Colloquium 2(62)/2026
ISSN 2081-3813, e-ISSN 2658-0365
CC BY-NC-ND.4.0
DOI: http://doi.org/10.34813/23coll2026

SPECYFIKA PRACY Z UCZNIEM Z NIEPEŁNOPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ I ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI – STUDIA PRZYPADKÓW

Specificity of working with a student with intellectual disabilities and mental disorders – case studies

Piotr Majewicz
Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
e-mail: piotr.majewicz@uken.krakow.pl
ORCID 0000-0002-7683-2466

Jacek Sikorski
Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
e-mail: jacek.sikorski@uken.krakow.pl
ORCID 0000-0003-4117-3947

Streszczenie

W ostatnich latach notowany jest znaczący wzrost zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Praca z tymi uczniami wymaga odpowiedniego przygotowania i organizacji wsparcia psychologiczno-pedagogicznego na terenie szkoły. Szczególnej uwagi wymagają uczniowie z podwójną diagnozą, tj. z zaburzeniami psychicznymi i z niepełnosprawnością intelektualną, którzy stanowią aż 39% dzieci i młodzieży ze wspomnianym rodzajem niepełnosprawności. Celem podjętych badań było przedstawienie specyfiki wsparcia psychologiczno-pedagogicznego udzielanego na terenie szkoły uczniom z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi, na tle pomocy świadczonej uczniom pełnosprawnym z problemami zdrowia psychicznego. Do zebrania materiału empirycznego wykorzystano strategię studium przypadku, przy czym posłużono się zbiorowym (wielokrotnym) studium przypadku, w celu lepszego zrozumienia badanego zjawiska. W badaniach wykorzystano dwa kwestionariusze wywiadu: pierwszy z nich adresowany był do lekarza psychiatry, a drugi dotyczył organizacji, pomocy oraz wsparcia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na terenie szkoły. W oparciu o dokonane analizy można stwierdzić, że w ramach organizowanej na terenie szkoły pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów z zaburzeniami psychicznymi proponowane są dodatkowe formy zajęć, np. rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, zajęcia logopedyczne, rewalidacja indywidualna. Poza tym nauczyciele stosują szereg strategii wspierających ucznia podczas zajęć lekcyjnych. Niezwykle istotnym elementem udzielanej pomocy, wręcz o zasadniczym znaczeniu, jest systematyczna i ścisła współpraca ze środowiskiem domowym.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna, uczniowie, pomoc psychologiczno-pedagogiczna.

Abstract

In recent years, a significant increase in mental disorders in school-aged children and adolescents has been noted. Working with these students requires adequate preparation and organization of psychological and pedagogical support on school premises. Special attention is required for students with a dual diagnosis, i.e. with mental disorders and intellectual disabilities, who account for as much as 39% of children and adolescents with the aforementioned disabilities. The purpose of the research undertaken was to present the specifics of psychological and pedagogical support provided on school premises to students with intellectual disabilities and mental disorders, against the background of assistance provided to non-disabled students with mental health problems. A case study strategy was used to gather empirical material, with the use of a collective (multiple) case study, in order to better understand the phenomenon under study. Two interview questionnaires were used in the study. The first was addressed to a psychiatrist, and the second concerned the organization, assistance, and support for children and adolescents with mental disorders on school grounds. Based on the analysis, it can be concluded that as part of the psychological and pedagogical assistance organized at the school for students with mental disorders, additional forms of classes are offered, for example, developing emotional and social competencies, speech therapy classes, individual revalidation. In addition, teachers use a number of strategies to support the student during classroom activities. An extremely important element of the assistance provided, even essential, is systematic and close cooperation with the home environment.

Keywords: mental disorders, intellectual disability, students, psychological and pedagogical assistance.

Wprowadzenie

Zaburzenia psychiczne stosunkowo często współwystępują z niepełnosprawnością intelektualną, jak i z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi. Jest to bez wątpienia specyficzny problem wymagający różnorodnych interwencji podejmowanych przez system oświatowy, a także wyzwanie dla różnych środowisk oraz instytucji zajmujących się zagadnieniami całożyciowego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niemniej jednak już w okresie przedszkolnym oraz szkolnym te problemy są zwykle zauważane i w związku z tym w wielu przypadkach wymagają wczesnego podjęcia psychologiczno-pedagogicznej interwencji, oczywiście w ścisłej współpracy z zespołem medycznym, w tym głównie z lekarzem psychiatrą, często również z neurologiem, a także z pediatrą. Nie można bowiem ograniczać problemów zaburzeń psychicznych jedynie do sfery psychologicznej czy też wychowawczej. Współcześnie podejmowane są próby opisania interakcji między czynnikami biologicznymi (uwarunkowania genetyczne, konstytucjonalne, neurorozwojowe), a czynnikami psychicznymi oraz społecznymi. Na podstawie analizy różnych koncepcji interakcyjnych można wyodrębnić trzy zasadnicze modele opisujące wzajemne zależności. Pierwszy z nich to model równowagi trzech wymienionych czynników, drugim jest model interakcji dwóch czynników w kontekście trzeciego, a ostatni stanowi model interakcji dwóch czynników z wykluczeniem trzeciego (Cierpiałkowska i Sęk, 2019, s.78). Należy jednak podkreślić, że większość znanych przyczyn zaburzeń psychicznych u dzieci należy raczej ujmować w kategoriach „ryzyka", które może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia omawianych zaburzeń niż jako czynniki determinujące ich rozwój. W tym

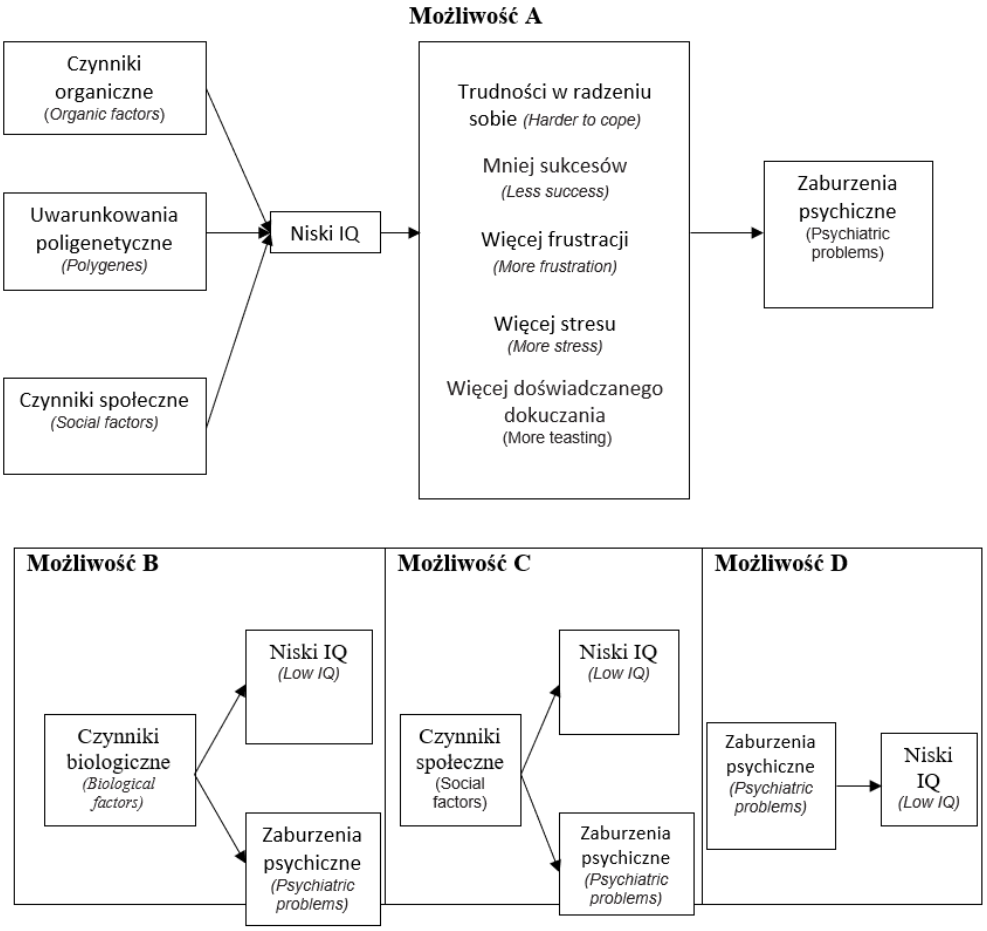
procesie ogromne znaczenie mają również czynniki ochronne i posiadane zasoby. Efektem interakcji omawianych czynników, w zależności od ich proporcji i siły działania, może być zachowanie zdrowia, ale również przy dominacji czynników patogenetycznych pojawienie się zaburzeń psychicznych (Majewicz i Sikorski, 2022, s. 29–30). O ile zaburzenia psychiczne w populacji ogólnej według danych opublikowanych przez Instytut Wskaźników i Oceny Zdrowia (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018) w 2016 roku są diagnozowane u 17,3% osób w krajach Unii Europejskiej, to w populacji ogólnoświatowej dzieci i młodzieży częstość występowania zaburzeń psychicznych szacuje się na 13,4%. Najczęściej w omawianej populacji występują: zaburzenia lękowe (6,5%), zaburzenia zachowania (destrukcyjne) (5,7%), ADHD (3,4%), zaburzenia depresyjne (2,6%) (Polańczyk i in., 2015).

W populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, na podstawie przeprowadzonej metaanalizy szeregu wyników badań, którymi łącznie objęto 29 958 osób z niepełnosprawnością intelektualną (Mazza i in., 2020, s. 133), można stwierdzić, że 33,6% tych osób doświadcza dodatkowo różnorakich zaburzeń psychicznych. Warto zaznaczyć, że w przeprowadzonej metaanalizie w sposób celowy pominięto dane dotyczące współwystępowania niepełnosprawności intelektualnej oraz zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD), przyjmując, że należą one do jednej kategorii zaburzeń neurorozwojowych. Z kolei całkowita częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym (obejmujących zróżnicowane kategorie, w tym zachowania trudne) u dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną waha się między 30% a 50% (Smiley, 2005, s. 221). Widoczna niespójność wyników jest efektem głównie trudności natury metodologicznej oraz nozologicznej. Tu warto wskazać na problemy związane z diagnozą, ponieważ wiele osób z niepełnosprawnością intelektualną nie udziela wystarczających odpowiedzi podczas wywiadu, a diagnosta musi odwoływać się do opinii osób trzecich, które nie zawsze są w stanie udzielić szczegółowych informacji o cudzych doświadczeniach i doznaniach (Sturmey 2010, s.14). Niemniej jednak z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że zaburzenia psychiczne występują przynajmniej dwukrotnie częściej w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną niż w populacji ogólnej. Z kolei w populacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną współwystępowanie zaburzeń psychicznych, zachowania oraz neurorozwojowych (rozpoznawanych zgodnie z ICD-10) wynosi 39%. Do najczęściej diagnozowanych należą: zaburzenia zachowania (25%), w tym opozycyjno-buntownicze (13,3%); zaburzenia emocjonalne (9,5%), w tym lękowe (8,7%) oraz zaburzenia hiperkinetyczne (8,7%) (Emerson, 2003, s. 54). W innych badaniach (Rutter, 1989, s. 42) zaobserwowano, że osoby o wyższym IQ lub lepszych osiągnięciach szkolnych są mniej narażone na rozwój późniejszych zaburzeń psychicznych. Zatem wyższy iloraz inteligencji stanowi czynnik ochronny. Tym samym nie jest zaskoczeniem, że wraz z obniżaniem się poziomu sprawności intelektualnej wzrasta odsetek współwystępujących zaburzeń psychicznych. U osób z ilorazem inteligencji w granicach 55–70 według skali Wechslera jest ich

więcej niż w populacji ogólnej, bo szacuje się ten wskaźnik na 24–25%, natomiast u osób z ilorazem inteligencji poniżej 50 we wspomnianej skali dotyczy to już około 50% (por. Bobińska i Gałecki, 2010, s. 17; Rola, 2007, s. 205).Oczywiście przyczyn stosunkowo częstego współwystępowania niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń psychicznych może być wiele i w związku z tym możliwe są zróżnicowane warianty ich współistnienia, co prezentuje poniższy schemat.

Rysunek 1

Dlaczego niepełnosprawność intelektualna i zaburzenia psychiczne są ze sobą powiązane?



Źródło: Goodman i Scott, 2012, s. 236.

W literaturze przedmiotu (Goodman i Scott, 2012) przedstawiane są cztery możliwe warianty uzasadniające współwystępowanie niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń psychicznych. Od razu należy zaznaczyć, że każdy z wariantów jest możliwy w różnych przypadkach, a więc u jednej osoby może być to wariant oznaczony jako

„A”, u drugiej możliwość „B”, „C” albo „D”. Jak już wspomniano, u części osób można rozpatrywać możliwość oznaczoną jako „A”, czyli zakładającą, że niezależnie od uwarunkowań niski poziom inteligencji predysponuje do rozwoju zaburzeń psychicznych. Dzieje się tak dlatego, ponieważ niskie osiągnięcia szkolne zaniżają samoocenę ucznia i mogą być przyczyną dokuczania przez rówieśników, a nawet doświadczanego z ich strony *bullyingu*. Poza tym uczeń z niepełnosprawnością intelektualną może gorzej radzić sobie z różnymi sytuacjami trudnymi, częściej odczuwać lęk, smutek i złość. Mogą wystąpić również niekorzystne zmiany w zachowaniu. W części przypadków potwierdza się wariant „B”, który z kolei wskazuje na podobne czynniki biologiczne wywołujące niezależnie od siebie niepełnosprawność intelektualną i zaburzenia, jak to ma miejsce chociażby w przypadku spektrum autyzmu. Nie można również wykluczyć zupełnie wariantu „C” oraz „D”, ale w literaturze przedmiotu jest stosunkowo niewiele doniesień empirycznych, które by je weryfikowały.

Współwystępowanie niepełnosprawności intelektualnej i szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych próbuje się wyjaśniać następującymi czynnikami: uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, trudnościami w radzeniu sobie z problemami życia codziennego wynikającymi z niskiego poziomu inteligencji, niską samooceną będącą konsekwencją licznych niepowodzeń, odrzuceniem przez rówieśników, ale również trudnościami w komunikacji werbalnej, powtarzającymi się stratami, zaburzeniami życia rodzinnego, zaburzeniami zdrowia psychicznego rodziców, trudnościami wychowawczymi, wykluczeniem społecznym, stygmatyzacją, brakiem perspektyw itp. (Bobińska i Gałecki 2010, s. 17). Inaczej mówiąc, różnorodność istniejących uwarunkowań, ich wzajemne interakcje i w związku z tym niepowtarzalność sytuacji każdej osoby jest powodem specyfiki funkcjonowania i potrzeby rozpatrywania omawianych problemów również na poziomie indywidualnym, a nie jedynie podejmowania prób opisu na poziomie grupy czy populacji. To drugie rozwiązanie zawsze wiąże się z zatarciem indywidualności oraz z pewnym „uśrednieniem” prezentowanego obrazu. Oczywiście badania zmierzające do odkrycia reguł, zasad i określonych prawidłowości są niezbędne i powodują rozwój nauki, ale warto je uzupełnić podejściem indywidualnym, jakie stwarza strategia studium przypadku.

Metodologia badań własnych

Celem podjętych badań było przedstawienie specyfiki wsparcia psychologiczno-pedagogicznego udzielanego na terenie szkoły uczniom z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi, na tle pomocy świadczonej uczniom pełnosprawnym z problemami zdrowia psychicznego. W związku z tym sformułowano dwa pytania badawcze:

1. Jak przebiega proces diagnozy i terapii uczniów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością intelektualną z perspektywy lekarza psychiatry (czy zauważalne są różnice w tym procesie)?

2. Jak przebiega proces organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom (pełnosprawnym i z niepełnosprawnością intelektualną) z zaburzeniami psychicznymi na terenie szkoły?

Do zebrania materiału empirycznego wykorzystano strategię studium przypadku, przy czym posłużono się zbiorowym (wielokrotnym) studium przypadku w celu lepszego zrozumienia badanego zjawiska. Odwołując się do klasyfikacji Roberta E. Stake'a (1997, s. 123–124), zastosowano instrumentalne studium przypadku obejmujące kilka osób. W tego rodzaju badaniach analizowany przypadek pełni funkcję pomocniczą, stanowiąc ilustrację problemu uznanego przez badacza za szczególnie istotny poznawczo. W celu zgłębienia problematyki zaburzeń psychicznych oraz form wsparcia udzielanego uczniom i uczennicom, zarówno pełnosprawnym, jak i z niepełnosprawnością intelektualną, opracowano dwa narzędzia badawcze w postaci kwestionariuszy wywiadu. Pierwszy z nich skierowano do lekarza psychiatry i dotyczył występowania zaburzeń psychicznych wśród uczniów pełnosprawnych oraz uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Kwestionariusz składał się z 14 pytań otwartych i dotyczył następującej problematyki: najczęściej występujące aktualnie zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży (czy występuje tendencja wzrostowa w tym zakresie), czynniki etiologiczne tego stanu, procesu diagnozy i terapii, ewentualnej odmienności w tym zakresie (osoby pełnosprawne i z niepełnosprawnością intelektualną), zalecany rodzaj wsparcia, udziału rodziców w procesie terapii, współpracy z placówkami edukacyjnymi oraz efektywnego systemu pomocy. Drugi skonstruowany kwestionariusz dotyczył organizacji, pomocy oraz wsparcia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na terenie szkoły i obejmował trzy obszary: rozwiązania podejmowane przez szkołę w kontekście organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej, sytuację rodzinną i relacje uczniów przejawiających zaburzenia psychiczne z rówieśnikami. Kwestionariusz składał się z 29 pytań otwartych i zamkniętych. Został on skierowany do osób uczestniczących w procesie edukacyjnym i terapeutycznym uczniów z zaburzeniami psychicznymi na terenie szkoły, tj. nauczycieli oraz specjalistów. W badaniach wykorzystano również metodę analizy dokumentów. Badania przeprowadzono w szkołach zlokalizowanych na terenie województwa małopolskiego. Proces badawczy realizowano przez okres dwóch miesięcy.

Wyniki badań

Pierwszą częścią badań było przeprowadzenie wywiadu z lekarzem psychiatrą, który na co dzień pracuje w szpitalu psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży na terenie województwa małopolskiego oraz współpracuje z placówką specjalną dla uczniów

z niepełnosprawnością intelektualną. We wspomnianym ośrodku specjalnym lekarz psychiatra diagnozuje dzieci i młodzież z różnorodnymi problemami psychicznymi oraz prowadzi proces terapii, współpracując w tym zakresie z pielęgniarką szkolną, rodzicami uczniów oraz personelem placówki. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z lekarzem psychiatrą można wnioskować, iż aktualnie zauważa się wzrost zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w normie intelektualnej. W odniesieniu do uczniów z niepełnosprawnością intelektualną sytuacja nie jest jednoznaczna. Wśród zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży w normie intelektualnej diagnozuje się przede wszystkim zaburzenia depresyjne, zagrożenie w zakresie właściwego kształtowania się osobowości, anoreksję, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia hiperkinetyczne. W przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną psychiatra zwraca szczególną uwagę na zachowania agresywne i autoagresywne, jak również zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Przyczyny, które zdaniem badanego specjalisty są głównym źródłem zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży pełnosprawnej, chociaż nie jedynym, wynikają z szybkich zmian zachodzących w środowisku społecznym. Ponadto często mają swe źródło w nieprawidłowym funkcjonowaniu rodziny. Tu szczególnie podkreślana była kwestia braku prawidłowych relacji interpersonalnych, izolacji społecznej, niskiego poziomu umiejętności wychowawczych rodziców/opiekunów oraz braku systemowego wsparcia.

W przypadku dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną przyczyny tkwią między innymi w trudnościach adaptacyjnych tej grupy osób do środowiska społecznego oraz w braku systemowego wsparcia. Badany lekarz podkreśla również, że proces diagnozy dzieci i młodzieży zarówno pełnosprawnej, jak i z niepełnosprawnością intelektualną jest kwestią indywidualną i w związku z tym może trwać kilka tygodni, a nawet wiele miesięcy. Z kolei proces terapii uczniów z obu grup nie jest szczególnie odmienny, zależy głównie od natężenia objawów oraz współpracy środowiska rodzinnego ze specjalistami. Współpraca ta jest nieodzownym elementem podejmowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych zarówno w przypadku uczniów pełnosprawnych, jak i z niepełnosprawnością intelektualną. Zdaniem lekarza uczestniczącego w badaniu można byłoby uzyskać znaczną poprawę świadczonych usług terapeutycznych dzięki wsparciu pracy poradni psychologiczno-pedagogicznych przez poradnie zdrowia psychicznego. Istotnym zadaniem jest również podnoszenie kompetencji nauczycieli w zakresie problematyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Szczególnie ważne w tym zakresie wydaje się poszerzanie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych: ich etiologii, symptomów, procesu diagnozy i terapii, a także – co szczególnie ważne – nabywanie umiejętności pracy z uczniem z zaburzeniami psychicznymi. Poza standardowym postępowaniem terapeutycznym obejmującym psychoterapię i psychoedukację, a w koniecznych sytuacjach farmakoterapię, zalecana bywa również terapia SI oraz terapia logopedyczna. W przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną badany lekarz podkreślał duże znaczenie terapii rodzinnej, indywidualnej

opieki psychologicznej, psychoterapii głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT), zwrócił również uwagę na ogromne znaczenie wsparcia udzielanego przez pracowników placówki, do której dany uczeń uczęszcza.

W celu zbadania procesu organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów przejawiających zaburzenia psychiczne przeprowadzono analizę trzech indywidualnych przypadków, obejmujących dwóch uczniów z niepełnosprawnością intelektualną oraz jedną uczennicę w normie intelektualnej. Analiza miała na celu ukazanie specyfiki funkcjonowania badanych osób oraz rozpoznanie charakterystycznych elementów postępowania edukacyjno-terapeutycznego realizowanego przez nauczycieli, specjalistów i rodziców. Charakterystykę poszczególnych przypadków zaprezentowano poniżej.

Tabela 1

Przypadek nr 1 – chłopiec, lat 15

Sytuacja szkolna chłopca	Nauczyciel nie posiada wglądu w diagnozę ucznia, rodzice chłopca poinformowali jedynie o terminach realizowanych wizyt u specjalisty. Warto dodać, że chłopiec ma dodatkowo zdiagnozowaną niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim. Jest dowożony do szkoły. Z obserwacji wychowawcy wynika, iż problem chłopca jest bardziej złożony. Występują zaburzenia zachowania oraz emocji, agresja czynna oraz słowna, wulgaryzmy, groźby, wymuszanie krzykiem i płaczem, infantylizm, permanentne mówienie do siebie, a także komentowanie w sposób głośny każdej czynności, obnażanie się, zanieczyszczanie się, nieopanowany apetyt, unikanie wysiłku zarówno intelektualnego oraz fizycznego, nieodczuwanie dystansu wobec osób starszych. Z informacji uzyskanych od rodziców wynika, że chłopiec przyjmuje leki, jest objęty prywatną opieką psychiatryczną. Wychowawca zauważył pozytywne efekty wdrożonego leczenia psychiatrycznego polegające na bardziej swobodnym prowadzeniu przez nauczycieli zajęć, a przede wszystkim korzystania z nich przez innych uczniów. Zaobserwowano, że chłopiec wykazuje zaufanie względem nauczycieli, czuje się bezpiecznie. Stara się też nawiązywać właściwe relacje z rówieśnikami. Nauczyciele troszczą się o chłopca, zabiegają, aby uczestniczył we wszystkich wydarzeniach mających miejsce zarówno w klasie, jak i w szkole. W celu niwelowania przejawianych przez chłopca trudności objęto go zajęciami w postaci rewalidacji indywidualnej oraz zajęciami w formie indywidualnej (10 godzin tygodniowo). Ponadto wdrożono wobec chłopca następujące strategie: • podczas zajęć stale współpracuje z nauczycielem współorganizującym; • dostosowano wymagania do jego możliwości i potrzeb, metody oraz środki dydaktyczne; • zapewniono wsparcie oraz pomoc od nauczycieli a także pracowników szkoły; • zapewniono poczucie bezpieczeństwa, stabilizację; • pomoc w sytuacjach trudnych.

	Ponadto nauczyciele: • unikają izolacji chłopca, podejmują próbę integracji z zespołem klasowym; • wyjaśniają konieczność indywidualizowania procesu kształcenia wobec chłopca pozostałym uczniom z klasy; • uwrażliwiają pozostałych uczniów na potrzebę reagowania i zgłaszania zachowań sugerujących objawy chorobowe; • uwzględniają złe samopoczucie spowodowane przyjmowanymi lekami; • unikają krytykowania, rozumieją trudną sytuację chłopca, wykazują się empatią, są wyrozumiali; • odraczają terminy sprawdzianów, oddawania prac klasowych; • uczą sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi; • uczą sposobów podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów; • zachęcają do prezentacji na forum swoich umiejętności i zainteresowań; Dość często nauczyciele odpytują również ucznia z mniejszej partii materiału. Zdaniem nauczyciela-wychowawcy oferowana przez szkołę pomoc psychologiczno-pedagogiczna raczej zabezpiecza potrzeby chłopca. Wśród proponowanych zmian, które należałoby dokonać w celu poprawy sytuacji ucznia, wychowawca wskazał „szerszy oraz łatwiejszy dostęp do lekarzy psychiatrów, krótsze terminy oczekiwania na wizytę”.
Relacje z rówieśnikami	Chłopiec nie jest lubiany przez rówieśników, przyczyna tkwi w jego trudnych zachowaniach, aczkolwiek może na nich polegać. Uczniowie są poinformowani o przejawianych przez chłopca trudnościach, co powoduje, że nie odczuwają wobec niego lęku, raczej wykazują się empatią i zrozumieniem. Tylko sporadycznie unikają z nim kontaktu, reagują śmiechem.
Sytuacja rodzinna	Chłopiec wychowuje się w rodzinie pełnej. Sytuacja materialna rodziców jest bardzo dobra, stabilna. Chłopiec w domu ma zapewnione właściwe warunki do nauki. Rodzice wobec swojego dziecka ujawniają pozytywne postawy: w pełni go akceptują i uznają jego prawa, współdziałają z nim. Co istotne, w środowisku rodzinnym chłopca nie zaobserwowano żadnych nieprawidłowości. Nauczyciel nie posiada informacji na temat stanu zdrowia psychicznego rodziców i ewentualnego leczenia psychiatrycznego. Rodzice ucznia interesują się nim, dbają o jego sprawy, właściwie realizują powierzoną im funkcję opiekuńczo-wychowawczą. Często i systematycznie kontaktują się z wychowawcą. Są bardzo zaangażowani. Podejmują działania również na rzecz pozostałych uczniów z klasy. Wychowawcy trudno jest jednoznacznie wskazać, czy zaburzenia psychiczne występujące u chłopca są powiązane ze środowiskiem rodzinnym. Rodzice chłopca ze strony szkoły mogą liczyć na szczegółowe obserwacje oraz opisy jego zachowania podczas pobytu w szkole (jest to konieczne ze względu na częste wizyty ucznia u specjalisty).

Źródło: badania własne.

Tabela 2
Przypadek nr 2 – chłopiec, lat 18

Sytuacja szkolna ucznia	U ucznia zdiagnozowano zaburzenia schizoafektywne dwubiegunowe, a także zaburzenia emocjonalne. Chłopiec przejawia zachowania agresywne zarówno wobec swoich rówieśników z klasy, jak i nauczycieli. Uczeń jest objęty specjalistyczną opieką psychiatryczną, przyjmuje leki. Wychowawcy chłopca trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy wdrożone leczenie psychiatryczne przynosi oczekiwane rezultaty. Nauczyciel twierdzi, że trudne zachowania u chłopca związane z chorobą pojawiają się okresowo: szczególnie pomiędzy październikiem i listopadem oraz lutym a kwietniem. U chłopca dodatkowo zdiagnozowano zaburzenia ze spektrum autyzmu i niepełnosprawność intelektualną. W ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczeń na terenie szkoły objęty jest zajęciami specjalistycznymi: logopedycznymi oraz rozwijającymi kompetencje emocjonalno-społeczne. Uczeń uczęszcza z rówieśnikami na zajęcia i nie jest objęty nauczaniem indywidualnym. Ze względu na przejawianą agresję na zajęciach lekcyjnych i specjalistycznych obecny jest nauczyciel współorganizujący. Ponadto nauczyciele stosują wobec chłopca następujące strategie pracy: Bardzo często: • wyjaśniają konieczność indywidualizowania procesu lekcyjnego wobec chłopca pozostałym uczniom, jak i ich rodzicom; • uwrażliwiają pozostałych uczniów z klasy na potrzebę reagowania i zgłaszania zachowań sugerujących objawy chorobowe; • uwzględniają złe samopoczucie chłopca ze względu na przyjmowane leki. • kierują się wobec chłopca empatią, wspierają go, rozumieją jego trudną sytuację, unikają krytykowania przejawianych przez niego zachowań; • uczą sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi; • uczą sposobów rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji. Natomiast bardzo rzadko: • unikają izolacji ucznia, integrują z zespołem klasowym; • zachęcają chłopca do prezentacji na forum swoich umiejętności, zainteresowań, wskazywania mocnych stron. Na podstawie wypowiedzi nauczyciela nie można jednoznacznie stwierdzić, czy oferowana przez szkołę pomoc psychologiczno-pedagogiczna zabezpiecza potrzeby ucznia. Wychowawca w celu poprawy sytuacji chłopca wskazuje na konieczność przeprowadzenia ponownej diagnozy psychiatrycznej oraz psychologiczno-pedagogicznej, podjęcie psychoterapii oraz wsparcie matki chłopca.
Relacje z rówieśnikami	Z relacji wychowawcy wynika, że rówieśnicy odczuwają silny lęk, boją się chłopca. Zazwyczaj unikają z nim kontaktu, aczkolwiek są wobec niego bardzo pomocni, rozumieją jego trudną sytuację, kierują się empatią. Nie reagują wobec chłopca śmiechem.
Sytuacja rodzinna	Uczeń jest wychowywany jedynie przez matkę (ojciec popełnił samobójstwo). Sytuacja rodzinna ucznia jest bardzo dobra, stabilna. Chłopiec ma w domu zapewnione warunki do nauki. Jeśli chodzi o postawy

	rodzicielskie, matka w ocenie nauczyciela nadmiernie ochrania swoje dziecko. W środowisku rodzinnym ucznia nauczyciel nie zaobserwował żadnych nieprawidłowości. Jeśli chodzi o matkę chłopca oraz najbliższą rodzinę, z uzyskanych danych wynika, że matka podobnie jak jej syn objęta jest opieką psychiatryczną, w przypadku pozostałych członków rodziny wychowawca nie posiada takich informacji. Nauczyciel wskazuje, że matka ucznia jest osobą bardzo troskliwą, zaangażowaną, współpracującą, aczkolwiek wypaloną ze względu na sytuację domową. Najprawdopodobniej zamierza umieścić chłopca w Domu Pomocy Społecznej. Matka utrzymuje stały kontakt z nauczycielem. Ze strony szkoły matka jest na bieżąco informowana o poczynaniach chłopca i podjętych działaniach wobec jej syna, ustalono formy terapii w szkole i w domu.

Źródło: badania własne.

Tabela 3

Przypadek nr 3 – uczennica, lat 13

Sytuacja szkolna uczennicy	U uczennicy (w normie intelektualnej) zdiagnozowano zaburzenia depresyjne oraz obsesyjno-kompulsyjne. Dziewczynka jest w trakcie leczenia psychiatrycznego, nie przyjmuje leków ze względu na ich negatywne skutki uboczne. Zdaniem nauczyciela wdrożone oddziaływanie psychiatryczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Uczennica dodatkowo przejawia trudności w nauce – posiada opinię psychologiczno-pedagogiczną. Na terenie szkoły nie jest objęta wsparciem w postaci pomocy psychologiczno-pedagogicznej ze względu na brak zgody matki w tym zakresie. Nauczyciele wobec dziewczynki stosują następujące strategie pracy na lekcji: Bardzo często: • umożliwiają odpytywanie z mniejszej partii materiału; • odznaczają się empatią, udzielają wsparcia, rozumieją jej trudną sytuację, unikają krytykowania przejawianych przez nią zachowań trudnych. Dość często: • unikają izolacji uczennicy, integrują z zespołem klasowym; • odraczają terminy oddawania prac klasowych, sprawdzianów; • uczą sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi; • uczą sposobów rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji; Tylko od czasu do czasu: • zachęcają dziewczynkę do prezentacji na forum swoich umiejętności i zainteresowań, prezentowania mocnych stron. Zdaniem nauczyciela oferowana na terenie szkoły pomoc psychologiczno-pedagogiczna nie zabezpiecza w pełni potrzeb uczennicy. W jego opinii istotnym staje się zabezpieczenie potrzeb całej rodziny: „wdrożenie terapii rodzinnej” oraz „uświadomienie rodzicom konieczności leczenia córki”. Ponadto istotnym staje się udzielenie wsparcia emocjonalnego oraz udzielenie pomocy w zakresie komunikacji.

Relacje z rówieśnikami	Dziewczynka jest w pełni akceptowana przez rówieśników z klasy, do której uczęszcza. Koledzy i koleżanki nie są poinformowani o ewentualnych zachowania trudnych przejawianych przez uczennicę. Rówieśnicy względem swojej koleżanki nie odczuwają niepokoju, przeciwnie – są pomocni, wykazują się empatią i zrozumieniem.
Sytuacja rodzinna	Dziewczynka wychowuje się w rodzinie pełnej. Sytuację materialną rodziców można uznać za przeciętną. Z informacji uzyskanej od nauczyciela wynika, że rodzice względem własnej córki ujawniają postawę nadmiernej ochrony. Ponadto wykazują się nadopiekuńczością: „Matka nadopiekuńcza, ma trudności z właściwym wyznaczaniem granic, nie radzi sobie z wybuchami złości i agresji córki". Rodzice nie wykazują chęci kontaktu ze szkołą: „Bardzo unikają rozmów z wychowawcami i pozostałymi osobami (pedagog, nauczyciele)". Rodziców uczennicy nauczyciel-wychowawca określa jako niewspółpracujących, którzy: „Nie oczekują żadnej pomocy ze strony szkoły". Zdaniem nauczyciela w środowisku rodzinnym uczennicy nie zaobserwowano żadnych nieprawidłowości. Nauczyciel nie posiada wiedzy w kwestii zaburzeń psychicznych towarzyszących pozostałym członkom rodziny.

Źródło: badania własne.

Przedstawione trzy studia przypadków wskazują na znaczne zróżnicowanie w zakresie funkcjonowania poszczególnych uczniów w środowisku szkolnym. Należy zaznaczyć, że dwie osoby to uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną, a trzecia badana uczennica jest osobą pełnosprawną. Elementem łączącym jest obecność zaburzeń psychicznych, chociaż odmiennych, a więc zaburzeń schizoafektywych w postaci dwubiegunowej, zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń depresyjnych oraz obsesyjno-kompulsyjnych, a w jednym przypadku brak jest dostępnych informacji dotyczących jednostki nozologicznej. To, co można uznać za wspólny i zarazem najbardziej zauważalny symptom u wszystkich trzech osób, to przejawianie przez nich zachowań trudnych, przede wszystkim o charakterze agresywnym. Pomimo tego inni uczniowie w klasie zwykle wykazują zrozumienie, są empatyczni i pomocni, chociaż wobec dwóch prezentowanych osób czasem odczuwają lęk i unikają kontaktu. Wdrożone leczenie przynosi w każdym przypadku inne efekty: u jednej osoby obserwowana jest znaczna poprawa stanu zdrowia psychicznego, u drugiej w zasadzie trudno stwierdzić czy są jakieś korzystne zmiany, natomiast w przypadku trzeciej osoby leczenie nie przynosi pozytywnych skutków. Ponadto wobec dwóch uczniów (obaj z niepełnosprawnością intelektualną) wdrożono na terenie szkoły różne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a w przypadku uczennicy w normie intelektualnej, na skutek braku zgody matki, nie wprowadzono żadnej dodatkowej specjalistycznej formy wsparcia. Natomiast wobec wszystkich trzech uczniów z zaburzeniami psychicznymi stosowane są na co dzień, podczas zajęć, różne dostosowawcze strategie pracy, które ułatwiają im uczenie się i funkcjonowanie w zespole klasowym. W odmienny sposób układa się również współpraca szkoły ze środowiskiem domowym badanych uczniów. O ile rodzice

uczniów z niepełnosprawnością intelektualną chętnie współpracują z pracownikami szkoły, to rodzice dziewczynki w normie intelektualnej nie wykazują takiej potrzeby i nie są zainteresowani współpracą, pomimo skłonności do nadmiernego ochraniania dziecka i nadopiekuńczości.

Dyskusja wyników

Wskazany przez lekarza psychiatrę w wywiadzie wzrost zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w normie intelektualnej jest jak najbardziej trafną obserwacją, gdyż – jak podaje konsultant krajowa ds. psychiatrii dzieci i młodzieży dr Aleksandra Lewandowska (PAP, 2024) – w ciągu kilku ostatnich lat zanotowano w tym zakresie wyraźną tendencję wzrostową. W okresie trzech lat liczba dzieci i nastolatków do 13. roku życia korzystających ze specjalistycznych usług w obszarze leczenia zdrowia psychicznego wzrosła o 87%, zaś odsetek nastoletnich pacjentów po 13. roku życia zwiększył się aż o 168%. Nie ma natomiast takich danych dotyczących dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Badany lekarz psychiatra jednoznacznie nie mógł stwierdzić takiej tendencji, co nie oznacza, że pewien wzrost nie jest obecny także w tej populacji. Niemniej jednak jest to prawdopodobnie mniejsza dynamika zjawiska niż w populacji ogólnej dzieci i młodzieży. Należy przypomnieć, że na podstawie zaprezentowanych we „wprowadzeniu" wyników metaanliz (Emerson, 2003; Polańczyk i in., 2015) zaburzenia psychiczne około trzykrotnie częściej występują u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną niż w populacji ogólnej. Zatem jeżeli obserwowana tendencja wzrostowa w populacji ogólnej utrzyma się, to w niedalekiej przyszłości należy spodziewać się zmniejszenia różnicy w zakresie częstości występowania zaburzeń psychicznych pomiędzy dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną a osobami pełnosprawnymi.

Wśród wskazanych przez lekarza psychiatrę zaburzeń u dzieci i młodzieży w normie intelektualnej dominowały zaburzenia nastroju, zwłaszcza typu depresyjnego; zaburzenia osobowości; zaburzenia odżywiania, głównie jadłowstręt psychiczny; zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz problemy hiperkinetyczne. Z kolei u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną najczęściej notowane są zachowania agresywne i autoagresywne oraz, podobnie jak w populacji ogólnej, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Tak więc specyfiką zaburzeń u osób z niepełnosprawnością intelektualną są wskazane przez lekarza praktyka, zaburzenia zachowania, zwłaszcza związane z agresją. Jest to zgodne z wynikami dotychczasowych badań epidemiologicznych, które wskazują, że są to najczęściej występujące problemy (Emerson, 2003, s. 54). Egzemplifikacją tych problemów są również zaprezentowane studia przypadków. W takich sytuacjach w praktyce psychologiczno-pedagogicznej warto wykorzystać terapię behawioralną. Jej skuteczność została wykazana w literaturze przedmiotu, między innymi w niwelowaniu zachowań trudnych u czternastoletniej dziewczynki

z niepełnosprawnością intelektualną (Süss-Burghart, 1997). Uczennica przejawiała zachowania prowokacyjno-agresywne, manifestowane w celu zwracania na siebie uwagi. W efekcie zastosowanej terapii behawioralnej zaobserwowano znaczącą poprawę w funkcjonowaniu, a rezultat był widoczny zarówno w środowisku szkolnym, jak i domowym, a w dodatku okazał się stabilny w dłuższym czasie.

Z kolei próbując określić możliwe przyczyny zaburzeń psychicznych zarówno u pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych intelektualnie uczniów, lekarz psychiatra wskazał między innymi czynniki rodzinne, w tym brak systemowego wsparcia oraz niski poziom umiejętności wychowawczych rodziców/opiekunów. W celu wsparcia systemu rodzinnego w tym zakresie można sięgnąć po psychoedukację, w ramach której członkowie rodziny mogą poszerzać wiedzę na temat zaburzeń oraz uczyć się praktycznego postępowania, między innymi rozwijać konkretne umiejętności wychowawcze. Jak wskazują wyniki badań oparte o studium przypadku, interwencje psychoedukacyjne mają pozytywny wpływ nie tylko na osobę ze wspomnianymi zaburzeniami, ale i na pozostałych członków rodziny, którzy ją wspierają (Marshall i Ferris, 2012).

Badany lekarz podkreśla również, że proces diagnozy dzieci i młodzieży zarówno pełnosprawnej, jak i z niepełnosprawnością intelektualną jest kwestią indywidualną i może trwać kilka tygodni, a nawet wiele miesięcy. W tym miejscu należy wspomnieć, że diagnozy w polskiej opiece zdrowotnej nadal są formułowane w oparciu o klasyfikację ICD-10, pomimo tego, że od 1 stycznia 2022 roku na świecie obowiązuje już klasyfikacja ICD-11. Do 2026 trwa tzw. okres przejściowy, przeznaczony na dostosowanie polskiego systemu do wymogów nowej klasyfikacji (Majewicz, 2023). Istotne z punktu widzenia omawianych badań jest to, że bez względu na stopień sprawności intelektualnej oraz wiek badanej osoby stosowane są te same kryteria diagnostyczne w zakresie zaburzeń psychicznych. Należy jednak zaznaczyć, że z doświadczenia praktyków wynika, iż obserwowane symptomy u osób z niepełnosprawnością intelektualną odbiegają nieco od klasyfikacyjnych norm, głównie ze względu na trudności komunikacyjne. Obniżona zdolność do werbalizacji swoich doświadczeń powoduje, że osoby te zajmują znacznie gorszą pozycję w kontekście właściwego diagnozowania (Bobińska i Gałecki, 2010, s. 13–16).

Podobnie nie odbiega w specjalny sposób proces terapii, którego przebieg zależy głównie od natężenia objawów oraz współpracy środowiska rodzinnego ze specjalistami. W sytuacji uczniów z niepełnosprawnością intelektualną badany podkreślał duże znaczenie terapii rodzinnej, a także indywidualnej opieki psychologicznej, psychoterapii głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT). W tym miejscu warto wspomnieć o udanej interwencji poznawczo-behawioralnej (CBT) u dwudziestodwuletniego mężczyzny z lekką niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychotycznymi, w tym z objawami w postaci omamów imperatywnych (halucynacje słuchowe w formie rozkazującego głosu). Na podstawie studium przypadku (Barrowcliff, 2008) można stwierdzić, że terapia odniosła pożądany skutek i nastąpiło wyraźne ograniczenie

doznawanych objawów, a co szczególnie interesujące, efekt utrzymywał się po trzech oraz sześciu miesiącach od zakończenia interwencji. Zatem terapia poznawczo-behawioralna (CBT) może być skutecznie dostosowana i realizowana u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi. Oczywiście jest to przykład efektywności oparty o jednostkową interwencję, niemniej jednak wskazujący na możliwości wykorzystania CBT w pracy z innymi osobami z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi.

Na terenie szkoły pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest zapewniana wszystkim uczniom z zaburzeniami psychicznymi, ale nie zawsze rodzice wyrażają zgodę na jej udzielenie. Co ciekawe, w prezentowanych opisach poszczególnych przypadków tylko w sytuacji uczennicy pełnosprawnej intelektualnie matka zrezygnowała z proponowanej pomocy, podczas gdy obaj chłopcy z niepełnosprawnością intelektualną korzystali z dodatkowego wsparcia na terenie szkoły i to przy aktywnym uczestnictwie rodziców. Być może rodzice/opiekunowie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną są w znacznie większym stopniu świadomi korzyści płynących z takiego wsparcia. Ponadto znają od samego początku rozwoju dziecka i jego edukacji różne procedury, formy i metody wykorzystywane w procesie wspierania funkcjonowania osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Tym samym nie mają żadnych wątpliwości co do potrzeby korzystania z tej oferty psychologiczno-pedagogicznej i płynących stąd pozytywnych efektów. Natomiast pojawienie się w toku prawidłowego rozwoju zaburzeń psychicznych u dziecka jest niewątpliwie sytuacją wymagającą adaptacji u rodziców/opiekunów, która może trwać przez dłuższy czas i zawierać w swoim obrazie szereg uruchamianych mechanizmów obronnych, łącznie z reakcją zaprzeczania. Stąd może wynikać swego rodzaju opór matki badanej dziewczynki w zakresie współpracy ze szkołą w obszarze oferowanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Wnioski

Analiza literatury przedmiotu oraz wyniki przeprowadzonych badań stanowiły podstawę do sformułowania następujących wniosków:

1. Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży w populacji ogólnej dotykają 13,4%, podczas gdy wśród młodych osób z niepełnosprawnością intelektualną jest to aż 39%. Tak więc zaburzenia psychiczne około trzykrotnie częściej występują u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną niż w populacji ogólnej.

2. Badania Michaela Ruttera wskazują na zależność pomiędzy poziomem funkcjonowania intelektualnego a częstością występowania zaburzeń psychicznych. Wraz ze spadkiem ilorazu inteligencji zwiększa się ryzyko ich występowania. Szacuje się, że zaburzenia psychiczne dotyczą 24–25% osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, podczas gdy w grupie osób z ilorazem inteligencji poniżej 50 w skali Wechslera odsetek ten może sięgać około 50%.

3. Do najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej dzieci i młodzieży należą: zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania (destrukcyjne), ADHD oraz zaburzenia depresyjne. Z kolei u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną jako dominujące można wskazać: zaburzenia zachowania, w tym opozycyjno-buntownicze; zaburzenia emocjonalne, w tym lękowe oraz zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD). Inaczej mówiąc, używając terminologii zaproponowanej przez Thomasa Achenbacha (2019), u uczniów w normie intelektualnej najczęściej obecne są zaburzenia internalizacyjne, natomiast u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną są to zaburzenia eksternalizacyjne.

4. Można wskazać cztery możliwe warianty tłumaczące tak częste współwystępowanie zaburzeń psychicznych i niepełnosprawności intelektualnej, przy czym każdy z wariantów jest możliwy w różnych przypadkach, ale dwa pierwsze są najczęściej spotykane. Pierwszy z nich wskazuje, że niezależnie od uwarunkowań niski poziom inteligencji predysponuje do rozwoju zaburzeń psychicznych. Drugi zakłada, że podobne czynniki biologiczne wywołują niezależnie od siebie niepełnosprawność intelektualną i zaburzenia psychiczne. Trzeci wariant sugeruje możliwość współwystępowania omawianych problemów, które spowodowane są czynnikami społecznymi, a czwarty wskazuje na niepełnosprawność intelektualną jako efekt zaburzeń psychicznych. Należy dodać, że te dwa ostatnie modele nie posiadają zbyt silnego ugruntowania w literaturze przedmiotu.

5. Proces diagnozy dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, zarówno w normie intelektualnej, jak i z niepełnosprawnością umysłową, nie różni się w sposób szczególny, jednak osoby z niepełnosprawnością znajdują się w specyficznej sytuacji ze względu na ograniczone możliwości werbalizacji swoich doświadczeń. Nadal diagnozy formułowane są w oparciu o klasyfikację ICD-10 (aż do 2026 roku).

6. W procesie terapii uczniów z zaburzeniami psychicznymi wykorzystywane są głównie trzy formy interwencji: psychoterapia, farmakoterapia (o ile jest to konieczne) oraz psychoedukacja, obejmująca również członków rodzin. W oparciu o analizę literatury można wskazać dwie szczególnie efektywne formy terapii dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi, jest to terapia behawioralna oraz psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT).

7. Na terenie szkoły organizowana jest pomoc psychologiczno-pedagogiczna oraz proponowane są dodatkowe formy zajęć, np. rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, zajęcia logopedyczne, rewalidacja indywidualna. Poza tym nauczyciele stosują szereg strategii wspierających ucznia podczas zajęć lekcyjnych.

8. Niezwykle istotnym elementem procesu wspierania ucznia z zaburzeniami psychicznymi w szkole, o zasadniczym wręcz znaczeniu, jest współpraca ze środowiskiem domowym. Niestety nie zawsze jest to możliwe ze względu na odmowę takiej współpracy ze strony rodziców/opiekunów.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T. M. (2019). International findings with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): applications to clinical services, research, and training. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 13*, 30. https://doi.org/10.1186/s13034-019-0291-2

Barrowcliff, A. L. (2008). Cognitive-Behavioural Therapy for Command Hallucinations and Intellectual Disability: A Case Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *21*, 236–245. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00395.x

Bobińska, K., Gałecki, P. (2010). *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*. Wydawnictwo Continuo.

Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2019). Psychologia kliniczna i zdrowie a psychopatologia-wzajemne zależności. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (63–80). PWN.

Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *47*(1), 51–58. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x

Goodman, R., Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry*. Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781118340899

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). *Global Health Data Exchange*, www.healthdata.org/. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance_eur-2018-4-en/index.html?itemId=/content/component/health_glance_eur-2018-4-en

Majewicz, P, Sikorski, J. (2022). *Uczeń z zaburzeniami psychicznymi. Wybrane zagadnienia wsparcia psychologiczno-pedagogicznego*. Wydawnictwo Naukowe UP.

Majewicz, P. (2023). ICD-11 implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, *42*(1), 123–139. http://dx.doi.org/10.17951/lrp.2023.42.1.123-139

Marshall, K., Ferris, J. (2012). Utilising behavioural family therapy (BFT) to help support the system around a person with intellectual disability and complex mental health needs: a case study. *Journal of Intellectual Disabilities*, *16*(2), 109–118. https://doi.org/10.1177/1744629512443619

Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *33*(2), 126–138. https://doi.org/10.1111/jar.12654

PAP. (2024, 27 maja). *Zdrowie psychiczne: liczba nastoletnich pacjentów wzrosła w ciągu 3 lat o 168 proc. Eksperci o zaburzeniach.* https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Zdrowie-psychiczne-liczba--nastoletnich-pacjentow-wzrosla-w-ciagu-3-lat-o-168-proc-Eksperci-o--zaburzeniach,259068,16.html

Polańczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *56*(3), 345–365. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381

Rola, J. (2007). Współczesne podejście do problemu obecności depresji i zaburzeń zdrowia psychicznego u osób upośledzonych umysłowo. *Psychiatria Polska*, *41*(2), 203–216.

Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 30(1), 23–51. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00768.x

Smiley, E. (2005). Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: An update. *Advances in Psychiatric Treatment*, *11*, 214–222. https://doi.org/10.1192/apt.11.3.214

Stake, R. E. (1997). Studium przypadku. W: L. Korporowicz (red.), *Ewaluacja w edukacji* (120–145). Oficyna Naukowa.

Sturmey, P. (2010). Diagnoza zaburzeń psychicznych u osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: N. Bouras i G. Holt (Eds.); A. Florkowski i P. Gałecki (redakcja wydania polskiego), *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie* (2–25). Elsevier Urban & Partner.

Süss-Burghart, H. (1997). Distance disturbance as a major problem in mental retardation. A case study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *25*(4), 263–271.