

DOI: 10.15584/kpe.2025.13

Artykuł oryginalny

Data nadesłania: 25.07.2025 r.

Zaakceptowano do druku: 16.10.2025 r.

Opublikowano: 31.12.2025 r.

Bogumiła Bobik

Uniwersytet Śląski w Katowicach

ORCID: 0000 00017548858X

Wybrane aspekty diagnozy zaburzeń okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w kontekście pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Selected aspects of diagnosing adolescent disorders in youth with mild intellectual disabilities in the context of psychological and pedagogical support

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat diagnozy zaburzeń okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze szczególnym uwzględnieniem roli pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Celem publikacji jest przedstawienie wybranych aspektów diagnozy trudności rozwojowych występujących w okresie dojrzewania oraz ukazanie opinii nauczycieli i specjalistów pracujących z młodzieżą w szkołach specjalnych. W artykule omówiono teoretyczne podstawy klasyfikacji i diagnozy zaburzeń (m.in. według DSM-IV i ICD-10), ich symptomy oraz czynniki ryzyka. Zaprezentowano wyniki badań empirycznych przeprowadzonych wśród 38 nauczycieli i specjalistów wskazujące na najczęściej obserwowane zaburzenia emocjonalno-lękowe, zaburzenia zachowania oraz zaburzenia odżywiania. Przedstawiono również metody diagnozy i działania profilaktyczne podejmowane przez pedagogów. Uzyskane wyniki podkreślają znaczenie wczesnej diagnozy oraz zintegrowanego wsparcia młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w procesie ich dorastania.

Słowa kluczowe: adolescencja, zaburzenia zachowania, niepełnosprawność intelektualna, pomoc psychologiczno-pedagogiczna, diagnoza, szkoła specjalna

Abstract

The article addresses the issue of diagnosing adolescent disorders in young people with mild intellectual disabilities, with particular emphasis on the role of psychological and pedagogical support. The aim of the publication is to present selected aspects of diagnosing developmental difficulties occurring during adolescence and to highlight the opinions of teachers and specialists working with students in special education settings. The paper discusses the theoretical foundations of classification and diagnosis of disorders (including DSM-IV and ICD-10), their symptoms, and risk factors. It presents the results of empirical research conducted among 38 teachers and specialists, indicating the

most frequently observed disorders: emotional-anxiety disorders, behavioral and oppositional-defiant disorders, and eating disorders. The article also outlines diagnostic methods and preventive measures undertaken by educators. The findings emphasize the importance of early diagnosis and integrated support for adolescents with intellectual disabilities during their developmental transitions.

Keywords: adolescence, behavioral disorders, intellectual disability, psychological and pedagogical support, diagnosis, special education

Wprowadzenie

Ważnym zadaniem współczesnej szkoły, poza kształceniem i wychowaniem, jest realizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej rozumianej jako rozpoznawanie indywidualnych potrzeb rozwojowych oraz możliwości psychofizycznych uczniów, w tym z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, oraz zaplanowanie sposobów ich zaspokojenia¹. Jednym z najtrudniejszych i zarazem najbardziej odpowiedzialnych aspektów tego rozpoznawania jest uważna obserwacja zachowania w sposób pozwalający na jak najszybsze zidentyfikowanie tych uczniów, którzy wymagają zapewnienia szczególnej opieki psychologicznej. Adolescencja to okres rozwoju człowieka, w którym jednostka przeżywa szereg dynamicznych zmian. Intensywnie zmienia się ciało nastolatka, jego procesy poznawcze i emocjonalne. To czas poszukiwania własnej tożsamości i moment przejścia z dzieciństwa w dorosłość. To również okres zmian w obrębie funkcjonowania społecznego. Adolescencja u nastolatków z niepełnosprawnością intelektualną przebiega tak samo jak u ich pełnosprawnych rówieśników, ale ze względu na obniżony intelekt jest to czas trudniejszy dla osób dorosłych odpowiedzialnych za ich wychowanie². Zadaniem specjalistów zajmujących się pomocą psychologiczno-pedagogiczną jest wspierające towarzyszenie nastolatkowi w przeżywanych przez niego zmianach oraz życzliwa i zarazem uważna obserwacja jego rozwoju, a także monitorowanie, czy przejawiane zachowania są wyrazem normatywnych aspektów adolescencji, czy może należy je postrzegać jako symptomy świadczące o rodzącej się psychopatologii rozwoju.

Artykuł prezentuje teoretyczne podstawy diagnozy oraz opinie nauczycieli i specjalistów na temat zaburzeń okresu adolescencji obserwowanych u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

¹ Rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach z dnia 9 sierpnia 2017 r. (Dz.U. 2023, poz. 1798).

² E.M. Minczakiewicz, *Perspektywy dorastania młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście jakości życia wychowującej ją rodziny*, „Transdyscyplinarne Studia o Kulturze i Edukacji” 2008, nr 3(63), s. 63–79, https://kpsw.edu.pl/pobierz/wydawnictwo/Transdyscyplinarne/NOE3/63_Elzbiet%20Minczakiewicz.pdf (8.07.2025).

Zaburzenia okresu adolescencji i podstawy ich diagnozy

Adolescencja to, po stabilnym okresie dzieciństwa, czas intensywnych i dynamicznych przemian dotyczących niemal wszystkich procesów ludzkiego rozwoju. Zmiany te obejmują nie tylko obszar funkcjonowania biologicznego i psychologicznego, ale także społecznego³. Psycholodzy rozwoju od dziesiątków lat badają te zmiany, opisując typowy, normatywny przebieg rozwoju człowieka. Wiedza dotycząca psychologicznych prawidłowości rozwoju jednostki jest pomocna w określeniu tego, co prawidłowością i normą nie jest⁴. Zaburzenia okresu adolescencji uwidaczniają się najwyraźniej, gdy sposób bycia jednostki odniesiemy do zachowania właściwego dla tego okresu. Nie jest to zadanie łatwe, bowiem okres ten obfituje w zachowania często trudne do zaakceptowania przez większość dorosłych, aby więc na tle tych zachowań zauważyć te nieprawidłowe, należy wykazać się dużą uważnością i wiedzą zarówno z zakresu psychologii, jak i psychopatologii.

Dla nauczycieli, wychowawców i specjalistów kwestią istotną jest określenie tego, co jest normą zachowania, a czego za normę uznać nie możemy. Ujmując krótko, *zachowanie* to wszystko, co robi nastolatek. Termin ten stosuje się do oznaczenia czynności psychomotorycznych wywołanych przez czynniki zewnętrzne (określoną sytuację) lub wewnętrzne (np. dążenie do zaspokojenia określonej potrzeby). W behawioryzmie zachowanie jest rozumiane jako ogół reakcji, które można badać w sposób obiektywny, dokonać ich rejestracji i pomiaru⁵. Powszechnie uważa się, że zachowanie człowieka, którego uważamy za społecznie przystosowanego, powinno spełniać dwie podstawowe funkcje:

- a) zaspokajać potrzeby osobiste;
- b) spełniać wymagania społeczne w sposób akceptowany przez dane społeczeństwo⁶.

Zaburzone zachowanie to powtarzający się i utrzymujący wzorec takiego stylu zachowania, w którym podstawowe i ważne prawa innych, stosowne do wieku rozwojowego normy społeczne i reguły są łamane⁷.

Obecnie w Polsce tego pojęcia używa się w wielu różnych znaczeniach, co powoduje utrudnienia w zakresie diagnostyki i terapii. Kierując się tymi znaczeniami, można spojrzeć na zaburzenia zachowania jako:

- pojęcie potoczne,
- kategorię ujętą w polskim prawie oświatowym,

³ Por. *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2: *Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, B. Trempała, Warszawa 2006.

⁴ U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, *Skale objawowe zaburzeń okresu adolescencji. Przewodnik diagnostyczny*, Gdańsk 2012, s. 8.

⁵ M. Kupisiewicz, *Słownik pedagogiki specjalnej*, Warszawa 2014, s. 419.

⁶ *Ibidem*.

⁷ M.B. Pecyna, *Psychofizjologiczne diagnozy trudności w uczeniu się*, Opole 2010, s. 18.

- trudności w funkcjonowaniu społecznym,
- rozpoznanie psychologiczne i psychiatryczne⁸.

W ujęciu potocznym obejmują one wszelkie zachowania adolescenta, które są trudne i denerwujące dla osoby dorosłej, co może wynikać z różnych powodów:

- a) braku znajomości zasad;
- b) celowego, prawidłowego w sensie rozwojowym łamania zasad;
- c) wszelkich niezrozumiałych zachowań nastolatka, które dorośli interpretują jako odmowę podporządkowania się⁹.

Zaburzenia zachowania są uwzględniane w polskim systemie oświaty, począwszy od 2003 r.¹⁰ Zgodnie z wytycznymi ustawodawcy stanowią jedno ze wskazań do udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w różnych jej formach: zajęć specjalistycznych, dostosowania programu nauczania do potrzeb ucznia, skierowania do klasy terapeutycznej, objęcia kształceniem specjalnym, nauczaniem indywidualnym czy też zindywidualizowaną ścieżką kształcenia¹¹. Zaburzenia zachowania w tym wypadku są raczej kategorią orzeczniczą niż diagnostyczną.

Na zaburzenia zachowania możemy spojrzeć z perspektywy funkcjonowania społecznego jednostki. Coraz częściej w środowisku rodzinnym i szkolnym rozpoznaje się młodzież z różnymi problemami w codziennym funkcjonowaniu, reagującą w sposób nieadekwatny na działające bodźce, o wysokim poziomie agresji lub/i autoagresji, lęku, ulegającą nałogom, łamiącą normy prawne. Takie zachowania stają się podstawą do skierowania młodego człowieka na badania diagnostyczne do psychologa czy psychiatry. Należy przy tym pamiętać, że trudne zachowanie będące powodem konsultacji może być jednym z symptomów innego rozpoznania¹².

Wreszcie, można analizować zaburzenia zachowania jako rozpoznanie psychiatryczne i/lub psychologiczne. W tym ujęciu stanowią one złożony zespół problemów emocjonalnych i społecznych. Nastolatek z zaburzeniami zachowania ma poważne trudności z opanowaniem i przestrzeganiem zasad moralnych oraz zachowaniem się w sposób akceptowany społecznie. Przypuszcza się, iż przyczyną takich zaburzeń jest kombinacja aberracji genetycznych oraz czynników środowiskowych¹³.

Podstawą wskazówek diagnostycznych zaburzeń zachowania u adolescentów są dwie powszechnie obowiązujące klasyfikacje:

⁸ A. Kołakowski, *Kliniczny obraz zaburzeń zachowania* [w:] *Zaburzenia zachowani u dzieci. Teoria i praktyka*, red. A. Kołakowski, Sopot 2013, s. 16.

⁹ *Ibidem*, s. 15.

¹⁰ Rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach z dnia 9 sierpnia 2017 r. (Dz.U. 2023, poz. 1798).

¹¹ *Ibidem*.

¹² A. Kołakowski, *Kliniczny obraz...*, s. 17.

¹³ U. Oszwa, *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, „Remedium” 2003, nr 125–126, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/61-remedium/565-zaburzenia-zachowania-u-dzieci-i-mlodziezy.html> (19.07.2025).

- a) DSM-IV – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego¹⁴;
- b) ICD-10 – Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych¹⁵.

W obu tych klasyfikacjach zastosowano kategoryzację, która opiera się wyodrębnionych kryteriach. Każda kategoria zaburzenia jest określona przez wykaz kryteriów. Stawiając rozpoznanie, diagnosta weryfikuje, które z wymaganych do rozpoznania kryteriów zostały spełnione oraz czy przekroczony został próg diagnostyczny wymagany przy danym zaburzeniu¹⁶.

Podstawą systemu diagnostycznego przyjętego w DSM-IV jest diagnostyka wieloosiowa. Klasyfikacja obejmuje pięć osi wyodrębnionych ze względu na inne kryteria patologii. W diagnostyce chorób i zaburzeń psychicznych obowiązują trzy pierwsze osie:

- a) oś I – zespoły kliniczne, do których zalicza się: zaburzenia nastroju, schizofrenię, zaburzenia urojeniowe, organiczne zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia wywołane zażywaniem substancji psychoaktywnych;
- b) oś II – zaburzenia rozwojowe – występujące w niemowlęctwie, dzieciństwie i adolescencji, zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe;
- c) oś III – stany ogólnomedyczne obejmujące zaburzenia, w których główną rolę odgrywają czynniki somatyczne¹⁷.

Klasyfikacja ICD-10 zaburzenia zachowania lokuje w kategorii F, w obrębie kodów F00–F99. Wymienione główne grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania obejmują:

- a) organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09);
- b) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19);
- c) schizofrenię, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20–F29);
- d) zaburzenia nastroju (F30–F39);
- e) zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48);
- f) zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–F59);
- g) zaburzenia osobowości (F60–F69);
- h) upośledzenie umysłowe (F70–F79);
- i) zaburzenia rozwoju psychicznego (F80–F89);
- j) zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (F90–F98);
- k) nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)¹⁸.

¹⁴ *Diagnostic and Statistical Manual – DSM-IV*, APA 1994, s. 78–85.

¹⁵ *International Statistical Manual of Mental Disorder*, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (12.07.2025).

¹⁶ U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, *Skale objawowe...*, s. 9.

¹⁷ *Ibidem*, s. 10.

¹⁸ *International Statistical Manual of Mental*.

Należy dodać, że funkcjonuje już jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11), ale nie jest ona jeszcze stosowana w polskim orzecznictwie¹⁹. Klasyfikacja ta wyróżnia następujące grupy zaburzeń psychicznych i behawioralnych: zaburzenia nieprorozwojowe (zaburzenia rozwoju intelektualnego, mowy, spektrum autyzmu, uczenia się, koordynacji ruchowej, ADHD), zaburzenia związane z traumą i stresem, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia osobowości (łagodne, umiarkowane, ciężkie), zaburzenia związane z uzależnieniami, zaburzenia żywienia i zaburzenia odżywiania, zaburzenia wydalania, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia snu i czuwania, dysfunkcje seksualne, sprzeczność płci. Dodano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z ciążą, porodem i położeniem, nigdy wcześniej nieklasyfikowane²⁰.

Metodologiczne podstawy badań

Przedmiotem badań były wybrane zaburzenia okresu adolescencji u młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Ich celem było zebranie opinii nauczycieli i specjalistów na temat problemów, jakich doświadcza młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w okresie adolescencji. Dla osiągnięcia tego celu postawiono problem główny badawczy: Jakie są uwarunkowania, przejawy i sposoby przeciwdziałania zaburzeniom okresu adolescencji u młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną?

Problemy szczegółowe to:

1. Jakie zaburzenia okresu adolescencji najczęściej występują u młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną?
2. Jakie czynniki są ich przyczyną?
3. W jaki sposób zaburzenia są rozpoznawane?
4. Jakie działania są podejmowane przez nauczycieli i specjalistów w zakresie zapobiegania zaburzeniom zachowania?

W badania wzięło udział 38 nauczycieli i specjalistów pracujących na co dzień z młodzieżą z orzeczeniem niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim. Próbę dobrano w sposób nielosowy celowy²¹. Do badań wykorzystano metodę

¹⁹ Obowiązuje od 1 stycznia 2022 r. jako klasyfikacja międzynarodowa. Polska, podobnie jak inne kraje, ma 5 lat na wdrożenie i dostosowanie jej do systemu krajowego. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11#:~:text=Od%20dnia%201.01.2022%20r,dostosowanie%20jej%20do%20systemu%20krajowe> (17.07.2025).

²⁰ W. Gaebel, J. Zielasek, G.M. Reed, *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologia oraz status obecny*, „Psychiatria Polska” 2017, nr 51(2), s. 174–175, <https://doi.org/10.12740/PP/69660>.

²¹ K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, ebook 2017, s. 58.

sondażu diagnostycznego i technikę ankiety skierowanej do nauczycieli i specjalistów szkół specjalnych.

Uzyskane wyniki wykorzystano do przygotowania pracy magisterskiej²². W artykule zawarto ich krótkie podsumowanie.

Wyniki badań

W ankiecie skierowanej do nauczycieli i specjalistów zapytano o ich opinie na temat zaburzeń, które najczęściej obserwują w okresie adolescencji u młodzieży z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej; o wskazanie czynników, które je wywołują; o podanie sposobów, w jaki diagnozują zaburzenia okresu adolescencji, oraz o podejmowane działania profilaktycznych, które pomagają w ich zapobieganiu. Zabrane dane empiryczne ujęto poniżej.

Zaburzenia obserwowane u adolescentów i ich przyczyny

W badaniu uwzględniono następujące grupy zaburzeń: zachowania i opozycyjno-buntownicze, emocjonalno-lękowe, odżywiania. W opinii badanych ze względu na częstotliwość występowania u młodzieży można je uporządkować następująco:

- a) zaburzenia emocjonalno-lękowe wskazało 82% badanych;
- b) zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze wskazało 75% badanych;
- c) odżywiania wskazało 40% badanych.

Najczęściej obserwowanym przez nauczycieli zaburzeniem okresu dorastania u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną są zaburzenia emocjonalno-lękowe, co może być spowodowane koniecznością adaptowania się młodych do zachodzących zmian fizycznych, emocjonalnych i społecznych, a także obniżoną zdolnością kontrolowania emocji na skutek dokonujących się zmian hormonalnych i niepełnosprawności²³. Aż 75% osób wskazało zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Jako trzecie najczęściej obserwowane badani wymieniali zaburzenia odżywiania. Każde wyróżnione zachowanie ma swoje objawy. Badani nauczyciele i specjaliści podali następujące:

- a) zaburzenia emocjonalno-lękowe: nadwrażliwość emocjonalna, utrata zainteresowania, problemy z decyzywnością, izolacja, zmęczenie, poczucie winy;
- b) zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze: stosowanie wulgaryzmów, agresja słowna, agresja fizyczna, niszczenie mienia społecznego,

²² Niepublikowana praca magisterska opracowana pod kierunkiem Bogumiły Bobik przez studentkę pedagogiki specjalnej – Paulinę Skowronek nt. *Wybrane zaburzenia okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, UŚ WNS, Katowice 2025.

²³ A. Leonel, *Inteligencja emocjonalna dla dzieci i młodzieży. Narzędzie dla rodziców i nauczycieli*, ebook 2024, s. 74.

autoagresja, poniżanie innych, uleganie nałogom (głównie nikotynizm oraz sięganie po alkohol), wrogość, wagary i ucieczki z lekcji, łamanie norm społecznych, prowokowanie;

- c) zaburzenia odżywiania: utrata wagi, nieadekwatna samoocena, kompleksy, omijanie posiłków, porównywanie się do innych, zbytne skupianie się na posiłku,

Objawy te nie ograniczają się do środowiska szkolnego, ale zwykle są też obserwowane w środowisku rodzinnym i rówieśniczym. W czasie ich rozpoznawania u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną należy zwrócić uwagę na proces socjalizacji (czy jest prawidłowy, czy nie)²⁴.

Połowa badanych nauczycieli wskazała, że zaburzenia okresu adolescencji są najczęściej obserwowane w grupie wiekowej 12–14 lat. W tym okresie, podobnie jak u młodzieży pełnosprawnej, mają miejsce intensywne przemiany fizyczne, emocjonalne i społeczne, z którymi młodzież nie zawsze potrafi sobie poradzić bez wsparcia z zewnątrz²⁵. Drugim okresem nasilenia objawów jest przedział 15–17 lat (30% wskazań badanych nauczycieli). Jest to czas intensywnych zmian hormonalnych oraz ewolucji społecznej²⁶. Okres wczesnej dorosłości (18–20 lat) to faza, w której zaburzenia są mniej powszechne, co może sugerować, że młodzież stopniowo wchodząca w dorosłość charakteryzuje się większą stabilnością emocjonalną i społeczną, choć niektóre trudności mogą nadal występować.

Przyczynami obserwowanych zaburzeń są czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które ujęto w tabeli 1.

Tabela 1. Przyczyny zaburzeń okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia

Przyczyna	Częstotliwość występowania dla $\Sigma 38$ badanych			
	bardzo często % wskazań	często % wskazań	czasami % wskazań	nigdy % wskazań
Zaburzenia rozwojowe	47	30	18	5
Zmiany hormonalne	42	39	16	3
Zmiany fizyczne i płciowe	40	31	26	3
Cechy indywidualne wynikające z niepełnosprawności	39	30	26	5
Środowisko społeczne	34	29	29	8
Czynniki genetyczne	24	37	31	8

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 1 przedstawiono częstotliwość występowania wybranych czynników wpływających na zaburzenia okresu adolescencji młodzieży z lekką

²⁴ U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, *Skale objawowe...*, s. 25.

²⁵ L. Bakiera, *Czy dorastanie musi być trudne?*, Warszawa 2009, s. 78.

²⁶ *Ibidem*.

niepełnosprawnością intelektualną. W badaniu zostały wyróżnione następujące grupy czynników: zmiany fizyczne i płciowe, przemiany hormonalne, uwarunkowania genetyczne, cechy indywidualne związane z niepełnosprawnością, środowisko społeczne oraz zaburzenia rozwojowe. Wskazano cztery poziomy nasilenia obserwowanych problemów: bardzo często, często, czasami oraz nigdy.

Biorąc pod uwagę wskazania: bardzo często i często, czynniki będące przyczyną zaburzeń okresu adolescencji można uporządkować w następującej kolejności:

- zmiany hormonalne (81%),
- zaburzenia rozwojowe (77%),
- zmiany fizyczne i płciowe (71%),
- cechy indywidualne wynikające z niepełnosprawności (69%),
- środowisko społeczne (63%),
- czynniki genetyczne (61%).

Rozpoznanie, diagnoza i profilaktyka zaburzeń okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia

Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną ze względu na trudności w zrozumieniu norm społecznych jest w większym stopniu podatna na różne negatywne wpływy. Niepełnosprawność może spowodować nieprawidłowy przebieg socjalizacji od wczesnego dzieciństwa. Do tego mogą dołączyć przemiany związane z dojrzewaniem oraz czynniki tkwiące w środowisku społecznym. Ważna jest więc uważna obserwacja nastolatków w celu wczesnego rozpoznania problemów w funkcjonowaniu społecznym.

Diagnoza jest złożonym procesem wymagającym zgromadzenia informacji od otoczenia (rodziny, szkoły) i od samego nastolatka. Proces ten obejmuje dwa etapy. W pierwszym wykorzystuje się następujące techniki diagnozy:

- wywiad z rodzicami/opiekunami,
- rozmowa z nastolatkiem,
- opinia na temat funkcjonowania ucznia w środowisku klasy i szkoły,
- konsultacja medyczna lekarza rodzinnego.

W drugim postępowanie obejmuje:

- badanie psychologiczne,
- konsultację psychiatryczną²⁷.

Badanych nauczycieli i specjalistów zapytano o techniki diagnostyczne wykorzystywane na pierwszym etapie rozpoznawania zaburzeń okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Uzyskane wyniki wskazują, że:

- a) większość badanych (79%) swoją diagnozę opiera na wywiadzie z uczniem i rodzicem;
- b) ponad połowa badanych (55%) stosuje dodatkowo skale objawowe zachowania;
- c) techniką uzupełniającą jest analiza dokumentów (42% badanych).

²⁷ M.B. Pecyna, *Psychofizjologiczne diagnozy*, s. 20–21; A. Kołakowski, *Diagnoza zaburzeń zachowania* [w:] *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*, red. A. Kołakowski, Sopot 2024 s. 167–175.

- d) Rozpoznanie jest podstawą podjęcia dalszych działań. Wśród nich badani wymienili:
- e) pracę nad problemem wspólnie z uczniem poprzez opracowanie kontraktu czy planu działania;
- f) pracę nad problemem wspólnie z rodzicami ucznia poprzez wybór określonej strategii postępowania;
- g) pomoc nastolatкови udzielaną przez specjalistów pracujących na terenie szkoły;
- h) skierowanie ucznia do instytucji zewnętrznych (PZP, PP-P);
- i) włączenie do współpracy osób/instytucji już pracujących z rodziną nastolatka lub samym nastolatkiem (np. kuratora, asystenta rodziny).

W placówkach kształcenia specjalnego są prowadzone działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie zaburzeniom okresu adolescencji. Strategie realizowane przez pedagogów można uporządkować w następujące grupy:

- a) poszerzanie własnej wiedzy na temat zaburzeń tego okresu;
- b) współpraca z uczniem, jego rodzicami lub opiekunami;
- c) wrażliwość i uważność w relacjach z uczniem w celu wczesnego rozpoznania problemów;
- d) indywidualne podejście do ucznia oraz troska o zapewnienie mu optymalnych warunków do rozwoju;
- e) edukacja uczniów na temat zagrożeń okresu adolescencji;
- f) programy wsparcia dla uczniów, u których zdiagnozowano zaburzenia okresu dojrzewania.

Dyskusja i podsumowanie

Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w okresie dorastania jest narażona na szereg czynników, które mogą zakłócić jego przebieg. Należy tutaj wymienić czynniki indywidualne (rozwojowe, jak niepełnosprawność intelektualna, nieadekwatna samoocena, wysoki poziom lęku, niski poziom kontroli emocji), zmiany hormonalne, zmiany fizyczne i płciowe oraz środowiskowe (środowisko wychowawcze, które może powodować nieprawidłowy przebieg socjalizacji)²⁸. W tej grupie młodzieży najczęściej obserwuje się zaburzenia emocjonalno-lękowe, zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze oraz zaburzenia odżywiania. Objawy zaburzeń są najczęściej obserwowane u młodzieży w przedziale wieku 12–14 lat. Mniejsze jest ich nasilenie w wieku 15–17 lat, a także w okresie wczesnej dorosłości.

²⁸ Por. B. Bobik, *Uzależnienia wśród młodzieży na terenach dotkniętych transformacją gospodarczą*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2016, R. LVI, nr 6, s. 44; *eadem*, *Wybrane aspekty diagnozy pedagogicznej zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Wybrane przestrzenie Niepełnosprawności. Teoria, diagnoza, badania*, red. M. Penczek, A. Szafrńska, Kraków 2018, s. 33–45.

Symptomy zaburzeń są widoczne w codziennym funkcjonowaniu, dlatego istotna jest uważna obserwacja młodzieży przez pedagogów, rodziców czy opiekunów. Należy podkreślić, że zaburzenia okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia przebiegają według tych samych etapów co u pełnosprawnych rówieśników i obejmują:

- a) wczesny początek;
- b) stałe utrzymywanie się objawów;
- c) duże nasilenie objawów;
- d) różnorodność objawów;
- e) duża waga objawów;
- f) utrzymywanie się objawów w różnych środowiskach, w których funkcjonuje nastolatek²⁹.

Diagnoza szkolna zaburzeń okresu adolescencji opiera się głównie na wywiadzie z uczniem i jego rodzicami służącym wyodrębnieniu obserwowanych symptomów. Wywiad bywa uzupełniony przez specjalistów posługujących się dostępnymi narzędziami diagnostycznymi (są to na ogół kwestionariusze obserwacji, skale objawowe³⁰). Następnie podejmowane są konkretne działania. Obejmują one m.in. wspólne rozwiązywanie problemów wynikających z trudnych zachowań ucznia oraz korzystanie z oferty instytucji zewnętrznych, takich jak: poradnia psychologiczno-pedagogiczna, poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Jeśli chodzi o podejmowanie działań profilaktycznych, nauczyciele kształcą się, poszerzając swoją wiedzę na temat zaburzeń, deklarują empatię, wrażliwość i uważność w kontaktach z dorastającymi uczniami oraz wolę współpracy z ich z rodzicami. Analiza badań wykazała, że niewiele placówek organizuje grupowe programy wsparcia. Najczęściej wybiera się pracę indywidualną z uczniem dotkniętym problemem, prowadzoną przez specjalistów.

Reasumując, należy podkreślić, że problematyka związana z dorastaniem młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną jest stosunkowo rzadko podejmowana przez badaczy. Na przestrzeni ostatnich lat tematem kształtowania się tożsamości w okresie dzieciństwa i dorastania osób z niepełnosprawnością intelektualną zajęły się Anna Brzezińska i Małgorzata Rękosiewicz³¹. Zakres ich badań obejmował diagnozę tożsamości osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną w późnej adolescencji (16–19 lat) i w trakcie wchodzenia w dorosłość (20–25 lat) na tle

²⁹ A. Kołakowski, *Kliniczny obraz...*, s. 31.

³⁰ Przykłady takich narzędzi: U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, *Skale objawowe...*; U. Sajewicz-Radtke, B.M. Radtke, D. Kalka, *Kwestionariusz Agresywności Młodzieży-Reaktywność Emocjonalna. Podręcznik*, Gdańsk 2014.

³¹ M. Rękosiewicz, A. Brzezińska, *Kształtowanie tożsamości w okresie dzieciństwa i dorastania osób z niepełnosprawnością intelektualną: rola rodziny i szkoły*, „Studia Edukacyjne” 2011, nr 18, s. 23–44; M. Rękosiewicz, *Společný kontext kształtowania się tożsamości osób z niepełnosprawnością intelektualną w okresie późnej adolescencji i wylaniającej się dorosłości*, niepublikowana dysertacja doktorska, UAM, Poznań 2016.

rówieśników w normie intelektualnej. Katarzyna Rusinek w oparciu o wyniki ankiety analizowała aspiracje życiowe młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną kończącej edukację zawodową, a następnie porównywała je z planami żywioowymi pełnosprawnej młodzieży³². Korzystała z wcześniejszych badań przeprowadzonych przez Beatę Górnicką, dotyczących planów żywioowych tej grupy młodzieży³³. Z kolei Elżbieta Minczakiewicz zajmowała się perspektywami żywioowymi młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną³⁴, jakością życia rodzin z niepełnosprawnym dorastającym dzieckiem³⁵ oraz udziałem rodziny w pokonywaniu dylematów żywioowych przez dorastającą młodzież z niepełnosprawnością intelektualną³⁶.

Zasygnalizowany w artykule problem diagnozy zaburzeń okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim wpisuje się w nurt dotychczas prowadzonych badań nad złożonością procesu dorastania. Zwraca uwagę na ten ważny etap rozwoju młodego pokolenia i zachęca do dalszych poszukiwań badawczych w tym obszarze.

Bibliografia

- Bakiera L., *Czy dorastanie musi być trudne?*, Warszawa 2009.
- Bobik B., *Uzależnienia wśród młodzieży na terenach dotkniętych transformacją gospodarczą*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2016, R. LVI, nr 6.
- Bobik B., *Wybrane aspekty diagnozy pedagogicznej zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Wybrane przestrzenie Niepełnosprawności. Teoria, diagnoza, badania*, red. M. Penczek i A. Szafrńska, Kraków 2018.
- Diagnostic and Statistical Manual – DSM-IV*, APA 1994.
- Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M., *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologia oraz status obecny*, „Psychiatria Polska” 2017, nr 51(2), <https://doi.org/10.12740/PP/69660>.
- Górnicka B., *Plany żywioowe młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, Opole 2004.
- International Statistical Manual of Mental Disorder*, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/enJ> (12.07.2025)
- Kołąkowski A., *Diagnoza zaburzeń zachowania* [w:] *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, red. A. Kołąkowski, Sopot 2013.

³² K. Rusinek, *Aspiracje żywioowe młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, „Annales UMCS” 2014, Sectio J, vol. 27, nr 2, s. 101–122.

³³ B. Górnicka, *Plany żywioowe młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, Opole 2004.

³⁴ E.M. Minczakiewicz, *Perspektywy żywioowe w wyobrażeniach dorastającej pełno-, i niepełnosprawnej umysłowo młodzieży*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” 1996, t. 7, s. 295–307.

³⁵ E.M. Minczakiewicz, *Jakość życia rodzin a dylematy dorastania młodzieży z objawami niepełnosprawności intelektualnej* [w:] *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*, red. M. Flanczewska-Wolny, Gliwice–Kraków 2007, s. 245–274.

³⁶ E.M. Minczakiewicz, *Perspektywy dorastania...*

- Kołąkowski A., *Kliniczny obraz zaburzeń zachowania* [w:] *Zaburzenia zachowani u dzieci. Teoria i praktyka*, red. A. Kołąkowski, Sopot 2013.
- Kupisiewicz M., *Słownik pedagogiki specjalnej*, Warszawa 2014.
- Leonel A., *Inteligencja emocjonalna dla dzieci i młodzieży. Narzędzie dla rodziców i nauczycieli*, ebook 2024.
- Minczakiewicz E.M., *Jakość życia rodzin a dylematy dorastania młodzieży z objawami niepełnosprawności intelektualnej* [w:] *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*, red. M. Flanczewska-Wolny, Gliwice–Kraków 2007.
- Minczakiewicz E.M., *Perspektywy dorastania młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście jakości życia wychowującej ją rodziny*, „Transdyscyplinarne Studia o Kulturze i Edukacji” 2008, nr 3(63), https://kpsw.edu.pl/pobierz/wydawnictwo/Transdyscyplinarne/NOE3/63_Elżbieta%20Minczakiewicz.pdf (12.07.2025).
- Minczakiewicz E.M., *Perspektywy życiowe w wyobrażeniach dorastającej pełno-, i niepełnosprawnej umysłowo młodzieży*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” 1996, t. 7.
- Oszwa U., *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, „Remedium” 2003, nr 125–126, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/61-remedium/565-zaburzenia-zachowania-u-dzieci-i-mlodziezy.html> (31.01.2018).
- Pecyna M.B., *Psychofizjologiczne diagnozy trudności w uczeniu się*, Opole 2010, s. 18.
- Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2: *Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, B. Trempała, Warszawa 2006.
- Rękosiewicz M., *Społeczny kontekst kształtowania się tożsamości osób z niepełnosprawnością intelektualną w okresie późnej adolescencji i wylaniającej się dorosłości*, niepublikowana dysertacja doktorska, Poznań 2016.
- Rękosiewicz M., Brzezińska A., *Kształtowanie tożsamości w okresie dzieciństwa i dorastania osób z niepełnosprawnością intelektualną: rola rodziny i szkoły*, „Studia Edukacyjne” 2011, nr 18.
- Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, ebook 2017.
- Rusinek K., *Aspiracje życiowe młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, „Annales UMCS” 2014, Sectio J, vol. 27, nr 2.
- Sajewicz-Radtke U., Radtke B.M., *Skale objawowe zaburzeń okresy adolescencji. Przewodnik diagnostyczny*, Gdańsk 2012.
- Sajewicz-Radtke U., Radtke B.M., Kalka D., *Kwestionariusz Agresywności Młodzieży-Reaktywność Emocjonalna. Podręcznik*, Gdańsk 2014.
- Skowronek P., *Wybrane zaburzenia okresu adolescencji u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, niepublikowana praca magisterska pisana pod kierunkiem B. Bobik, Katowice 2025.