

PSIHIJATRIJSKA PROCJENA I DIJAGNOSTIKA DJECE S TEŽOM MENTALNOM RETARDACIJOM

ANTON DOŠEN

primljeno: travanj '97.
odobreno: prosinac '97.

Stručni rad
UDK: 376.4

Usprkos novijih pozitivnih pomaka na području psihijatrijske dijagnostike osoba s mentalnom retardacijom, dijagnostika djece s težom mentalnom retardacijom i dalje je nesigurno područje. Deskriptivni fenomenološki postupci kao DSM IV, ne zadovoljavaju i znanstvenici na ovom području tragaju za novim pristupima. Razvojni psihijatrijski pristup usredotočen je na specifične razvojne aspekte u ove djece u okviru njihovih bio-psiholoških karakteristika. U toku procjene, simptomi poremećaja razmatrani su unutar širokog konteksta cjelokupnog djetetovog života i njegovog razvojnog procesa. Dijagnostičar je usmjeren na otkrivanje uzročnih mehanizama poremećaja kao i bazičnih psiho-socijalnih potreba djeteta.

UVOD

Razvojni pristup u tumačenju pojave mentalne retardacije javlja se krajem 1960-tih godina (Zigler, 1967; 1969). Teoretičari su zastupali stanovište, da iako se djeca s mentalnom retardacijom sporije razvijaju i postižu niži krajnji stupanj razvoja, ona slijede slične, općevažeće zakonitosti razvoja, te na kognitivnim zadacima postižu iste rezultate kao i djeca bez mentalne retardacije iste mentalne dobi.

Kasnije, su znanstvenici utvrdili da se ipak neka razvojna područja, kao npr. motoričko funkcioniranje, kognitivno funkcioniranje, socijalni razvoj itd. razlikuju u osoba ovisno o uzrocima mentalne retardacije, kao što je to slučaj u djece sa Sindromom Down ili Fragilnim X sindromom (McCall, 1981; Miller, 1986; Dykens i sur. 1989). Socijalni aspekt djece s mentalnom retardacijom čini se da je pod većim utjecajem okruženja od kognitivnog aspekta (Bergman i Hodapp, 1991). Ovi nalazi upućuju da se kod djece s mentalnom retardacijom može pojaviti nesklad u različitim aspektima njihovog psihosocijalnog razvoja. Potaknuti pokretom "Normalizacije", 1970-tih godina stručnjaci su sve više pažnje posvećivali pojavi nepoželjnih oblika ponašanja, koji su se često javljali u osoba s mentalnom retardacijom.

Psihijatrijski poremećaji otkrivani su često u pozadini nepoželjnih oblika ponašanja (Menolascino, 1970; Szymanski, 1977).

Usprkos tome, provođenje dijagnoze i klasifikacije ovih poremećaja bilo je otežano postojećim psihijatrijskim dijagnostičkim i klasifikacijskim postupcima (Szymanski i Tanguay, 1980; Sovner, 1986). Postalo je očigledno, da se fenomenološko-deskriptivni pristup korišten u ICD i DSM sustavu ne može primjeniti na svim razinama mentalne retardacije (Bouras i Drummond, 1992; Ballinger i sur. 1991).

Ovi postupci mogli su se primjeniti kod osoba s lakom i djelomično kod osoba s umjerenom mentalnom retardacijom, ali kod težih stupnjeva mentalne retardacije nisu davali zadovoljavajuće rezultate (Szymanski, 1988; Hucker i sur. 1979; Sovner i Hurley, 1986).

RAZVOJNI PSIHIJATRIJSKI PRISTUP

Jedan od pionira na ovom području bio je Menolascino (1970, 1977), tražeći putove novog sagledavanja psihičkih problema ovih osoba. Iskoristio je Piagetov razvojni koncept

Dr. sc. Anton Došen, Katoličko Sveučilište Nijmegen, Nizozemska

kao polazište u objašnjavanju nekih sličnosti između djece s psihozom i one s teškom mentalnom retardacijom. Zaključio je da je pojava kliničkih podgrupa u djece s psihozama bila u funkciji dobi i stupnja razvoje te djece, u trenutku izbijanja psihoze, u podlozi konstitucionalnog nasljeđa i prirodi interpersonalnog okruženja. Nadalje, uz naglašavanje značaja kognitivnog razvoja, autor ističe problem socio-emocionalnog razvoja djece s mentalnom retardacijom. Sukladno njegovom mišljenju, ovi problemi mogu dovesti do širokog raspona psihijatrijskih poremećaja u djetinjstvu kao i u odrasloj dobi.

U dekadama koje su sljedile, razvojni pristup i različite modifikacije tog pristupa u psihijatrijskoj dijagnostici osoba s mentalnom retardacijom primjenjivan je od različitih autora u različitim zemljama.

U Nizozemskoj je tzv. razvojno dinamički pristup (Došen, 1983, 1989, 1990) bio primjenjivan u dijagnosticiranju i tretmanu nepoželjnih oblika ponašanja i psihijatrijskih poremećaja osoba s mentalnom retardacijom. Dodatak "dinamički" koristi se u svrhu naglašavanja dinamike bioloških, psiho-emocionalnih i okolinskih faktora u interakciji s razvojnim procesom. Bio-psihosocijalni elementi smješteni su u kontekst razvojnog okvira osobe s mentalnom retardacijom i unutar tog okvira praktičar pokušava prepoznati osnovne psihosocijalne potrebe, sposobnosti i teškoće osobe. Interakcija sa sredinom i pravi životni problemi osobe u središtu su pažnje ovog pristupa. Sukladno navedenim karakteristikama, ovaj je pristup u stvari razvojni psihijatrijski pristup (vidi također Rutter, 1980) nešto prilagođen potrebama u radu s osobama s mentalnom retardacijom. Oslanjajući se na teorije Piageta (1953), Lurije (1973), Eriksona (1959), Bowlbya (1971) i Mahlera (1975) razvili smo, u dijagnostičke svrhe, shemu normalnog socio-emocionalnog razvoja u toku prve tri godine života (tablica 1). Prateći obrasce ponašanja djece s mentalnom retardacijom isti su sistematično uspoređivani s shematiziranim socio-emocio-

nalnim aspektima normalnog razvoja te je utvrđeno da različiti obrasci ponašanja djece na određenom razvojnom stupnju odgovaraju obrascima djece normalnog razvoja iste kronoške dobi. Postupno je bilo moguće utvrditi da određeni aspekti ponašanja pokazuju tendenciju stabilnosti kroz različita razvojna razdoblja (tablica 2). Uzimajući u obzir, unutar različitih razvojnih faza, ove aspekte pokušala se je razviti check-lista za utvrđivanje emocionalnog razvoja u djece s mentalnom retardacijom.

Na osnovi kliničkih pretraga i primjenom check-liste emocionalnog razvoja, utvrdili smo da je u od prilike 1/3 ispitane djece emocionalni razvoj na nižoj razini od kognitivnog. U ovim slučajevima govorili smo o zaustavljenom emocionalnom razvoju.

U djece sa zaustavljenim emocionalnim razvojem mogli smo razlikovati tri skupine djece: ona kod koje je do zastoja došlo u prvoj fazi, ona kod koje je zastoj zamjećen na područjima druge faze i ona kod koje je zastoj nastao u trećoj fazi.

U slučajevima kada je došlo do zastoja u emocionalnom razvoju u prvoj fazi (0-6 mjeseci), najuočljiviji problemi bili su povezani s neadekvatnom integracijom senzoričkih podražaja, teškoćama prilagođavanja na promjenjene uvjete u okolini i teškoće u uspostavljanju odgovarajuće interakcije s djetetu bliskom osobom. Navedenu teškoću nazvali smo poremećaj kontakta (Došen 1983, 1990). Ova djeca bila su pretežito zaokupljena stvaranjem i primanjem izoliranih podražaja, stavljanjem prstiju u uši, mirisanjem predmeta, izvođenjem stereotipnih pokreta itd. Ponekada je ta aktivnost mogla biti toliko ekstremna da je uzrokovala ozljeđivanje djeteta. Ova djeca reagirala su na kompleksnije ili intenzivnije podražaje nemirom, frustracijom i agresivnim ili autoagresivnim ponašanjem. Pod istim okolnostima druga djeca s poremećajem kontakta reagirala su pasivnošću ili apatijom. Promjena okoline ili promjene u okolini mogle su kod ove djece izazvati strah ili napad bijesa. Osim toga, kod ove djece bio je izražen otpor prema ili

nezainteresiranost za fizički kontakt. Ona nisu bila u stanju da uspostave kontakt očima i nisu bila zainteresirana da uspostave kontakt s bliskim osobama. Ovi obrasci ponašanja utvrđeni su kod djece s teškom mentalnom retardacijom, kao i kod djece viših kognitivnih sposobnosti kod koje su zapažene crte autizma. Slična ponašanja utvrđena su i kod djece koja su bila neprijemljeno poticana u socijalnom razvoju. Navedene karakteristike mogle su se zamjetiti i kod neke djece u psihotičnom stanju.

Najuočljivije osobine koje su ova djeca ispoljavala sažeto su prikazane u tablici 3. U terminima DSM-a moglo bi se govoriti o SIB ili pervazivnom razvojnom poremećaju.

Djeca kod koje je do zastoja u emocionalnom razvoju došlo tokom druge faze (6 - 18 mjeseca), pokazuju niz osobina koje su nas potakle na upotrebu termina atipična psihoza. Kod neke je djece primjećen obrazac koje je opisao Mahler (1968) kao simbiotska psihoza. Ova su djeca tražila fizički kontakt s bliskim osobama i negođovala su pri prekidu tog kontakta. Čak za vrijeme fizičkog kontakta ova su djeca mogla biti agresivna prema bliskoj osobi. Najčešće su bila nemirna, kaotična i destruktivna. Kod druge djece zamjećena je apatičnost uz povremene ispade bijesa (vidi tablicu 4).

Ovakvo ponašanje zapaženo je kod djece s teškom mentalnom retardacijom, djece s pervasivnim razvojnim poremećajima i djece kod koje okolina nije bila u stanju da zadovolji njihove potrebe. U terminima DSM-a, uz određenu prilagodbu, ova su djeca mogla biti svrstana u kategorije reaktivni poremećaj kontakta ili poremećaj tjeskobe odvajanja.

Djeca s zastojem u trećoj fazi (od 18 - 36 mjeseci) neprestano su tražila interakciju s bliskom osobom. Nisu međutim težila za tjelesnim kontaktom već komunikacijom na daljinu. Preferirala su kontaktirati putem sredstava ili vlastite hiperaktivne motorike. Obrasci ponašanja ove djece upućivali su na njihovo neprestano traženje pažnje od bliskih osoba. Negativističko izazovni i destruktivni oblici ponašanja bili su također

uočljivi. Ovo stanje nazvali smo negativnim i destruktivnim ponašanjem pripisujući ga nedovršenom procesu separacije - individuacije (Došen, 1983, 1990). Dijete se bori za vlastitu autonomiju ali istovremeno, u svim svojim aktivnostima treba blisku osobu. U terminima psihodinamičkog pristupa moglo bi se u ovom slučaju govoriti o neinterioriziranoj bazi emocionalne sigurnosti. Osjećaj sigurnosti u ove djece, ovisan je o bliskim osobama, i kao takav ostaje izvanjski. Simptomi poremećaja u ponašanju utvrđeni kod ove djece prikazani su u tablici 5. Ova ponašanja često su uočena kod djece s umjerenom i težom mentalnom retardacijom i kod djece koja nisu na adekvatan način bila poticana u svojoj socijalnoj sredini. Dijagnostički, govorili smo o negativno-destruktivnom ponašanju što bi prema DSM terminologiji odgovaralo izazovno suprotstavljajućem ponašanju. Psihijatrijske dijagnoze koje smo postavili za djecu sa zaustavljenim emocionalnim razvojem sažeto su prikazane u tablici 6. Iz tablice je vidljivo da s porastom stupnja emocionalnog razvoja, dijagnoze postaju diferenciranije.

EMOCIONALNI RAZVOJ I PSIHIJATRIJSKA DIJAGNOSTIKA

Primjena razvojnih faza u našem pristupu zahtjeva objašnjenje. Suvremeni znanstvenici na području razvojne psihologije dovode u pitanje nepromijenjiv slijed razvoja (Bronfenbrenner i sur. 1986). Suprotno tome, razvoj je promatran kao kontinuum u kome više razine sadrže sve aspekte razvoja na nižim razinama (Achenbach, 1990). Usprkos značajnih teoretskih razmimoilaženja, svi se znanstvenici slažu da dijete tokom razvoja prolazi kroz velike razvojne promjene koje nastupaju u određenom razdoblju i na određenoj razvojnoj razini. Svrha modela, socioemocionalnog razvoja kog smo mi primijenili, nije bila prvenstveno usmjerena na razgraničenje faza u određenoj dobi, već na isticanje bitnih kvalitativnih promjene koje nastaju tijekom razvoja, kao i na razmatranje razlika u rastu unutar različitih dimen-

zija razvoja. U praksi međutim, dijagnostičar bi trebao zadržati fleksibilnost u smislu da ne daje prioritet skalama procjene, već kliničkoj slici djeteta. Rezultati dobiveni na skalama mogu poslužiti kao poticaj dijagnostičkom razmišljanju i biti podrška kliničkim nalazima. U ovom kontekstu, isticanje emocionalnog razvoja treba shvatiti samo kao jednu komponentu šireg razvojno-dinamičkog i razvojno psihijatrijskog pristupa.

Zapanjujuće je koliko su malo pažnje do sada znanstvenici posvetili ovoj razvojnoj dimenziji. Isto je tako iznenađujuće da se dijagnostičari ne ustručavaju postaviti dijagnozu emocionalnih poremećaja u osobe s mentalnom retardacijom, dok u pravilu ne razmišljaju o tome kakvo je normalno emocionalno stanje osobe sa sličnim oblikom mentalne retardacije.

Nedostatak znanja o emocionalnom razvoju osoba s mentalnom retardacijom predstavlja problem na kog nailaze ne samo psihijatri. U novije vrijeme i razvojni psiholozi koji djeluju u kontekstu tradicionalnog Piagetovog razvojnog pristupa, također su suočeni s pitanjem kako razumjeti kvalitativne i kvantitativne razlike utvrđene proučavanjem razvoja različitih psihosocijalnih aspekata određenih oblika mentalne retardacije. Postoje izvještaji koji upućuju na to da su različiti obrasci socijalnog razvoja direktno povezani s etiologijom oštećenja kao i uvjetima okruženja (Chichetti i Ganiban, 1990; Dykens i sur., 1992). Također je utvrđen nesrazmjer između različitih razvojnih područja (npr. kognitivnog, socijalnog, adaptivnog itd.) što ukazuje da je upitan Piagetov koncept homogenosti razvojnih područja kroz različite faze (Bregman i Hodapp, 1991).

Unatoč tome, za sada ima vrlo malo istraživanja koja su usmjerena na posljedice različitih procjena određenih razvojnih aspekata za cjelokupnost psihosocijalnog razvoja a posebice za emocionalni razvoj. U kliničkoj praksi često se isticalo da ako se određena funkcija ne pojavi na vrijeme, to može izazvati čitav niz smetnji u kasnijem funkcioniranju djeteta. Na primjer, ako

postoji zastoje u govornom razvoju u određenom vremenskom razdoblju, mogu se pojaviti različiti problemi u psihosocijalnom životu, ali ne u trenutku kada se to očekuje, npr. pojavom govora, već u kasnijem razvoju. Ovi problemi mogu persistirati čak i u slučajevima kad u kasnijoj dobi govorni razvoj postane normalan. U našoj praksi također smo često vidjeli probleme u socijalnoj interakciji kod neke djece koja su prohodala prije nego što su postigla potreban stupanj socioemocionalnog razvoja - npr. stabilni emocionalni odnosi (Došen, 1990). Naše iskustvo pokazuje da ta neujednačenost toka razvoja može utjecati na emocionalni razvoj djeteta. Obzirom da je emocionalni razvoj bio često za stupanj niži od kognitivnog, smatramo da je emocionalni razvoj osjetljiviji na utjecaje različitih unutarnjih i vanjskih faktora, nego što je to kognitivni razvoj.

Uz pitanja koja se odnose na kvantitativne razlike može se postaviti i pitanje u odnosu na kvalitativne razlike u emocionalnom razvoju osoba s različitim oblicima mentalne retardacije kao i komparativne razlike između osoba sa i bez mentalne retardacije. Na primjer, osobe pogođene Fragilnim X sindromom često ispoljavaju socijalni poremećaj sličan autizmu. Neki stručnjaci su međutim utvrdili da ovaj socijalni poremećaj ne predstavlja zapravo socijalnu indiferentnost (kao kod djece s autizmom) već da se prije radi o socijalnoj tjeskobi (Dykens i Leckman, 1990). Za odgovarajuću kliničku dijagnozu, dijagnostičar, po našem mišljenju, mora biti usmjeren k očekivanom emocionalnom razvoju djeteta na određenoj kognitivnoj razini, imajući u vidu ne samo kvantitativne već i kvalitativne karakteristike. Poremećaje u emocionalnom razvoju trebalo bi istražiti prije nego što se traže psihopatološki simptomi. Praktičari su usmjereni na traženje specifičnih simptoma kako bi bili u stanju postaviti dijagnozu koja se u pravilu postavlja za neretardiranu populaciju. Iz gore navedenog, može se jasno razabrati da ispitivanje emocionalnog razvoja smatramo

osnovnom komponentom u utvrđivanju psihijatrijske dijagnoze za osobe s mentalnom retardacijom. Utvrđivanjem razine emocionalnog razvoja uz ostale razvojne dimenzije, dijagnostičar ima mogućnost da razlikuje između onoga što se može očekivati "normalnim" oblikom ponašanja na datom stupnju i oblicima reagiranja koji bi mogli biti odgovor na promijenjene i stresne okolnosti.

INTEGRATIVNA DIJAGNOZA

Kako ujediniti rezultate procjene različitih disciplina u psihijatrijsku dijagnozu, jedno je od vrlo važnih pitanja u praksi. Ugrađivanjem dimenzije emocionalnog razvoja u dijagnostičko razmišljanje, dolazi se u poziciju iz koje je ne samo veća mogućnost razumijevanja problema osobe, već i njegovih potreba. Otkrivanje potreba koje pojedinac ima može biti od velikog značaja za provođenje tretmana (Došen, 1993).

Kako bismo ugradili različite aspekte u dijagnozu, a u cilju boljeg razumijevanja problema i potreba djece, razvili smo integrativnu dijagnozu.

Integrativna dijagnoza sastoji se od sljedećih dijelova:

1. deskriptivna dijagnoza aktualne psihopatologije. Dijagnoza se može izraziti u postojećoj DSM ili ICD terminologiji. U slučaju da terminologija ne odgovara, dijagnostičar se može poslužiti razvojnom psihijatrijskom dijagnozom.
2. Patološki mehanizam dinamike. Patološki mehanizam treba biti opisan na način da se identificira dinamika aktualnog ponašanja i faktori koji doprinose održavanju tog ponašanja. Pristup u tretmanu može u velikoj mjeri biti pod utjecajem poznavanja mehanizama koji izazivaju ponašanje i dinamike njegovog javljanja.
3. Biloški, psihološki i socijalni aspekti. Različiti aspekti koji utječu na cjelokupan poremećaj moraju se razjasniti kako bi se mogao zacrtati odgovarajući tretman, dati prognoza i izraditi plan prevencije.
4. Ciljevi terapije i početna točka. Tretman treba temeljiti na dobrim dijagnostičkim temeljima. Dijagnoza koja ne ukazuje na mogućnosti tretmana nema klinički značaj. Raznolikost dijagnostičkih činjenica sadržanih u integrativnoj dijagnozi stvara preduvjete za kombiniranje različitih pristupa u tretmanu.

Tablica 1. Model socioemocionalnog razvoja

1. 0 - 6 mjeseci: Faza adaptacije
 - integracija senzoričkih podražaja
 - integracija prostornih, vremenskih struktura i ljudi
2. 6 - 18 mjeseci: Faza socijalizacije
 - povezivanje
 - stvaranje osnove sigurnosti
3. 18 - 36 mjeseci: Faza individuacije
 - separacija
 - individuacija
 - jedinstveni razvoj osobnosti

Tablica 2. Čestice emocionalnog razvoja

1. Kako se dijete ophodi s vlastitim tijelom
2. Interakcija s bliskom osobom
3. Interakcija s vršnjacima
4. Baratanje predmetima
5. Diferencijacija emocija
6. Verbalna komunikacija
7. Tjeskoba
8. Permanentnost predmeta
9. Doživljaj sebe
10. Regulacija agresije

Tablica 3. Simptomi nađeni u osoba sa zaustavljenim emocionalnim razvojem na razini 0-6 mjeseci

Simptomi

1. Aktivno ili pasivno odbijanje tjelesnog kontakta
2. Povlačenje
3. Pasivnost
4. Stereotipije
5. Nedostatak interesa za predmete
6. Napadi bijesa kod promjena u okolini
7. Prevelika osjetljivost na senzoričke podražaje
8. Samodestruktivno ponašanje
9. Agresivni ispadi
10. Samopodraživanje
11. Preferiranje malih soba (prostora)

Tablica 4. Simptomi nađeni u osoba sa zaustavljenim emocionalnim razvojem na razini 6-18 mjeseci

1. Samodestruktivno ponašanje
2. Agresivni ispadi
3. Samopodraživanje
4. Preferiranje malih soba (prostora)
5. Razaranje predmeta
6. Tjeskoba od nepoznatih osoba
7. Kompulzivno baratanje predmetima
8. Rituali
9. Nagle promjene raspoloženja

Tablica 5. Simptomi nađeni u osoba sa zaustavljenim emocionalnim razvojem na razini 18-36 mjeseci

1. Rituali
2. Nagle promjene raspoloženja
3. Neprestani pokušaji pridobivanja pažnje
4. Nemir i hiperaktivnost
5. Tvrdoglavost i negativizam
6. Zaostajanje u razvoju govora
7. Nedostatak kontrole fizioloških potreba
8. Nedostatak socijalnog interesa za vršnjake
9. Razdražljivost, sklonost k destruktivnosti i agresivnosti.

Tablica 6. Utvrđene dijagnoze na različitim razinama emocionalnog razvoja

1. Dijagnoze na razini 0 - 6 mjeseci
 - samodestruktivno ponašanje
 - atipična psihotična stanja
 - organski poremećaji raspoloženja
 - pervazivni razvojni poremećaji
 - autistični poremećaji
2. Dijagnoze na razini 6 - 18 mjeseci
 - poremećaj izbjegavanja
 - poremećaj separacijske tjeskobe
 - konduktivni poremećaj - agresivni tip
 - atipično psihotično stanje
 - pervazivni razvojni poremećaj
 - organski poremećaj raspoloženja
3. Dijagnoze na razini 18 - 36 mjeseci
 - poremećaj izazovnog suprotstavljanja
 - antisocijalno ponašanje
 - psihotički poremećaji
4. Dijagnoza na emocionalnoj razini od 36 mjeseci na više.
 - atipični poremećaji raspoloženja
 - psiho-organska stanja
 - konduktivni poremećaji
 - poremećaj pretjerane tjeskobe
5. Dijagnoza na emocionalnoj razini od 36 mjeseci na više.
 - poremećaji tjeskobe
 - psihotični poremećaji
 - poremećaji raspoloženja
 - konduktivni poremećaji
 - antisocijalno ponašanje
 - poremećaji ličnosti
 - funkcionalni poremećaji
 - disocijativni poremećaji
 - drugo.

Prevela: Borka Teodorović

LITERATURA

- Achenbach T.M., (1990): Conceptualization of developmental psychopathology, in: Lewis M., Miller S. (eds.): Handbook of developmental psychopathology, Plenum Press, New York.
- Ballinger B.R.; Ballinger C.B., Reid A., Mc. Queen E. (1991): The psychiatric symptoms, diagnoses and care needs of 100 mentally handicapped patients; *Brit. J. Psychiat.* 158, 251 - 254.
- Bouras N, Drummond C. (1992): Behaviour and psychiatric disorders of people with mental handicap living in the community; *J. of intellect. disability Research*, 36, 349 - 357.
- Bowlby J. (1971): Attachment and loss, Vol. I: Attachment, Hogarth Press, London.
- Bregman J.D., Hodapp R.M. (1991): Current developments in the understanding of mental retardation Part I; *J. Am. Ac. Child Adolesc. Psychiatry* 30, 5, 707 - 719.
- Bronfenbrenner U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cicchetti D., Ganiban J. (1990): The organization and coherence of developmental processes in infants and children with Down syndrome, in: Hodapp R., Burack J., Zigler E. (ed). Issues in the developmental approach to mental retardation, Cambridge Univ. Press, New York.
- Corbett J. (1985): Mental retardation, psychiatric aspects, in: M. Rutter, L. Hersov (red). Child and adolescent psychiatry, Modern approaches. Basil Blackwell, London.
- Došen A. (1989): Diagnostic and Treatment of mental illness in mentally retarded children; a developmental model; *Child Psychiat. and Human Develop.* 20, 1, 73-84.
- Došen A. (1983). Psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen; Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Došen A. (1990): Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen: Een ontwikkelingsdynamische benadering. Boom, Meppel, Amsterdam.
- Došen A. (1984): Experiences with individual relationship therapy within a therapeutic milieu for retarded children with severe emotional disorders. In J.M. Berg (Ed.), Perspective and progress in mental retardation, Volume II. Baltimore; Union Park Press.
- Došen A. (1993): A developmental psychiatric approach for the diagnosis of psychiatric disorders of persons with mental retardation; Dr. Frank Menolascino Memorial Lecture, Boston, International Congress.
- Dykens E., Hodapp R., Walsh K., Nash L. (1992): Adaptive and maladaptive behaviour in Prader-Willi syndrome, *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry* 31, 6, 1131 - 1136.
- Dykens E.M, Leckman J.F. (1990): Developmental issues in fragile X syndrome; in R.M., Hodapp, J.A. Burack, E. Zigler (eds). Issues in the developmental approach to mental retardation, Cambridge Univ. Press, New York.
- Dykens E.M., Ort S., Finucane B., Shapiro L. & Leckman J.F. (1989). The trajectory of cognitive development in males with fragile X syndrome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28, 422 - 426.
- Eaton, L.F., Menolascino, F.J. (1982): Psychiatric disorders in the mentally retarded, types problems and challenges. *American J. of Psychiat.*, 1297 - 1303.
- Erikson, E. (1959): Identity and the life cycle. Internat. Univ. Press, New York.
- Frankish P. (1992): A Psychodynamic approach to emotional difficulties within a social framework. *J. Intellect. Disab. Research*, 36, 559 - 563.
- Frankish P. (1989): Meeting the emotional needs of handicapped people; a psycho-dynamic approach. *Journal of Mental Deficiency Research* 33, 407-14.
- Gaedt Ch., Gärtner D. (1990): Depressive Grundprozesse - Reizenierung der Selbstentwertung. *Neuerkeroder forum* 4. Neuerkerode.
- Greenspan S.J. (1985): Normal child development, in: A. Freedman, H. Kaplan (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. William and Wilkins, Baltimore.
- Hodapp, R.M., Goldfield E.C. (1985): Self and other regulation in the infancy period. *Development Review*, 5, 274 - 288.
- Hodapp, R.M., Mueller, E. (1982): Early social development. In B. Wolman (Ed.). *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hodapp R.M., Burack J.A., Zigler E. (1990): Issues in the developmental approach to mental retardation, Cambridge Univ. Press, Cambridge, New York.
- Hucker S.J., Day K.A., Gerorge S., & Roth, M. (1979) Psychosis in mentally handicapped adults. In: F.E. James & R.P. Snaith (eds.), *Psychiatric illness and mental handicap*. Gaskell Press, London.
- Ineichen, B. (1984): Prevalence of mental illness among mentally handicapped people (discussion paper). *J. of Royal Society of Medicine* 77, 761 - 765.
- Lane, R.D., Schwatz, G.E. (1987): Levels of emotional awareness. A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am. J. Psychiat.* 144, 2, 133 - 143.
- Levitas, A., Gilson, S.F. (1988). Toward the developmental understanding of the impact of mental retardation on the assessment of psychopathology. In: U.S. Department of Health and Human Services, *Assessment of behavior problems in persons with mental retardation living in the community; Report on a Workshop*, September 9.
- Levitas A., and Gilson S. (1990). Towards the developmental understanding of the impact of mental retardation on assessment and psychopathology; in: National Institute for Mental Health. Publ.: Rockville Maryland.
- Lewis, M.G., Michalson, L. (1983): Children's emotions and moods. *Developmental theory and measurement*. Plenum, New York.
- Luria A.R. (1973); *The working brain*. Penguin Press, Londen.

- Mahler, M.S. (1968): On human symbiosis and the vicisstudies of individuation. Int. Univ. Press, New York.
- Mahler, M.S., Pine, F. Bergman, A. (1975). The psychological birth of the human infant. New York: Basic Books.
- McCall, R.B. (1981): Nature-nurture and the two realms of development: A proposed integration with respect to mental development. *Child Development*, 52, 1 - 12.
- Menolascino F.J. (1990): The nature and types of mental illness in the mentally retarded, in: Lewis M., Miller S. (eds.). *Handbook of developmental psychopathology*, Plenum Press, New York.
- Menolascino, F.J. (1970): *Psychiatric approach to the mental retardation*. Basic Books, New York.
- Menolascino, F.J. (1977): *Challenges in mental retardation; Progressive ideologies and services*. Human Sciences Press, New York.
- Miller, J. (1986). Early cross- cultural commonalities in social explanation. *Developmental Psychology*, 22, 514 - 520.
- Piaget J. (1953): *The child's construction of reality*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Rutter M. (1980): *Developmental psychiatry*, Scientific foundation, W. Heinemann, London.
- Sameroff, A., Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaker casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S., Scarr-Salapatech, & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research*, Vol. 4. Chicago: University of Chicago Press.
- Sovner, R. (1986). Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharm Bull*, 22, 1055 - 1060.
- Sovner, R., Hurley, A. (1986): Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. *Psychiat. Asp. Ment. Retard. Rev.* 5, 9.
- Sparrow, S., Balla, D., & Cichetti, D. (1984). *Vineland Scales of Adaptive Behavior, Survey Form Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Sroufe, A.L. (1979): Socioemotional development, in: J.D. Osofsky (red.), *Handbook of infant development*. Wiley, New York.
- Szymanski, L.S. Tanguay, P.E. (1980): *Emotional disorders of mentally retarded persons*. Univ. Park Press, Baltimore.
- Szymanski, L.S. (1980). Individual psychotherapy with retarded persons. In Szymanski L.S. & Tanguay P.E. (Eds.), *Emotional disorders of mentally retarded persons*. Baltimore: University Park Press.
- Szymanski L.S. (1988): Integrative approach to diagnosis of mental disorders in retarded persons; in: Stark J., Menolascino F., Albarelli N., Gray V. (ed.). *Mental Retardation and mental health*; Springer-Verlag, New York.
- Tanguay P.E. (1984): Toward a new classification of serious psychopathology in children, *J. Am. Ac. Child Psychiatr.* 23, 373 - 384.
- Vietze P.M. (1985): Emotional development in retarded children; in: Slgman M. (ed): *Children with emotional disorders and developmental disabilities*; Grune and Stratton New York.
- Werner H. (1957). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In D. Harris (Ed.). *The concept of development*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Zigler E., (1967). Familial mental retardation: A continuing dilemma. *Science*, 155, 292 - 298.
- Zigler E. (1969). Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation. *American Journal of Mental Deficiency* 73, 536 - 556.
- Zigler E. (1971). The retarded child as a whole person. In H.E. Adams & W.K. Boardman (Eds.). *Advances in experimental clinical psychology*. New York: Pergamon.