desensytyzacji opartej na modelowaniu, poddaną zastępczej desensytyzacji z wykorzystaniem relaksacji i sekwencji wideo, poddaną standardowej systematycznej desensytyzacji; grupę kontrolną poddaną treningowi stresu; grupę nie poddaną żadnym oddziaływaniom [22]. Odnotowano trend ku obniżeniu symptomów lęku w grupie poddanej desensytyzacji opartej na modelowaniu, ale ze względu na małą liczebność grupy wyniki mają ograniczoną wartość.

Richard Silvestri opublikował raport dotyczący efektów terapii implozywnej w grupie umiarkowanie upośledzonej intelektualnie [23]. Przydzielono osiem osób do trzech grup: poddaną terapii, poddaną pseudoterapii/placebo, nie poddaną terapii. Odnotowano pozytywne wyniki w grupie poddawanej terapii implozywnej we wszystkich z badanych obszarów.

W roku 1980 w londyńskiej klinice Tavistock, psychoanalityk Neville Symington powołał do życia grupę warsztatową dyskutującą problemy psychoterapii osób z NI [24]. W 1981 roku opublikował swój pierwszy artykuł na ten temat. Artykuł jest streszczeniem dwuletniego procesu psychoterapii psychoanalitycznej 33-letniego mężczyzny, którego IQ oceniono na 59 [25]. Symington zauważył znaczną poprawę funkcjonowania psychologicznego i intelektualnego swojego pacjenta Harry’ego po dwóch latach psychoterapii. Doszedł do wniosku, że, nie negując organicznego podłoża większości przypadków upośledzenia intelektualnego, zwykle jest ono dodatkowo zaniżone w wyniku stereotypowej postawy

opiekunów, nieuwzględniającej możliwości poprawy funkcjonowania intelektualnego i prowadzącej do emocjonalnego zaniedbania: „Coraz bardziej utwierdzam się w przekonaniu, że nieuzasadniona rozpacz osób zajmujących się pomocą osobom upośledzonym umysłowo jest dla pacjenta o wiele większym utrudnieniem niż wada organiczna. Wzrost neurologiczny można stymulować i z pewnością nie jest on statyczny. Statyczne pozostają oczekiwania ludzi, że zmiany nie mogą nastąpić” [25, s. 199].

Takie stereotypowe postawy wobec osób z upośledzeniem umysłowym, uzasadniające niechęć wobec pracy z nimi, zidentyfikował również w środowisku psychoterapeutów. Jego zdaniem „dzieje się tak dlatego, że jesteśmy opóźnieni w niektórych obszarach naszego funkcjonowania umysłowego. [...] Kiedy leczymy pacjenta, który nie jest normalny, aż nazbyt boleśnie przypomina nam się o naszym własnym upośledzeniu umysłowym. To zrozumiałe, że wolimy sobie o tym nie przypominać” [25, s. 199].

W 1980 roku opublikowano zredagowaną przez Szymanskiego i Tanguaya monografię, w której dwa rozdziały poświęcono psychoterapii z osobami z NI: Szymanski opisał kwestie związane z psychoterapią indywidualną [26], a Szymanski i Rosefsky z psychoterapią grupową [27]. Szymanski zidentyfikował trzy kryteria oceny potencjału odniesienia korzyści z psychoterapii osób z NI: obecność zaburzeń psychicznych, w których czynniki psychologiczne odgrywają rolę etiologiczną i/lub pogarszającą stan, potencjał do nawiązania odpowiedniej relacji z terapeutą i do pewnego stopnia komunikacji; szansa, że zmniejszenie objawów poprawi zdolność pacjenta do wykorzystania swojego potencjału poznawczego [26].

W 1982 roku Johnny Matson opublikował artykuł dotyczący behawioralnych terapii depresji u osób z NI [28]. Cztery osoby z upośledzeniem od lekkiego do umiarkowanego poddano terapii behawioralnej na podstawie zidentyfikowanych problemów w następujących obszarach: liczby wypowiedzianych słów, skarg somatycznych, drażliwości, pielęgnacji, negatywnej samooceny, spłaszczonego afektu, kontaktu wzrokowego i opóźnienia mowy. Oddziaływania obejmowały: informowanie, udzielanie informacji zwrotnych i wzmacnianie pożądanых zachowań. Matson odnotował znaczącą poprawę u wszystkich czterech osób. Dwa lata później Matson odniósł się do ogólnych kwestii dotyczących psychoterapii osób z NI [29]. Opublikował również prace dotyczące terapii fobii [30], zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [31] oraz zaburzeń psychosomatycznych [32] u osób z NI.

W 1983 roku Susan Godschalx na przykładzie przypadku Marka opisała kwestię formułowania celów psychoterapii osób z NI oraz zadania psychoterapeuty na wczesnych etapach terapii [33]. O ile cele terapii powinny być formułowane w odniesieniu do specyficznych problemów pacjenta, zadania terapeuty Godschalx sformułowała w sposób ogólny — do nich należą: budowanie zaufania, równoważenie elastyczności i dyrektywności, komunikowanie empatii, rozumienie przeciwprzeniesienia.

W 1986 roku Chrissoula Stavrakaki i Jack Klein przeanalizowali istniejącą literaturę różnych modalności psychoterapii osób z NI, dochodząc do wniosku, że: „o potrzebie psychoterapii osób upośledzonych umysłowo świadczy wysokie rozpowszechnienie zaburzeń emocjonalnych w tej grupie. Psychoterapię można prowadzić na tych samych ogólnych zasadach, co w przypadku osób pełnosprawnych, z modyfikacjami w zakresie poziomu umiejętności poznawczych i językowych” [34, s. 741].

W tym samym roku Anne Hurley i Frank Hurley przedstawili wytyczne dotyczące przeprowadzania wstępnego wywiadu kwalifikującego osoby z NI do psychoterapii.

Ich zdaniem celem wstępnego wywiadu jest: dokonanie odpowiedniego wprowadzenia i przedstawienia, identyfikacja problemów, ocena poziomu funkcji poznawczych klienta i jego edukacja [35]. Podkreślili również wagę nawiązania przymierza terapeutycznego, w czym mogą pomóc następujące techniki: nadawanie pozytywnego tonu emocjonalnego, aktywne słuchanie, nazywanie uczuć, interpretowanie.

Również w roku 1986 Valerie Sinason opublikowała artykuł, w którym przedstawiła koncepcję wtórnego upośledzenia (*secondary handicap*) i związku upośledzenia umysłowego z traumą [36]. Sinason zaproponowała rozróżnienie na upośledzenie pierwotne (*primary handicap*) i wtórne (*secondary handicap*). Upośledzenie pierwotne to wszystkie trudności wynikające z czynników natury organicznej. Upośledzenie wtórne natomiast powodowane jest różnymi czynnikami natury psychologicznej, które nakładają się na upośledzenie pierwotne i je zaostrzają. Sinason rozróżniła trzy kategorie upośledzenia wtórnego: lekkie upośledzenie wtórne (*mild secondary handicap*), które dotyczy osób, wyolbrzymiających trudności wynikające z upośledzenia pierwotnego, by dostosować się do wymagań i przekonań na ich temat świata zewnętrznego, upośledzenie oportunistyczne (*opportunist handicap*), dotyczące osób rozwijających w związku z upośledzeniem dysfunkcje osobowości związane z uwalnianiem popędów destrukcyjnych, upośledzenie jako obrona przed traumą (*handicap as a defence against trauma*), dotyczące osób, których upośledzenie służy ochronie przed świadomą konfrontacją z niemożliwym do zniesienia wspomnieniem traumy.

W roku 1988 Julie Caton zaprezentowała autorskie podejście psychoterapeutyczne dostosowane do potrzeb osób z NI: symboliczną terapię interakcyjną (*symbolic interactional therapy*: SIT) [37]. Podejście to opiera się na nawiązywaniu niezagrażającej, dostosowanej do wieku, komunikacji z osobami z NI za pomocą symboli, za które służą zabawki, i interakcji dokonującej się w zabawie. Za główne cele symbolicznej terapii interakcyjnej Caton uważa: umożliwienie klientowi zbadania wewnętrznych konfliktów, fantazji lub sytuacji z prawdziwego życia bez negatywnych konsekwencji oraz odkrycia sposobu, w jaki klient postrzega rzeczywiste lub wyimaginowane interakcje oraz jego/jej uczucia względem nich.

W 1989 roku Anne Hurley opublikowała przegląd badań dotyczących psychoterapii osób z NI, a jej wniosek dotyczący stanu wiedzy w tym obszarze brzmiał następująco: „Istnieje ogromna potrzeba badań nad psychoterapią osób upośledzonych umysłowo, aby stworzyć solidniejszą bazę wiedzy wspierającą rosnące zastosowania technik klinicznych w tej populacji” [38, s. 272]. Autorka ta zauważała konieczność badań zarówno nad skutecznością psychoterapii osób z NI, jak i nad procesem.

W latach osiemdziesiątych ukazały się również dwie ważne, kompleksowe monografie dotyczące diagnozy, terapii i pomocy instytucjonalnej osobom z NI: w 1988 dzieło pod tytułem „Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services” pod redakcją Starka, Menolascino, Albarelliego i Graya [39] oraz w 1989 praca pod tytułem „Mental retardation and mental illness: Assessment, treatment, and service for the dually-diagnosed” pod redakcją Fletchera i Menolascino [40].

W roku 1992 opublikowana została monografia pod redakcją Alexisa Waitmana i Suzanne Conboy-Hill prezentująca różnorodne psychoterapeutyczne podejścia do pracy z osobami z NI [41]. W jednym z rozdziałów John Stokes i Valerie Sinason rozwijają obserwacje Symingtona i koncepcje Sinason [24]. Rozpoczynają od naświetlenia rozwojowego ła

dla upośledzenia, którym są pierwotne i w dominującym stopniu nieświadome reakcje opiekunów na wieść o upośledzeniu ich dziecka, w postaci uczuć winy, utraty i żałoby. Z tymi uczuciami muszą poradzić sobie zarówno opiekunowie, jak i osoby z NI, aby móc dokonać separacji. Osoba z NI trawiona jest często przez nieświadomą zawiść wobec „normalnych” członków rodziny. Jeśli te uczucia nie zostaną rozpoznane i przepracowane, prowadzi to do trudności w separacji. Dodatkowo często spotykane w historii osób z NI przypadki zaniedbania emocjonalnego czy przemocy i wykorzystania seksualnego, mogą nasilać objawy upośledzenia, ponieważ są one nieświadomie wykorzystywane do obrony przed traumą. Jest to swego rodzaju atak na myślący umysł, podobnie jak psychoza w teorii Wilfrieda Biona. Stokes i Sinason posługują się zresztą analogią do bionowskiej koncepcji psychotycznej-niepsychotycznej części umysłu, mówiąc o upośledzonej i nieupośledzonej części umysłu pacjenta.

Psychoterapia psychoanalityczna osób z NI ma na celu zrozumienie i objęcie zainteresowaniem nieświadomych czynników wpływających na nasilenie upośledzenia [24]. W dalszej części monografii, Neville Symington eksploruje reakcje przeciwprzeniesieniowe w pracy psychoterapeutycznej z osobami z NI [42]. W szczerym wyznaniu opowiada o doświadczeniach zespołu warsztatowego z kliniki Tavistock, w którym zidentyfikowano, że każdy z terapeutów żywi wobec pacjentów z NI głęboką nieświadomą pogardę. W reakcji na nią, zdaniem Symingtona, rodzi się poczucie winy, które każe wyręczać osoby z NI i utrudnia proces terapii.

Rosalind Bates opisuje proces psychoterapii jako składający się z następujących kroków: selekcji, ustalania celów, definiowania i opisu problemu, przełamywania oporu, wzbudzania świadomości, pokonywania trudności językowych, ważenia kosztów problemu i poszukiwania rozwiązań, wykorzystywania wyobraźni [43]. Prócz pracy z wyobraźnią Bates radzi również korzystanie z takich technik, jak: dyrektywne sugestie (*directive suggestions*) czy nauczanie na temat uczuć.

Joanna Beazley-Richards opisuje pracę z osobami z NI, korzystając z Analizy Transakcyjnej [44]. Sheila Hollins zaprezentowała możliwości prowadzenia grupowej terapii analitycznej z osobami z NI [45]. Na początku adresuje stereotyp, że psychoterapia psychoanalityczna zakłada niezbędną zdolność do wglądu intelektualnego:

„Panuje błędne przekonanie, że psychoterapia psychoanalityczna jest przede wszystkim działaniem intelektualnym, podczas gdy w rzeczywistości jest to działanie afektywne. Innymi słowy, jest to proces, który angażuje emocjonalnie terapeutę i klienta. Głównym zadaniem terapeuty jest nawiązanie więzi emocjonalnej, którą można następnie wykorzystać terapeutycznie. Głównym wymaganiem od kandydatów do psychoterapii jest umiejętność nawiązania kontaktu emocjonalnego” [45, s. 139].

Hollins, podkreślając społeczne i instytucjonalne korzyści z proponowania psychoterapii grupowej osobom z NI, zauważa jednocześnie, że specjaliści pracujący w ten sposób muszą, po pierwsze, uwzględniać specyfikę rozwojową konkretnej osoby z NI oraz czynniki związane z kontekstem rodzinnym i społecznym, oraz, po drugie, być uważni diagnostycznie w przypadkach podwójnej diagnozy, rozróżniać trudności powodowane niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniem psychicznym oraz ich wzajemne oddziaływanie.

W roku 1994 Christine Nezu i Arthur Nezu opublikowali przegląd literatury dotyczący psychoterapii psychodynamicznej, behawioralnej i grupowej z osobami z NI i towarzyszącą psychopatologią w warunkach ambulatoryjnych [46]. Ich wnioski są następujące:

„Pomimo faktu, że osoby z upośledzeniem umysłowym częściej niż osoby pełnosprawne doświadczają pełnego zakresu zaburzeń psychicznych i pilnie potrzebują opieki ambulatoryjnej, literatura dotycząca ich terapii nie odpowiada na zapotrzebowanie [...]. Podejścia behawioralne, zwłaszcza te obejmujące strategie oparte na społecznym uczeniu się i interwencje poznawczo-behawioralne, są wyraźnie prekursorami w dostarczaniu badań o udokumentowanej skuteczności [...]. Interwencje oparte na podejściach psychodynamicznych i psychoterapii grupowej, chociaż oferują teoretycznie uzasadnione przesłanki, cierpią na poważne luki empiryczne dotyczące ich skuteczności. Jest to niefortunne, ponieważ terapie te mogą stanowić skuteczną alternatywę terapeutyczną dla osób z niepełnosprawnością poznawczą i należy je odpowiednio ocenić” [46, s. 38].

Skuteczność psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej w pracy z osobami z NI bada brytyjski terapeuta Nigel Beail od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych. W 1996 roku, wraz z Sharon Warden, Beail zaprezentował wstępne rezultaty zastosowania psychoterapii psychodynamicznej w grupie 10 osób z NI [47]. Psychoterapia psychodynamiczna jest tu zdefiniowana jako korzystająca z pojęć przeniesienia i przeciwprzeniesienia w celu zrozumienia wewnętrznego świata pacjenta oraz posługująca się interpretacją jako najczęstszym rodzajem interwencji. Badano wejściowe natężenia symptomów klinicznych oraz ich zmianę w wyniku psychoterapii za pomocą kwestionariuszy SCL-90R oraz General Severity Index. Zbadano także wpływ psychoterapii na poczucie własnej wartości (*self-esteem*) za pomocą Rosenberg Self-Esteem Scale. Odnotowano znaczącą statystycznie redukcję objawów oraz wzrost poczucia własnej wartości [47].

W innym badaniu Beail przebadał wpływ psychoterapii psychoanalitycznej, prowadzonej z częstotliwością jednej sesji w tygodniu, na problemowe zachowania u 25 mężczyzn [48]. Takimi zachowaniami problemowymi, które zidentyfikowano u poszczególnych pacjentów były: agresja w kierunku ludzi, agresja w kierunku rzeczy, agresja w kierunku rzeczy i kradzieże, brudzenie się, uporczywe wypytywanie. Program ukończyło 20 pacjentów, u których zaobserwowano zanik problemowych zachowań, a poprawa utrzymała się przez 6 miesięcy po terapii [48].

W 1998 roku Hurley, Tomasulo i Pfadt opublikowali artykuł, w którym zaproponowali wiele adaptacji (*adaptations*) standardowej psychoterapii, które należy przeprowadzić w pracy z osobami z NI [49]. Autorzy zaproponowali następujące adaptacje [49, s. 368]:

1. Uproszczenie (*simplification*): redukcja poziomu skomplikowania technik, rozbięcie interwencji na mniejsze fragmenty, krótszy czas trwania sesji.
2. Język (*language*): dostosowanie poziomu językowego, uproszczenie słownictwa, używanie krótkich zdań i prostych słów.
3. Aktywności (*activities*): wzbogacanie typowych technik o elementy aktywności, takich jak rysowanie czy zadania domowe.
4. Poziom rozwojowy (*developmental level*): branie pod uwagę poziomu rozwojowego w doborze technik i prezentacji materiału, używanie gier, ocena poziomu rozwoju społecznego.

5. Metody dyrektywne (*directive methods*): bycie bardziej dyrektywnym niż standardowo, zarysowanie dla pacjenta celów terapii, ocena progresu, dawanie dodatkowych wskazówek wizualnych.
6. Metody elastyczne (*flexible methods*): elastyczność w dostosowywaniu technik.
7. Zaangażowanie opiekunów (*involve care givers*): wykorzystanie rodziny i pracowników opieki do pomocy w zmianie, wyznaczanie rodziny lub pracowników opieki do pomocy w zadaniach domowych.
8. Przeniesienie/przeciwprzeniesienie: stawianie solidnych granic i częste korzystanie z superwizji, ponieważ przywiązanie nawiązuje się szybciej i jest silniejsze, a reakcje terapeuty często przypominają reakcje rodzicielskie.
9. Niepełnosprawność/rehabilitacja: adresowanie bezpośrednio kwestii związanych z niepełnosprawnością i wspieranie pozytywnej samooceny.

Również w 1998 roku Biza Stenferd Kroese wyznaczyła trzy warunki podjęcia psychoterapii poznawczo-behawioralnej z osobami z NI: „(1) klient jest zdolny do udzielania rzetelnych informacji na temat siebie, (2) ocenia się wiedzę klienta i jego rozumienie abstrakcyjnych konceptów, a terapeuta jest przygotowany do przyjęcia roli dydaktyka, jeśli to rozumienie jest niewłaściwe, i (3) samoregulacja jest wzmacniana” [50, s. 320].

XXI wiek

Wciąż publikowane są nowe badania dotyczące skuteczności psychoterapii psychodynamicznej [51–53] i poznawczo-behawioralnej [54–56], a także metaanalizy [57–59] i przeglądy literatury [60, 61]. Pojawiają się również artykuły dotyczące pracy z osobami z NI w innych niż psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne podejściach terapeutycznych, np. w psychoterapii systemowej [62–64]. Większość badań potwierdza skuteczność psychoterapii osób z NI, jednocześnie krytycy zauważają niedostatki metodologiczne i znaczący niedobór randomizowanych badań kontrolowanych.

W 2002 roku Mark Linington w tytule swojego artykułu zadał prowokacyjne pytanie: „Czyje upośledzenie?” („*Whose handicap?*”) [65]. Linington uważa, że psychoterapia, która zamyka się na cierpienie, jest w istocie upośledzona:

„Dla wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną dostęp do psychoterapii jest wzbraniany. Często są widziani jako nienadający się do pomocy, która polega na reprezentacji werbalnej i wglądzie. Ale tutaj to właśnie psychoterapia jest upośledzona. Ponieważ to sama psychoterapia podważa własne zdolności, by zrozumieć i odpowiedzieć na daną podmiotowość. Być może jednak psychoterapia nie musi być postrzegana jako tak ograniczona. I psychoterapia, i psychoterapeuci mogliby być bardziej dostępni” [65, s. 413].

W artykule, pisanym z perspektywy psychoanalizy intersubiektywnej, Linington [65, s. 411] prezentuje swoje rozumienie tego, czym jest psychoterapia osób z NI: „Sądzę, że psychoterapia polega na wspólnym doświadczeniu upośledzenia, doświadczeniu zanegowanego Ja wspólnie z innym. Ludzkie upośledzenia, zakorzenione w nich jako niepewność i trauma związana z najwcześniejszymi relacjami, znajdują bezpieczne miejsce do zaistnienia w relacji terapeutycznej”.

W Wielkiej Brytanii podjęte zostały już kroki, aby zagadnienie psychoterapii osób z NI włączyć w obręb instytucjonalnego zainteresowania podmiotów szkolących psycho-terapeutów. Royal College of Psychiatrists, główna organizacja zrzeszająca psychiatrów i odpowiadająca za ich edukację w Wielkiej Brytanii, opublikowała w 2004 roku raport dotyczący psychoterapii osób z NI, w którym rekomenduje się psychoterapię jako formę pomocy i wyznacza kilka instytucjonalnych kontekstów dla takich usług: sektor wolontariatu, środowiskowy zespół ds. niepełnosprawności intelektualnej, świadczenie w specjalistycznej placówce psycho-terapeutycznej, szpitalniana poradnia psychiatryczna dla osób niepełnosprawnych intelektualnie [66].

W 2009 roku opublikowana została monografia *Intellectual disability, trauma and psychotherapy* pod redakcją Tamsina Cottisa przedstawiająca wiele aspektów psychoterapii osób z NI, w większości osadzonej w nurcie psychoanalitycznym [67].

Podsumowanie

Zdaniem Davida O’Driscolla „historia terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną może być określona, w najlepszym wypadku jako zwyczajne zaniedbanie” [8, s. 22]. Rzeczywiście, w większości prac dotyczących tego zagadnienia pojawia się komentarz na temat ubogiej literatury i ignorancji psycho-terapeutycznego mainstreamu, a niektórzy badacze, zwłaszcza orientacji psychoanalitycznej, starali się wyjaśniać ten fakt nieświadomym uprzedzeniem czy nawet pogardą wobec osób z NI.

Pierwsze prace, w pierwszej połowie XX wieku, dotyczyły wykorzystania psychoanalizy w terapii osób z NI i opierały się na studiach przypadków. Jako pioniera w tej dziedzinie uznaje się Leona Pierce’a Clarka i jego pisma z początku lat trzydziestych, ale już w roku 1928 polski psychiatra Gustaw Bychowski apelował o włączenie pacjentów z NI w obręb oddziaływania psychoterapii. W latach siedemdziesiątych podjęte zostały pierwsze próby wykorzystania technik behawioralnych w terapii osób z NI oraz poprawy metodologii badań skuteczności psychoterapii. W odniesieniu do psychoterapii osób z NI rozwijane były oryginalne psycho-terapeutyczne podejścia, takie jak pre-terapia Prouty’ego czy symboliczna terapia interakcyjna Caton. W latach osiemdziesiątych postęp rozwoju koncepcji psychoterapii osób z NI w nurcie psychoanalitycznym następował dzięki pracy grupy warsztatowej londyńskiej Kliniki Tavistock i pismom Neville’a Symingtona, Valerie Sinason czy Johna Stokesa. Od lat dziewięćdziesiątych Nigel Beail rozwija metodologię badań efektywności psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej z osobami z NI i publikuje wyniki swoich badań. W XXI wieku pojawiają się wciąż nowe doniesienia dotyczące skuteczności psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, ale także systemowej, jak również przeglądy literatury i metaanalizy. Jak się jednak wydaje to wciąż za mało, by zyskać uwagę psycho-terapeutycznego mainstreamu.

Piśmiennictwo

1. International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF. Genewa: World Health Organization; 2001.
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.), 2019. <https://icd.who.int/>
3. Kowalik S. Psychologia rehabilitacji. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
4. Niemiec-Elanany S. Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychiczne. *Niepełnosprawność* 2017; 25: 192–201.
5. Cierpiałkowska L. Psychopatologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2008.
6. Bobińska K, Gałecki P. Rys historyczny, terminologia, definicja, nozologia, kryteria rozpoznawania niepełnosprawności intelektualnej. W: Bobińska K, Pietras T, Gałecki P, red. *Niepełnosprawność intelektualna — etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*. Wrocław: Continuo; 2012, s. 21–40.
7. Aleksandrowicz JW. „Psychoterapia” czy „psychoterapie”? *Psychoter.* 2004; 2(129): 17–30.
8. O’Driscoll D. Psychotherapy and intellectual disability: A historical view. W: Cottis T. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy*. Routledge; 2009.
9. Bychowski G. W sprawie psychoterapii osobników mało inteligentnych. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1928; 5(24): 553–555.
10. Chidester L. Therapeutic results with mentally retarded children. *Am. J. Orthopsychiatry* 1934; 4(4): 464–472.
11. Chidester L, Menninger KA. The application of psychoanalytic methods to the study of mental retardation. *Am. J. Orthopsychiatry* 1936; 6(4): 616–625.
12. Cotzin M. Group psychotherapy with mentally defective problem boys. *Am. J. Ment. Deficiency* 1948; 53: 268–283.
13. Abel TM. Resistances and difficulties in psychotherapy of mental retardates. *J. Clin. Psychol.* 1953; 9(2): 107–109.
14. Albini JL, Dinitz S. Psychotherapy with disturbed and defective children: An evaluation of changes in behavior and attitudes. *Am. J. Mental Deficiency* 1965; 69(4): 560–567.
15. Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res. Develop. Disabilities* 1989; 10(3): 261–275.
16. Sternlicht M. Psychotherapeutic techniques useful with the mentally retarded: A review and critique. *Psychiatr. Q.* 1965; 39: 84–90.
17. Mannoni M. *The backward child and his mother*. Random House; 1972.
18. Lott GM. Psychotherapy of the mentally retarded: Values and cautions. *JAMA* 1966; 196(3): 229–232.
19. Stone S, Coughlan PM. Four process variables in counseling with mentally retarded clients. *Am. J. Mental Deficiency* 1973; 77(4): 408–414.
20. Prouty G. Pre-therapy — A method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychol. Psychother.* 1976; 13: 290–294.
21. Guralnick MJ. Behavior therapy with an acrophobic mentally retarded young adult. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 1973; 4: 263–265.
22. Peck CL. Desensitization for the treatment of fear in the high-level adult retardate. *Behav. Res. Ther.* 1977; 15: 137–148.
23. Silvestri R. Implosive therapy treatment of emotionally disturbed retardates. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1977; 45: 14–22.

24. Stokes J, Sinason V. Secondary mental handicap as a defence. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 46–58.
25. Symington N. The psychotherapy of a subnormal patient. *Brit. J. Med. Psychol.* 1981; 54(2): 187–199.
26. Szymanski LS. Individual psychotherapy with retarded persons. W: Szymanski LS, Tanquay PE, red. *Emotional disorders of mentally retarded persons: Assessment, treatment, and consultation*. Baltimore, MD: University Park Press; 1980, s. 131–148.
27. Szymanski LS, Rosefsky QB. Group psychotherapy with retarded persons. W: Szymanski LS, Tanquay PE, red. *Emotional disorders of mentally retarded persons: Assessment, treatment, and consultation*. Baltimore, MD: University Park Press; 1980, s. 173–194.
28. Matson JL. The treatment of behavioral characteristics of depression in the mentally retarded. *Behav. Ther.* 1982; 13: 209–218.
29. Matson JL. Psychotherapy with persons who are mentally retarded. *Ment. Retardation* 1984; 22: 170–175.
30. Matson JL. A controlled-outcome study of phobias in mentally retarded adults. *Behav. Res. Ther.* 1981; 19: 101–108.
31. Matson JL. Treating obsessive-compulsive behavior in mentally retarded adults. *Behav. Modification* 1982; 6: 551–567.
32. Matson JL. Behavioral treatment of psychosomatic complaints in the mentally retarded. *Am. J. Ment. Deficiency* 1984; 88: 639–646.
33. Godschalx SM. Mark: Psychotherapy with a developmentally disabled adult. *Image: J. Nurs. Scholarsh.* 1983; 5(1): 12–15.
34. Stavrakaki C, Klein J. Psychotherapies with the mentally retarded. *Psychiatric Clinics of North America* 1986; 9: 733–743.
35. Hurley AD, Hurley FJ. Counseling and psychotherapy with mentally retarded clients: I. The initial interview. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews* 1986; 5: 22–26.
36. Sinason V. Secondary mental handicap and its relationship to trauma. *Psychoanal. Psychother.* 1986; 2(2): 131–154.
37. Caton JB. Symbolic interaction therapy: A treatment intervention for mentally retarded adults. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews* 1988; 7: 7–12.
38. Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res. Develop. Disabilities* 1989; 10(3): 261–275.
39. Stark JA, Menolascino FJ, Albarelli MH, Gray VC, red. *Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services*. New York: Springer-Verlag; 1988.
40. Fletcher RJ, Menolascino FJ, red. *Mental retardation and mental illness: Assessment, treatment, and service for the dually diagnosed*. Lexington, MA: Lexington Books; 1989.
41. Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992.
42. Symington N. Countertransference with mentally handicapped clients. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 132–138.
43. Bates R. Psychotherapy with people with learning difficulties. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 81–98.
44. Beazley-Richards J. Transactional analysis as a theory of interpersonal behaviour and as a psychotherapeutic model. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 99–116.
45. Hollins S. Group analytic therapy for people with a mental handicap. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 139–149.

46. Nezu CM, Nezu AM. Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: Research and clinical imperatives. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1994; 62(1): 34–42.
47. Beail N, Warden S. Evaluation of a psychodynamic psychotherapy service for adults with intellectual disabilities: rationale, design and preliminary outcome data. *J. Applied Res. Intel. Disab.* 1996; 9(3): 223–228.
48. Beail N. Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *Brit. J. Med. Psychol.* 1998; 71(1): 1–11.
49. Hurley AD, Tomasulo DJ, Pfadt AG. Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *J. Develop. Physical Disab.* 1998; 10: 365–386.
50. Kroese BS. Cognitive-behavioural therapy for people with learning disabilities. *Behav. Cogn. Psychother.* 1998; 26(4): 315–322.
51. Beail N, Warden S, Morsley K, Newman D. Naturalistic evaluation of the effectiveness of psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual disabilities. *J. Applied Res. Intellect. Disab.* 2005; 18(3): 245–251.
52. Jackson T, Beail N. The practice of individual psychodynamic psychotherapy with people who have intellectual disabilities. *Psychoanal. Psychother.* 2013; 27(2): 108–123.
53. Shepherd C, Beail N. A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: Progress and challenges. *Psychoanal. Psychother* 2017; 31(1): 94–117.
54. Hartley SL, Esbensen AJ, Shalev R, Vincent LB, Mihaila I, Bussanich P. Cognitive behavioral therapy for depressed adults with mild intellectual disability: a pilot study. *J. Applied Res. Intel. Disab.* 2015; 8(2): 72–97.
55. Hronis A, Roberts R, Roberts L, Kneebone I. Fearless Me!©: A feasibility case series of cognitive behavioral therapy for adolescents with intellectual disability. *J. Clin. Psychol.* 2019; 75(6): 919–932.
56. Sturmey P. Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clin. Psychol. Psychother. Int. J. Theory Pract.* 2004; 11(4): 222–232.
57. Prout TH, Browning BK. Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Adv. Ment. Health Intellect. Disab.* 2011; 5(5): 53–59.
58. Vereenoghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Res. Developm. Disab.* 2013; 34(11): 4085–4102.
59. Willner P. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *J. Intel. Disab. Res.* 2005; 49(1): 73–85.
60. McInnis EE. Critical literature review: effectiveness of individual psychodynamic psychotherapy for adults with intellectual disabilities. *Adv. Ment. Health Intellect. Disab.* 2016; 10(4): 233–247.
61. Whitehouse RM, Tudway JA, Look R, Kroese BS. Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *J. Appl. Res. Intelct. Disab.* 2006; 19(1): 55–65.
62. Baum S, Lyngaard H, red. *Intellectual disabilities: a systemic approach.* Routledge; 2018.
63. Haydon-Laurelut M, Nunkoosing K. ‘I want to be listened to’: systemic psychotherapy with a man with intellectual disabilities and his paid supporters. *J. Fam. Ther.* 2010; 32(1): 73–86.
64. Pote H, Mazon T, Clegg J, King S. Vulnerability and protection talk: Systemic therapy process with people with intellectual disability. *J. Intel. Developm. Disab.* 2011; 36(2): 105–117.

65. Linington M. 'Whose handicap?' Psychotherapy with people with learning disabilities. *Brit. J. Psychother.* 2002; 18(3): 409–414.
66. Cottis T. Life support or intensive care? Endings and outcomes in psychotherapy for people with intellectual disabilities. W: Cottis T, red. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy.* Routledge; 2009, s. 189–204.
67. Cottis T, red. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy.* Routledge; 2009.

Adres: kornajjan@gmail.com