



ARTICOLO TRADOTTO DAL WCPRR

## CULTURA, SPIRITUALITÀ E PSICOPATOLOGIA

### **Riflessioni personali a partire dalla pratica clinica sulla disabilità intellettuale in psichiatria**

Jean O'Hara<sup>1</sup>

ISSN: 2283-8961

#### **Abstract**

L'approccio alla vita e ai bisogni spirituali nelle persone con disabilità intellettuale è comunemente ritenuto non necessario, superfluo o comunque di difficile applicazione pratica. L'autore esprime il proprio punto di vista contraddicendo questa posizione e sottolineando come la pratica clinica con persone affette da disabilità intellettuale suggerisca una nuova e più ampia visione del significato della spiritualità nella vita umana.

*Approaching spiritual life or spiritual needs in people with intellectual disabilities has been usually deemed unnecessary, superfluous or inapplicable. The author expresses her point of view contradicting this position and highlighting how clinical practice with people with intellectual disability suggests a new and broader vision of the meaning of spirituality in human life.*

**Keywords:** Spiritualità, disabilità intellettuale, religiosità, benessere, normalizzazione.

---

<sup>1</sup> Jean O'Hara, Clinical Director & Consultant Psychiatrist, Behavioural & Developmental Psychiatry CAG. King's Health Partners. South London & Maudsley NHS Foundation Trust. MHL-D-Clinical Treatment Centre, Maudsley Hospital, Denmark Hill, London SE5 8AZ

Che cosa si intende per spiritualità? Narayanasamy (2006) la considera come “l'essenza del nostro essere” che da “senso e scopo” alla nostra esistenza. È quell'aspetto dell'esistenza dell'uomo che gli dona la sua “umanità” (Swinton, 1999) e diviene ancora più importante negli snodi critici delle nostre vite quando ci confrontiamo con angosce, stress emotivi, malattie fisiche, perdite, lutti o quando ci confrontiamo con la morte (RCPsych, 2013). Spiritualità significa convalida; mostra come tutte le vite umane abbiano uno scopo e come si influenzino positivamente le une con le altre. Ogni vita umana conta – non ci sono eccezioni e non esiste gerarchia (Raji, 2009). Salute, benessere e spiritualità sono interconnesse nella maggior parte delle persone.

Quale significato danno le persone con disabilità intellettuale (precedentemente definita come ritardo mentale o disabilità dell'apprendimento) alla spiritualità? Che ruolo ha svolto la spiritualità per loro quando sono stati compiuti sforzi considerevoli da parte della società e più in generale della storia per eradicare la loro esistenza?

“Ho lavorato con una donna con disabilità intellettuale moderata, sindrome di down e disturbo del comportamento alimentare. Erano presenti dinamiche familiari profondamente complesse ed è stato necessario un ricovero in ospedale *in regime di trattamento sanitario obbligatorio*. Ho lavorato con lei quando era degente e successivamente l'ho seguita ambulatorialmente e accompagnata durante molti cambiamenti di vita. Il mio ricordo più commovente fu quando un giorno venne nel mio ambulatorio indossando una t-shirt con scritto “abbracciami”. Mi parlò del suo dolore nell'apprendere che ci fossero test prenatali disponibili per prevenire la sua nascita, e che di routine venissero effettuati test di screening volti a offrire l'interruzione di gravidanza. La sua miglior risposta clinica è stata ottenuta grazie alla musico-terapia psicanaliticamente orientata” (Heal & O'Hara, 1993).

Lo scandalo recente del Winterbourne View Hospital in Inghilterra (Department of Health, 2012), nel quale sono emersi abusi sistematici nei confronti di persone con disabilità intellettuale e autismo in un ospedale privato (il cui scopo sarebbe stato quello di offrire servizi specialistici) ha portato a un processo penale e le persone coinvolte sono state trovate colpevoli di crimini odiosi. D'altra parte spaventose condotte di abuso e *neglect* non sono casi isolati.

In alcune culture le persone con disabilità sono ritenute di “minor valore”, considerate “indesiderate” o addirittura temute e in ogni cultura questo tipo di atteggiamento si declina in modo differente. Sulla scorta di questo substrato culturale, sociale e religioso, le vite delle persone con disabilità intellettuale sono spesso costellate di esperienze traumatiche, di abuso, rifiuto e stigma.

Tra le varie minoranze presenti nelle società, le persone con disabilità intellettuale hanno probabilmente una delle storie di *neglect* e maltrattamento più gravi (Sperlinger, 1997; O'Hara & Bouras, 2007). Le reazioni delle società occidentali nei loro confronti sono spesso state brutali. Persone con disabilità intellettuale sono state uccise, obbligate a essere intrattenimento per gli ospiti (una pratica romana successivamente divenuta comune nelle corti regali europee), sfruttate come fenomeni da baraccone in spettacoli, minacciate di eliminazione e la loro salute è stata messa a rischio a beneficio di altri (come nei primi esperimenti per il vaccino del morbillo). Nel diciannovesimo secolo è prevalsa una visione più compassionevole, mitigata dalla pietà, dall'orrore e dal disprezzo, che ha portato al tentativo occidentale di fornire trattamenti adeguati ed educazioni istituzionali per queste persone.

“Gli oligofrenici sono parassiti, appartengono a un classe predatoria, mai capace di autosostenersi e di provvedere alle proprie necessità (...). Abbiamo solo cominciato a cogliere l'importanza dell'oligofrenia come un fattore causante pauperismo, crimini ed altri problemi della società (...); ogni persona oligofrenica, specialmente in caso di ritardo mentale grave, è un potenziale criminale che necessita solo del giusto ambiente e della giusta opportunità per sviluppare ed esprimere le proprie tendenze criminali. Se misconosciuto, questo individuo è uno degli elementi più pericolosi della nostra comunità.” (Sarason & Doris, 1969).

In letteratura sono presenti pochi studi su cosa le società non occidentali del passato pensassero della disabilità intellettuale. Mentre in alcune culture era comune che si infliggesse crudeltà alle persone con disabilità, altre, incluse molte dell'Asia centrale, India e del Medio Oriente offrivano a queste persone ruoli protetti e privilegiati. In alcune culture sono state date spiegazioni spirituali alla disabilità, che comprendevano ad esempio una sorta di vicinanza ad entità superiori, mentre in altre si è tentato di trovare spiegazioni più terrene.

Crede che ci sia una relazione tra disabilità e peccato, e tra una buona fede e le guarigioni miracolose, ha profonde conseguenze psicologiche (Treloar, 2002). Una larga parte della cultura cinese è tutt'ora profondamente legata agli insegnamenti del buddismo. Questa religione vede l'handicap o la deformità come frutto del Karma o del fato. Quindi, vi è una grande passività e una visione fatalistica di tali disturbi rispetto alla società occidentale. Questo ha anche implicazioni sul–desiderio e la motivazione dei pazienti di cercare un trattamento, così come sulla soddisfazione per i trattamenti ricevuti. Tale concezione porta con sé la preoccupazione per la possibilità di squilibrare le dimensioni spirituali della propria vita dopo aver ricevuto un trattamento per le proprie deformità, dal momento che questa è percepita come una volontà del fato (Loh & Ascoli, 2011).

Ricerche condotte in Pakistan hanno rilevato come la presenza di un preciso substrato culturale circa l'inquadramento della disabilità intellettuale, contribuisca a ritardi nella ricerca di un contatto con i servizi di salute mentale (Tareen et al., 2008; Mirza et al., 2009). Questi studi forniscono una chiara visione dei comportamenti di richiesta di aiuto e accesso ai servizi nei paesi in via di sviluppo, rivelando evidenti differenze nella disponibilità e approvvigionamento ai servizi che mostrano suggestive differenze con i paesi occidentali. Durà-Vilà e Hodes (2011) postulano che l'accesso ai servizi di salute mentale possa essere influenzato dalla rete di sostegno e dalla composizione familiare; dalle credenze e dalla comprensione della disabilità intellettuale nelle varie culture (O'Hara & Bouras, 2007); dallo stigma, specialmente se associato ai problemi inerenti alla salute mentale e dal credere in una reversibilità della disabilità intellettuale; quest'ultimo punto in particolare è però in contrasto con la visione proposta dai servizi sanitari. E in effetti la nozione di "curabilità" è un errore di giudizio non infrequente nelle comunità asiatiche (O'Hara, 2010). Nelle culture dove le famiglie investono pesantemente nella ricerca di una "cura", non solo emozionalmente e psicologicamente ma anche finanziariamente, spesso vengono spesi i risparmi di una vita nella speranza di trovare una cura per i membri della propria famiglia affetti da disabilità intellettuale. Queste famiglie sono particolarmente vulnerabili a uno sfruttamento economico da parte di ciarlatani senza scrupoli (RCPsych, 2011).

Molti sistemi medici non occidentali non differenziano gli stati mentali da quelli fisici, e gli elementi spirituali e soprannaturali sono intrecciati (O'Hara, 2010). Nelle popolazioni indigene dell'Africa sub-sahariana, vi è una tendenza a credere in spiegazioni metafisiche e spirituali della disabilità e il ruolo dei guaritori tradizionali e spirituali è formalmente riconosciuto (Mpofu & Harley, 2002). Da un punto di vista culturale la comunicazione è fondamentale. Lo stigma della disabilità può stimolare un attaccamento ancora più forte alle proprie credenze, oppure esitare, all'opposto, in una completa perdita della fede (RCPsych, 2011). Hatton e colleghi (2004) hanno riscontrato come le interpretazioni dei testi sacri sulla disabilità siano spesso in contrasto tra loro.

Persone con disabilità intellettuale sono a maggiore rischio di problemi di salute mentale e fisica. Hanno una maggiore prevalenza di disturbi mentali, epilessia, deficit sensoriali, motori e neurologici, difficoltà di comunicazione e potrebbero avere sindromi correlate con disabilità intellettiva che presentano franche manifestazioni fisiche. In molte società l'aspetto fisico ha una grande importanza (Loh & Ascoli, 2011). Ricerche hanno mostrato come persone fisicamente attraenti sono spesso percepite come più intelligenti e facilmente accettate dagli altri. Si ritiene che abbiamo migliori attitudini sociali e questo porta a una risposta migliore da parte degli altri rispetto alle loro controparti meno attraenti (Hunt et al., 2005). Swinton (1997) sostiene che la spiritualità non dipenda dal funzionamento intellettuale e che il grado di spiritualità non è legato all'eloquenza o a come la spiritualità stessa è espressa. L'autore scrive che fede e spiritualità non sono concetti cognitivi, ma piuttosto realtà relazionali e che la vita spirituale di una persona non debba essere valutata in base a criteri cognitivi. Le tradizioni di fede sostengono che lo spirito si estenda oltre il fisico e che la consapevolezza spirituale trascenda la realtà *finita* di questo mondo. Negare che persone con disabilità intellettuale siano spirituali equivale a svalutare la loro dignità umana, dal momento che ogni essere umano ha il bisogno di trovare un senso alla propria vita, uno scopo e un'appartenenza. Maggiore è la disabilità intellettuale, meno la persona può essere ostacolata da considerazioni sul *qui ed ora*. Sulmasy (1997) ha riportato che le guide religiose raccontano come la spiritualità sia profondamente sentita da persone con disabilità intellettuale che sono libere dalle preoccupazioni quotidiane, potendo in questo modo “sentire nella sua forma (pura) la bellezza dello spirito”.

Nell'ultimo quarto di ventesimo secolo, il concetto di normalizzazione (Wolfensberger, 1972) ha portato le persone con disabilità intellettuale ad inserirsi maggiormente nella società, con l'obiettivo di raggiungere un coinvolgimento sociale e avere l'opportunità di creare legami ricchi di significato con il resto della comunità. In ogni caso, la realtà è che per alcune persone l'esclusione continua ad essere una dimensione importante della loro vita. Anche se una persona non deve essere religiosa per essere spirituale, le religioni *organizzate* rimangono la via più comune per comprendere ed esprimere la spiritualità. La religione risponde ai bisogni spirituali fornendo rituali condivisi, narrazioni, simboli e orientamenti attraverso le scritture, le preghiere e il supporto sociale fornendo un senso di appartenenza. All'interno di alcune culture le persone con disabilità intellettuale non vengono incluse nei momenti di ritrovo sociale, cerimonie e celebrazioni (Raji & Hollins, 200; Oswin 1991). Ad alcuni non è mai stata data la possibilità di scegliere di frequentare i luoghi di culto o di cercare un supporto spirituale dal momento che possono non avere le capacità o la consapevolezza di chiedere aiuto. Per altri che non sono in grado di parlare, la sfida di rendere manifesti i propri desideri è ancora più difficoltosa.

Ricordo un ragazzo con una disabilità intellettuale moderata dovuta a un danno ipossico durante la nascita. Aveva una disabilità fisica associata e aveva sviluppato un'epilessia e successivamente schizofrenia. Mi aveva spesso espresso il desiderio che la madre lo avesse lasciato morire appena nato. Viveva lontano dalla sua famiglia, ma con l'aiuto della nostra equipe era stato in grado di ristabilire i rapporti con la madre, anche se era stato allontanato dalla sua famiglia acquisita. Il tentativo di venire a capo delle difficoltà nella sua vita lo aveva portato ad un abuso di sostanze, in particolare alcol. Aveva fatto numerosi accessi in reparti psichiatrici, sia in regime volontario che coatto. Quando sua madre era in fase terminale di malattia il suo patrigno non gli permetteva di andarla a visitare. Il paziente mi chiamò in uno stato di sconforto profondo. Fui in grado di intervenire e fortunatamente non solo riuscì a trascorrere del tempo con sua madre durante i suoi ultimi giorni di vita in ospedale, ma fu invitato dalla famiglia al suo funerale. Ho lavorato con questo ragazzo per dodici anni vedendolo almeno una volta al mese e probabilmente ero tra le persone di riferimento più importanti della sua vita adulta. Quando infine lasciai il servizio le sue ultime parole per me furono "non posso più venire a trovarti. Non saprò come trovare la mia strada".

Henri Nouwen (1989) descrive l'esperienza fatta nella comunità *L'Arche* di supportare un ragazzo con disabilità intellettuale severa il cui padre era morto da poco: "Si richiedono una cura e attenzione speciale per offrire consolazione e supporto a persone che hanno così tanta difficoltà nell'esprimersi". Le persone con disabilità intellettuale sono più facilmente soggette ai cambiamenti e alle perdite rispetto alle persone senza disabilità. Sono più facilmente esposte all'esperienza di una morte di un amico in giovane età, o di sperimentare separazioni dal momento che possono essere spostati da un luogo ad un altro, o ancora essere istituzionalizzati sin da piccoli. Sembra quindi fondamentale che sia dato loro supporto per trovare un modo di affrontare la perdita. In una società occidentale relativamente secolarizzata come la nostra, molti professionisti dell'ambito sanitario possono avere poca esperienza nelle comunità di fede e posso sentirsi inadeguati a offrire aiuto in tal senso (Raji, 2009).

La spiritualità non è più vista come un concetto religioso (Swinton 2003), ma ha assunto il significato più ampio di un bisogno umano che può essere ricercato al di là delle religioni istituzionali, anche se spesso rimane embricato nelle religioni stesse. Nelle culture moderne, il concetto di spiritualità si è ampliato, divenendo quello che potrebbe essere definito come "spiritualità secolare"; con tale termine ci si riferisce a quegli aspetti di una persona che collegano la dimensione più profonda e personale di un individuo con l'universo e che permettono una comprensione della interrelazione tra l'uomo e la natura e tra gli uomini fra loro. Il concetto di spiritualità secolare include il saper apprezzare la bellezza, la musica e le arti creative e genera un senso di armonia. Per molte persone, apprezzare l'arte e le bellezze del mondo, permette loro di entrare in contatto con aspetti importanti della propria vita. In tal senso, specialmente per quelle persone che non sono in grado di parlare e quelle con disabilità molto gravi, la musica può essere una via di accesso a esperienze spirituali.

Non è solo una questione di ciò che diciamo, ma anche cosa facciamo e come ci poniamo nel farlo. Molte persone con disabilità intellettuale si vedono come "una delusione per i propri genitori, un peso per le proprie famiglie, un fastidio per i propri amici. Per loro, credere che qualcuno veramente provi interesse e amore nei loro confronti è difficile. Il loro cuore discrimina con estrema sensibilità un interesse vero da uno falso... quindi spesso ci rivelano le nostre stesse ipocrisie" (Nouwen, 1989). Sinason (1992) scrive, in maniera molto eloquente, di storie personali e racconti di

persone con disabilità intellettuale che hanno sofferto dei più spaventosi abusi. Le ricerche mostrano come la prevalenza di abusi e la tutela degli adulti siano temi particolarmente importanti in questa popolazione. L'abuso è spesso perpetrato da parte di quelle persone coinvolte in una relazione di fiducia e si può protrarre per lungo tempo, dal momento che questi individui hanno una particolare vulnerabilità e necessità personali, ridotte abilità di comunicare e una maggior difficoltà ad essere creduti.

I bisogni spirituali esistono sia che noi ne teniamo conto o meno. Come si possono inquadrare e come si può venire incontro ai bisogni spirituali delle persone con disabilità intellettuale? Non esiste un "linguaggio standard" della spiritualità che possa essere inserito in un programma di cura. È piuttosto necessario comprendere il mondo interiore di una persona e ciò richiede una presa in carico sensibile e un programma di cura centrato sull'individuo. Tale programma di cura deve comprendere una relazione adeguata (Fontaine, 2003), che corrisponda all'individuo nella sua interezza per consentirgli di raggiungere una vita dignitosa e ricca di significato, convivendo con le loro malattie mentali o disabilità intellettuali. Alridge e Ferguson (2007) suggeriscono che il *sé spirituale* sia il cuore dell'individuo e comprenda il modo in cui ci si vede, cosa si pensa e si provi circa se stessi. Gli autori suggeriscono che il *sé spirituale* includa un *sé* religioso, culturale ed etnico; è il luogo del controllo, della stima di sé e della propria autodeterminazione. Persone con disabilità intellettuale, quando viene chiesto loro cosa sia importante e dia senso alle loro vite hanno parlato di: solitudine e amicizia, perdere le persone amate, quando le persone amate muoiono, le ricorrenze, trovare luoghi tranquilli, credere in dio, le comunità di fede, i programmi di integrazione, mettere a frutto i talenti e le abilità delle persone (Morgan, 2004; Swinton & Powrie, 2004). Venire incontro ai bisogni spirituali non dovrebbe essere una mera procedura ma piuttosto un'operazione personale (Narayanasamy et al., 2002). Un approccio di ricerca qualitativo sulla natura olistica e multi-prospettica della natura della spiritualità ha portato allo sviluppo di due modelli di cura per la pratica e la formazione dei professionisti sanitari. Il modello ASSET offre una cornice per l'educazione e pratica dell'assistenza spirituale, mentre il modello ACCESS offre una cornice per la pratica dell'assistenza transculturale; entrambi sono stati promossi per sviluppare interventi di assistenza spirituale e per sottolineare come gli individui usino

strategie spirituali come la preghiera e altre risorse per fronteggiare le problematiche connesse alle loro patologie e disabilità croniche (Narayanasamy, 2006).

Jean Vanier, il fondatore delle comunità di cura basate sulla fede *L'Arche*, operative in tutto il mondo e dedicate a persone con disabilità intellettuali, ci fornisce alcuni fondamentali messaggi su come dovremmo trattare le persone indipendentemente dalle loro abilità cognitive e funzionali; tra questi troviamo: il rispetto per ogni essere umano; creare uno spazio che permetta alle persone di crescere e maturare; rimanere sempre centrati sul dialogo; adeguarsi alle reciproche aspettative; trarre giovamento dalle differenze delle persone; dirigere la propria attenzione sulle persone che soffrono maggiormente.

## BIBLIOGRAFIA

Aldridge J & Ferguson D. The ecology of mental health framework. In: Jukes M & Aldridge J. *Person-centered practices: A holistic and integrated approach*. London, Quay Books, 2007

Cheng LR. Asian-American cultural perspectives on birth defects: Focus on cleft palate. *The Cleft Palate Journal*, 27: 294-300, 1990

Cooper V. Support and services for individuals with intellectual disabilities whose behaviours is described as challenging, and the impact of recent inquiries. *Advances in Mental Health and Intellectual Disability*, 6: 229-235, 2012

Department of Health. Transforming care: A national response to Winterbourne View Hospital. Final report. Mental Health, Disability and Equality, Department of Health, London, 2012 Available on the Internet at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213215/final-report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213215/final-report.pdf)

Durà-Vilà G & Hodes M. Mental health service utilisation amongst children and young people with intellectual disability in low income countries: systematic review. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 6: 119-126, 2011

Fontaine KL. *Health nursing* (5<sup>th</sup> Edition). London, Prentice Hall, 2003

Hatton C, Turner S, Shah R, Rahim N, Stansfield J. Religious expression, a fundamental human right: The report of an action research project on meeting the religious needs of people with learning disabilities. London, Foundation for People with Learning Disabilities, 2004 Available on the Internet at:

[http://www.abdn.ac.uk/sdhp/documents/religious\\_expression.pdf](http://www.abdn.ac.uk/sdhp/documents/religious_expression.pdf)

Heal M & O'Hara J. The Music Therapy of an anorectic mentally handicapped adult. *British Journal of Medical Psychology*, 66: 33-41, 1993

Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. *European Journal of Orthodontics*, 27: 274-285, 2005

Loh J & Ascoli M. Cross-cultural attitudes and perceptions towards cleft lip and palate deformities. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 6: 127-134, 2011

Mirza I, Tareen A, Davidson LL, Rahman A. Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53: 559-570, 2009

Morgan H (Ed). *No box to tick: A booklet for careers of people with learning disabilities*. London, Foundation for People with Learning Disabilities, 2004

Mpofu E & Harley D. Disability and rehabilitation in Zimbabwe: Lessons and implications for rehabilitation practice in the US. *Journal of Rehabilitation*, 68: 26-40, 2002

Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and cultural on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 840-851, 2006

Narayanasamy A, Gates B, Swinton J. Spirituality and learning disabilities: A qualitative study. *British Journal of Nursing*, 11: 948-957, 2002

Nouwen HJM. *The road to daybreak: A spiritual journey*. London, DLT, 1989

O'Hara J. Intellectual disability and ethnicity: Achieving cultural competence. In: Bhattacharya R, Cross S, Bhugra D (Ed). *Clinical topics in cultural psychiatry*. UK, Royal College of Psychiatrists Publications, 2010

O'Hara J & Bouras N. Intellectual disabilities across cultures. In: Bhugra D & Bhui K (Ed). *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007

Oswin M. *Am I allowed to cry? Study of bereavement amongst people who have learning difficulties*. Souvenir Press, London, 1991

Raji O. Intellectual disability. In: Cook C, Powell A, Sims A (Ed). *Spirituality and psychiatry*. UK, Royal College of Psychiatrists Publications, 2009

Raji O & Hollins S. Exclusion from funeral rituals and mourning: Implications for social and individual identity. In: Hubert J. *Madness, Disability and Social Exclusion: the archaeology and anthropology of 'difference'*. London, Routledge, 2000

RCPsych. Minority ethnic communities and specialist learning disability services. Faulty report FR/LD/2. Faculty of the Psychiatry of Learning Disability of the Royal College of Psychiatrists, London, 2011

RCPsych. Spirituality and mental health. Royal College of Psychiatrists, London, 2013  
Available on the Internet at:

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/spirituality.aspx>. Accessed 12th February 2013

Sarason SB & Doris J. Psychological problems in mental deficiency, (4th Edition). New York, Harper & Row, 1969

Sinason M. Mental handicap and the human condition: New approaches from the Tavistock. London, Free Association Books, 1992

Sperlinger A. Introduction. In: O'Hara J & Sperlinger A. Adults with learning disabilities: A practical approach for health professionals. John Wiley & Sons, 1997

Sulmasy DP. The healer's calling: A spirituality for physicians and other healthcare professionals. Mahwah, Paulist Press, 1997

Swinton J. Restoring the image: Spirituality, faith and cognitive disability. *Journal of Religion and Health*, 36: 21-28, 1997

Swinton J. Reclaiming the soul: A spiritual perspective on forensic nursing. In: Kettles A & Robinson D (Ed). *Forensic nursing and multidisciplinary care of the mentally disordered offender*. London, Jessica Kingsley, 1999

Swinton J. Spirituality and mental health care. Rediscovering a 'forgotten' dimension. London, JKP, 2003

Swinton J & Powrie E. Why are we here? Meeting the spiritual needs of people with learning disabilities. London, Foundation for People with Learning Disabilities, 2004

Tareen A, Mirza I, Mujtaba M, Chaudhry HR, Jenkins R. Primary care treatment for child and adolescent neuropsychiatric conditions in remote rural Punjab, Pakistan. A cross sectional survey. *Child: Care, Health and Development*, 34: 801-805, 2008

Treloar LL. Disability, spiritual beliefs and the church: The experience of adults with disabilities and family members. *Journal of Advanced Nursing*, 40: 594-603, 2002

Wolfensberger W. The principle of normalization in human services. National Institute on Mental Retardation. Toronto, Canada, 1972