

## ПСИХОПАТОЛОГИЈА КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*Катарина Н. Томић<sup>1</sup>*

*Сажетак:* Деца са сметњама у интелектуалном развоју под великим су ризиком од испољавања коморбидних бихејвиоралних и емоционалних поремећаја, пре свега због генетско-биолошких фактора, који су узрок примарне ометености, али и због развојно-психолошких специфичности и социо-економских услова у којима одрастају. Процес дијагностиковања ових поремећаја може бити веома комплексан, пре свега због атипичних симптома менталних болести, али и због когнитивних и комуникационих ограничења. Постојање тзв. "двојне дијагнозе" знатно умањује квалитет живота ове деце и зато је од пресудне важности расветлити најважније ризико-факторе и омогућити адекватнију дијагностику поремећаја, да би се деца на време укључила у одговарајуће терапијско-рехабилитационе програме.

*Кључне речи:* интелектуална ометеност, интернализација, екстернализација

### УВОД

Многа истраживања показују да су деца са интелектуалном ометеношћу (ИО) под појачаним ризиком од испољавања различитих

---

<sup>1</sup> [katarinat@vaspks.edu.rs](mailto:katarinat@vaspks.edu.rs)

Visoka škola strukovnih studija za vaspitače, Kruševac

бихејвиоралних и емоционалних проблема у поређењу са децом просечне популације. Врста, тежина, ток и прогноза психопатологије условљени су етиологијом саме ометености, развојним специфичностима, као и утицајима социо-демографских и других спољашњих фактора. Код деце са лакоом ИО најфреквентнији су поремећаји понашања, пажње, анксиозност и депресивност, а ток и клиничка слика одговарају симптоматологији виђеној и код деце без интелектуалних сметњи. Са продубљивањем нивоа ИО, симптоматологија менталних поремећаја мења се у правцу веће фреквенције первазивних развојних сметњи, агресивног и самоповређујућег понашања, психотичних манифестација, соматских и вегетативних проблема и екстремне депривације социјалних контаката. Последњих деценија све је више истраживања која се баве питањем менталног здравља деце са ИО. Разлог за то јесте потреба да се боље расветле проблеми ове популације у циљу хабилитације и нормализације услова живота и функционисања деце у ужој и широј социјалној средини. Посебан акценат у процесу нормализације стављен је на питање едукације ове деце и могућности и евентуалне предности њиховог укључивања у редован систем образовања и васпитања, заједно са децом без ометености. У том смислу, потребно је проучити етиолошке, развојне, едукативне, породичне и шире социјалне факторе који повећавају ризик од психопатологије, да би се проблеми менталног здравља ове деце успешно превенирали предузимањем раних рехабилитационих мера и откљањањем или ублажавањем фактора који до њих доводе.

## ИНТЕЛЕКТУАЛНА ОМЕТЕНОСТ

Интелектуална ометеност подразумева развојну ометеност, стање, а не појединачну болест или симптом (Harris, 2005: 12). Као облик развојне ометености, ИО се односи на значајна когнитивна, адаптивна и бихејвиорална развојна кашњења, која су последица многобројних етиолошких фактора. Термин *интелектуална ометеност*, који је у употреби последњих неколико година, заменио је до тада широко распрострањен термин "ментална ретардација", који је у ширу употребу уведен 1961. године (Luckasson et al, 2002) и заменио до тада коришћене, стигматизирајуће термине: *идиотија*, *ментална субнормалност*, *слабоумност* и сл. Референтна организација за изучавање ИО, *Америчка асоцијација за интелектуалне и развојне ометености*, предлаже да термин интелектуална ометеност буде у

најширој употреби, јер подразумева динамично, а не статично поимање развојног кашњења и имплицира сложену интеракцију између ограничених когнитивних и адаптивних способности индивидуе са специфичним срединским факторима, јер се развој управо и одвија ангажовањем личних снага индивидуе у одговорима на изазове средине, путем чега она организује искуства и обезбеђује развојни напредак (Harris, 2005: 5)

Данас је опште прихваћена дефиниција интелектуалне ометености она коју даје **Америчка асоцијација за интелектуалну и развојну ометеност (AAIDD)** из 2002. године, у којој се каже да

*"Интелектуална ометеност подразумева суштинска ограничења тренутног функционисања, а карактерише се значајним исподпросечним интелектуалним функционисањем, које постоји истовремено или је у вези са ограничењима у области адаптивног понашања, што се испољава у концептуалним, социјалним и практичним адаптивним вештинама. Ова ометеност настаје пре осамнаесте године живота"* (AAIDD, 2010: 3).

Дакле, за дијагностиковање ИО потребно је проценити и **интелектуалне способности** особе, али и **адаптивно понашање** – практичне вештине које омогућавају уклапање у захтеве социјалне средине на начин који одговара узрасту особе. Ниво развијености интелектуалних способности, које обухватају општу способност резонувања, планирања, решавања проблема, апстрактног мишљења, разумевања сложених идеја, брзог учења и учења из искуства (Luckasson et al, 2002), изражава се коефицијентом интелигенције (КИ), који се процењује стандардизованим тестовима. Адаптивно понашање, које се односи на три групе вештина: *концептуалне* (самоумеравање, разумевање и коришћење симбола – говор и језик, време, новац), *социјалне* (интерперсонални односи, социјална одговорност, самопоуздање...) и *практичне* (дневне животне вештине, самопомоћ, окупационе вештине...), мери се стандардизованим скалама адаптивних способности, као што су: *Вајнеланд скале адаптивног понашања* (Sparrow et al, 2005), *Скала за процену адаптивног понашања- АБАС II* (*Adaptive Behavior Assessment Scale - ABAS, II*, Harrison & Oakland, 2003), *Скале независног понашања* (*Scales of Independent Behavior revised – SIB-R*, Bruininks et al., 1996), као и нормираном опсервацијом понашања особе у различитим контекстима. Интелектуална ометеност се дијагностикује уколико је коефицијент интелигенције, мерен стандардизованим тестовима, испод постављене границе која износи 70, а сигнификантно заостајање адаптивних способности (одређено нормама узраста и друштвене групе) присутно у најмање две сфере

адаптивних вештина. Ометеност мора настати у развојном периоду, чија је граница постављена на узрасту од 18 година.

Опште прихваћен податак везан за распрострањеност ИО указује да је преваленца овог развојног поремећаја у општој популацији од 1-3% (WHO, 2001). Чак 85% интелектуално ометених спада у категорију лаке интелектуалне ометености (КИ од 50-69), док осталих 15% одлази на теже облике (умерена, тешка, дубока ИО). Око 0,3% светске популације функционише на нивоу тешке (дубоке) ИО и она је у 50% случајева генетски детерминисана (Smith, 2005: 17). Подаци о преваленци у литератури су веома хетерогени, с обзиром на критеријуме класификовања, присуство вишеструке ометености, као и варијабилне индивидуалне карактеристике администрања дијагностичких тестова.

#### ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПРОБЛЕМИ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ РАЗВОЈУ

Многа истраживања показала су повећану учесталост психијатријских поремећаја код деце и адолесцената са ИО у односу на популацију без ометености. У зависности од операционализације варијабли, инструмената процене и карактеристика испитиваних популација, процене указују да 30-60 % деце и младих са ИО има неки психијатријски поремећај, што је три до четири пута већа заступљеност него код деце опште популације (Dekker et al, 2002). Епидемиолошка студија Ајнфелда и Тонга (1996) показала је да чак 40% деце са лаком ИО има озбиљне бихејвиоралне и емоционалне сметње, чије тежина и клиничка слика задовољавају стандардне постојећих дијагностичких критеријума (Einfeld & Tonge, 1996). Аутори наглашавају да ова деца најчешће испољавају маладаптацију, агресивност, противљење и пркос, као и асоцијално и антисоцијално понашање комбиновано са коморбидним интернализаним, емоционалним сметњама, што усложњава терапијске приступе и погоршава прогнозу (Embregts et al, 2010).

Најраспрострањенији проблеми, како показују поједине епидемиолошке студије на националним узорцима, јесу емоционални поремећаји (12%), анксиозност (11,4%), поремећај пажње са хиперактивношћу (8,9%) и поремећаји понашања (20%), што су вишеструко већи нивои заступљености него у просечној популацији (Emerson & Natton, 2007). Чак 36,8% деце са лаком ИО задовољава ДСМ-4 критеријуме коморбидних менталних обољења, која озбиљно угрожавају едукацију и социјалну интеграцију и функционисање ове

деце и смањују њихове адаптивне капацитете (Dekker et al, 2002). Интересантна студија холандских аутора, Саре Сенен и њених сарадника (2009) покушала је да расветли комплексне међуодносе интелектуално-когнитивних, адаптивних и бихејвиоралних карактеристика деце са лакоом ИО, да би, као резултат, формулисала статистичке бихејвиоралне кластере или типове функционисања ове деце, који подразумевају специфичну констелацију интелектуалних и адаптивних способности, као и типичних менталних и бихејвиоралних проблема асоцираних са њима. Анализа је издвојила четири кластера – типова деце са лакоом ИО, при чему су кластери 1 и 3 били типични по вишем нивоу интелектуалног функционисања, бољој адаптацији и социјалним вештинама, а од менталних сметњи по доминацији асоцијалног поремећаја личности, сметњи у понашању, анксиозности и депресивности, а кластери 2 и 4 по нижим општим интелектуалним способностима, лошијој адаптацији и већем присуству симптома перзавивних развојних поремећаја, тешкоћа сензорне интеграције, стереотипних понашања и социјалне изолације, као и сметњама пажње са хиперактивношћу. Кластери 1 и 3 су они у којима доминирају поремећаји личности, а кластери 2 и 4 они код којих су кључни развојни поремећаји (Soenen et al, 2009). Моделовање кластера има значаја у процесу дијагностике бихејвиорално-емоционалних сметњи, као и у планирању корективних и терапијских приступа. Такође, познавање интеркорелација свих поменутих сегмената функционисања детета са лакоом ИО и менталним проблемима може значајно утицати на боље планирање и програмирање целокупног система подршке, укључујући и процес едукације и васпитања. Јасно је да се, и у оквиру категорије лаког интелектуалног заостајања код деце (КИ 50-69, лако заостајање адаптивних способности – до 2 СД од просека), са продубљивањем нивоа ометености мењају симптоми менталних обољења, што може сугерисати димензионалност и значајне различите у функционисању, развојним карактеристикама и проблемима деце која се налазе унутар исте категорије интелектуалне ометености.

Упркос познатој чињеници о високој заступљености менталних проблема код деце са ИО, постоји општи тренд занемаривања и непрепознавања симптома менталних болести, пре свега због феномена *дијагностичке замагљености*, атипичних клиничких испољавања, комплексног коморбидитета стања и неадекватних инструмената процене. Поред институција примарне здравствене заштите и психијатријско-рехабилитационих служби, велика улога у иницијалном скринингу поремећаја и покретању дијагностичко-терапеутских

поступака припада школама и наставницима који раде са овом децом, пре свега путем промовисања питања менталног здравља кроз процес наставе и васпитања, као и директног учешћа у препознавању симптома и упућивања детета одговарајућим стручним службама. Исто тако, познато је да се родитељи најчешће обраћају наставном особљу у потрази за информацијама о здрављу и проблемима њихове деце (Taggart & McMullan, 2007). Јасно је, ипак, да је потребна боља и свеобухватнија *едукација наставног кадра* који ради са децом са ИО о менталним проблемима и поремећајима, начинима њиховог испољавања и препознавања, као и могућим приступима и раду са дететом које има двојну дијагнозу. Једно од могућих решења било би организовање додатних едукација и тренинга наставника од стране стручних психијатријских служби, чиме би се поспешила могућност наставника да адекватно препознају знаке менталне болести код својих ученика применом одговарајућих скрининг техника. Поред тога, овим поступком побољшала би се индивидуализација васпитно-образовног приступа ометеном детету узимањем у обзир и специфичности његовог менталног здравља. Све ово неопходно је из разлога што и данас веома мали број деце са сметњама у интелектуалном развоју, која имају коморбидних менталних проблема прима адекватну психолошку и психијатријску помоћ. Третман се своди, у главном, на модификацију понашања која је једнострана и има за циљ уклапање детета у социјалне и конвенционалне норме, а не брига о његовом менталном здрављу и благостању.

## ДВА ПОЛА ПРОБЛЕМА

Психопатологија код деце може се посматрати из угла димензионалног или категоријалног приступа, као и уважавањем развојних карактеристика поремећаја, узимањем у обзир комплексне интеракције индивидуалних и срединских фактора у настанку проблема. Док категоријални приступ подразумева дијагностиковање поремећаја на основу присуства и изражености клиничких симптома одређених категорија менталних обољења дефинисаних у стандардним класификационим системима, димензионални приступ предвиђа сврставање карактеристичних психопатолошких испољавања у кластере симптома – синдроме, добијене калстер-факторском статистичком анализом (Mash & Barkley 2003: 43). Димензионално, психопатолошка испољавања код деце, па и оне са ИО, могу се посматрати кроз припадност једној од две дистинктивне димензије

симптома и проблема: *екстернализованој*, која подразумева мањак личне контроле и агресивност, деструктивност, хиперактивност, пркосност и асоцијалне тенденције и, с друге стране, *интернализованом*, која је последица прејакне личне контроле и обухвата симптоме повлачења, дисфорије, анксиозности и депресивности. Ове две дихотомне димензије дечје психопатологије представљају широке категорије проблема у које се могу укључити и симптомски варијетети појединачне дијагностичких категорија постојећих класификационих система (Achenbach & Edelbrock, 1978). Екстернализовани проблеми генерално су стабилнији од интернализованих и имају лошију прогнозу, као и релативну отпорност на терапијске интервенције. Такође, екстернализоване сметње чешћи су разлог дијагностичких евалуација и третмана, посебно код деце школског узраста, зато што подразумевају дисруптивна понашања, која се лако уочавају и представљају велики проблем у едукацији и социјализацији деце, као и фактор који породица, вршњаци и наставници препознају као посебно проблематичан. Ови подаци репрезентују различите ставове које средина има према различитим врстама психопатолошких испољавања код деце и делимично објашњавају због чега подаци о преваленци говоре да су маладаптивна понашања бар два пута чешћа од интернализованих сметњи. Озбиљне сметње понашања, на пример, наставници у раду и односу са децом доживљавају као највећи проблем, који код њих доводи до пораста нивоа стреса, незадовољства послом и интензивнијег усмеравања пажње на та испољавања.

Иако је учињено много напора да се постигне валидност и поузданост класификационих критеријума и схема дечје психопатологије, остаје јасно да је веома тешко установити довољно поуздан систем класификације, пре свега због фактора као што су: велика варијабилност и атипичност симптоматологије, знатна преклапања симптома различитих поремећаја, чест коморбидитет, хетерогеност етиологије, као и неизоставан, али понекад тешко разлучив утицај развојних фактора на моделовање клиничких слика, где се већина понашања карактеристичних за ментална обољења често јавља и као пролазна развојна фаза током сазревања (Mash & Barkley 2003: 31). Овај проблем постаје посебно изражен када су у питању деца са ИО, иако истраживања показују да су психопатолошка испољавања деце са лаком ИО симптоматски, прогностички и етиолошки слична испољавањима код деце без интелектуалних сметњи, па се стандардни поступци дијагностиковања и терапије могу са успехом примењивати.

## ФАКТОРИ ПОЈАЧАНЕ ВУЛНЕРАБИЛНОСТИ

Узрочници који доводе до појачане вулнерабилности деце са ИО на поједине облике психопатологије могу се посматрати у контексту оних који потичу од самог детета, као и оних који подразумевају удео фактора уже и шире социјалне средине и интеракцију поменутих чинилаца. Као и у психопатологији деце просечне популације, фактори ризика за менталне болести и проблеме могу бити везани за нарушено физичко стање и хроничне болести детета, претходну психопатологију, карактеристике темперамента, проблеме у учењу, стресне животне догађаје, менталне проблеме и социопатију родитеља, дисфункционалност породице, живот са једним родитељем и низак социо-економски статус породице (Dekker & Koot, 2002). Студије су показале и значајан утицај пола и узраста детета на карактеристике симптома менталних поремећаја, при чему је рано детињство период озбиљнијих и израженијих проблема, посебно екстернализованих. Дечаци су генерално осетљивији, са много израженијим екстернализованим него интернализованим сметњама (Emerson & Natton, 2007). Неки ризико фактори специфично предвиђају одређену димензију проблема, па тако нпр. социопатија родитеља, низак социо-економски статус и дисфункционалност породице имају значајног удела у испољавању екстернализованих сметњи и маладаптације, док су анксиозност и депресивност мајке, смрт родитеља и хроничне болести деце значајни предиктори анксиозно-депресивних и других интернализованих проблема (Dekker & Koot, 2002).

## ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ ПОРЕМЕЋАЈА

Дијагностиковање психопатологије код деце са ИО заснива се на клиничкој процени менталног статуса и личној и породичној анамнези, примени структурисаних интервјуа, упитника, чек-листи понашања, стандардизованих тестова, као и неуролошких и неуропсихолошких прегледа (Harris, 2005: 161). Специфичности дијагностиковања подразумевају уважавање етиологије ометености, придружених сметњи, као и процењеног развојног, когнитивног и адаптивног нивоа детета и прилагођавање критеријума стандардних класификационих система менталних обољења карактеристикама симптома. Клиничари ангажовани у процени морају, такође, узети у



обзир и евентуалне срединске чиниоце и стресоре, који су могли изазвати психопатолошке реакције и проблеме у понашању, као што су: промена места становања или школе, смрт блиске особе, физичко злостављање, академски неуспех, вршњачко насиље, задиркивање и малтерирање, којима су ова деца често изложена и који могу утицати на компензаторне механизме детета и смањити капацитет за успешно превладавање стресних ситуација и адаптацију. У процесу дијагностиковања, МКБ-10 и ДСМ-4 критеријуми менталних обољења могу се успешно примењивати код деце и малдих са лакшим сметњама, а Светска здравствена организација је 1996. године издала и специјалан МКБ-10 водич за менталну ретардацију, који садржи мултиаксијалне стандарде као помоћ у примљени стандардних критеријума у популацији особа са интелектуалним сметњама (WHO, 1996).

Најчешћи практичан начин дијагностиковања широке лепезе интернализаних и екстернализованих проблема код деце са лаком ИО ослања се на примену чек-листа и рејтинг скала, које процењују различите аспекте емоционалних и бихејвиоралних тегоба (Koskentausta et al, 2007). Већина инструмената и скала који се користе у дијагностиковању менталних проблема деце и адолесцената просечне популације, примењиви су и када су у питању деца са лаком ИО, због релативно очуваних когнитивних капацитета и вербалних способности, као и сличности клиничких испољавања. Поред опште коришћених, постоје и инструменти дизајнирани посебно за потребе популације са интелектуалним сметњама. Чек-листе и рејтинг скале базиране су најчешће на систему мултиплих информаната, који подразумева да мишљење о детету и његовом понашању дају различите особе из његовог окружења, које комуницирају са дететом у различитим контекстима и врстама релација. Исто тако, деца и адолесценти са лаком ИО могу бити и субјекти самопроцена и самостално извештавати о властитим проблемима и тегобама. Неке од најчешће коришћених скала и чек-листа су:

1) Чек-листа дечјег понашања – „*Child Behavior Checklist – CBCL*“, садржи ајтеме везане за социјалну компетентност детета, као и 118 проблемских ајтема, који се односе на различите аспекте понашања. Ова скала широко се примењује у истраживачкој и клиничкој пракси, преведена је на 80 језика и поседује мултикултуралне додатке са нормама прилагођеним различитим поднебљима (Achenbach & Rescorla, 2001). Скала даје скорове тоталних проблема, интернализације и екстернализације, као и појединачних субскала које припадају поменути димензијама понашања. Такође, скала обезбеђује и ДСМ-4 оријентисане субскале, које кореспондирају

са стандардним критеријумима менталних обољења по ДСМ-4 класификацији, што има велики практичан значај. Поузданост и валидност овог инструмента доказане су и када су у питању деца са лаком ИО, тако да се може успешно користити у дијагностици (Borthwick-Duffy et al, 1997).

2) Једна од структурисаних чек-листа, дизајнираних посебно за особе са ИО је Скала адаптивног понашања – "*Adaptive Behavior Scale – ABS*", Америчке асоцијације за интелектуалну и развојну ометеност (AAIDD), некада Америчке асоцијације за менталну ретардацију. Ова скала мери два аспекта функционисања, личну независност и социјалне вештине, кроз процену функционалне самосталности и одговорности у дневним животним активностима, као и маладаптивно понашање и психолошке проблеме (Bean & Roszkowski, 1982).

3) За децу са интелектуалном ометеношћу дизајнирана је структурисана Чек-листа развојног понашања – „*Developmental Behavior Checklist (DBC)*“, са верзијама за родитеље, наставнике, као и верзијом за одрасле са ИО (Einfeld & Tonge, 1995). Ова скала процењује пет фактора или синдрома: дисруптивно понашање, преокупираност собом, комуникационе дефиците, анксиозност и социјално повезивање и најчешће се користи за процену психопатологије код деце са тежим облицима ометености, али има своју примену и код млађе деце са лаком ИО, посебно уколико се ради о присуству коморбидних стања, као што је дечји аутизам, или генетској етиологији ометености (нпр. Синдром фрагилног "X").

4) Једна од специјализованих скала за процену димензије екстернализације, агресивности и хостилног понашања код деце са ИО је Дечја скала хостилности и агресије: реактивне/проактивне – „*Children`s Scale for Hostility and Aggression, Reactive/Proactive – (C-SHARP)*“, која садржи 48 ајтема у две Ликертове скале: *проблемском скалом*, која мери фреквенцију и тежину симптома и *скалом провокације*, где се одређује ниво проактивности или реактивности агресивних испада (Farmer & Aman, 2009). Факторском анализом ајтема скале добијено је пет фактора или субскала: *вербална агресија, малтертирање, прикривена агресија, хостилност и физичка агресија*, тако да овај инструмент покрива широку лепезу типова агресивних понашања које деца испољавају. Скала има добру поузданост, факторску валидност и високе интер-рејтер и тест-ретест коефицијенте (Farmer & Aman, 2009), тако да се може сматрати поузданим инструментом за процену маладаптивног понашања код деце са ИО.

Неки од инструмената који су такође у употреби, а дизајнирани су за децу и адолесценте без ИО су: Профил расположења за

адолесценце – „*Profile of Mood-states for Adoelscents (POMS-A)*“, који помоћу 24 ајтема, а на основу самопроцена, мери шест димензија расположења – бес, конфузију, депресију, умор, тензију и енергију (Terry et al, 1999), као и Инвентар депресивности за децу – „*Children`s Depression Inventory (CDI)*“, који садржи 27 ајтема-изјава на тростепеној Ликертовој скали и даје скорове субскала *негативног расположења, интерперсоналних проблема, неефикасности, анхедоније и негативног самопоштовања*, што значи да мери све важне конструкте који експланаторно и предиктивно карактеришу депресивне симптоме код деце и адолесцената (Kovacs, 1992). Наравно, у употреби је још много различитих инструмената који мере уже или шире димензије понашања и менталних потешкоћа код деце, с тим што за већину њих није вршено довољно емпиријских провера да би се могли успешно примењивати и код деце са сметњама у интелектуалном развоју.

## ЗАКЉУЧАК

Комплексна етиологија интелектуалне ометености, која подразумева садејство биолошких, психолошких и социјалних фактора, условљава велики ризик од испољавања коморбидних психопатолошких сметњи, посебно код деце и младих са когнитивно-адаптивним заостајањем. Секундарна ометеност, изражена кроз суперпониране емоционалне и бихејвиоралне поремећаје, додатно компликује процес рехабилитације и може значајно да компромитује едукацију и социјалну интеграцију ове деце. Рано дијагностиковање поремећаја кључно је за адекватно терапијско деловање, али најпре треба применити методе примарне превенције, тј. уклањања или минимизирања фактора ризика, посебно оних који потичу из уже и шире социјалне средине и подложни су модификацији, да би се спречило испољавање проблема и побољшао квалитет живота деце с интелектуалним сметњама.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1978). *The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts.*; Psychological Bulletin 85:1275-301.
2. Achenbach, T.M, Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
3. *American Association on Intellectual and Developmental disabilities* (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification and Systems of Supports*, 11 th edition, Washington DC, USA.
4. Bean, A.G., Roszkowski, M.J. (1982). *Item-Domain Relationships in the Adaptive Behavior Scale (ABS)*. *Applied Research in Mental Retardation*; 3: 359-367.
5. Borthwick-Duffy, S.A., Lane, K.L., Widaman, K.F. (1997). *Measuring Problem Behaviors in Children with Mental Retardation: Dimensions and Predictors*. *Research in Developmental Disabilities*; 18(6): 415-33.
6. Bruininks, R.H, Woodcock, R.W., Weatherman, R.F. et al. (1996). *Scales of independent behavior revised (SIB-R)*. Toronto: Thomas Nelson Corp.
7. Dekker, M.C., Koot, H.M., Van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2002). *Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability*. *Journal of Childhood Psychoogy and Psychiatry*; 43 (8): 1087-98.
8. Einfeld, S.L., Tonge, B.J. (1995). *The developmental behaviour checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioural and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 25(2): 81–104.
9. Einfeld, S.L., Tonge, B.J. (1996). *Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II epidemiological findings*. *Journal of Intellectual Disability Research*; 40: 99–109.
10. Embregts, P.J.C.M., du Bois, M.G, Graef, N. (2010). *Behavior problems in children with mild intellectual disabilities: An initial step towards prevention*. *Research in Developmental Disabilities*; 31: 1398-1403.
11. Emerson, E, Hatton C. (2007). *The mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain*. *Br J Psychiatry*; 191: 493-9.

12. Farmer, C.A., Aman, M.G. (2009). *Development of the Children's Scale of Hostility and Aggression: Reactive/Proactive (C-SHARP)*. *Research in Developmental Disabilities*; 30: 1155–67.
13. Harris, J.C. (2005). *Intellectual Disability: Understanding It's Development, Causes, Classification, Evaluation and Treatment*. Oxford University Press, Cary, NC, USA.
14. Harrison, P, Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System-II*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
15. Koskentausta T., Livanainen. M., Almqvist, F. (2007). *Risk factors for psychiatric disturbance in children with ID*. *Journal of Intellectual Disability Research*; 51 (1): 45-53.
16. Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
17. Luckasson, R., et al (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
18. Mash, J.E., Barkley, R.A. (2003). *Child Psychopathology*. NY, USA: The Guilford Press.
19. Smith, M. (2005). *Mental Retardation and Developmental Delay: Genetic and Epigenetic Factors*. Cary, NC: Oxford University Press.
20. Soenen, S., Van Berckelaer-Onnes, I., Scholte, E. (2009). *Patterns of intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation*. *Research in Developmental Disabilities*; 30: 433–44.
21. Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., Balla, D.A., et al (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales (2nd ed)*; Shoreview, MN: AGS.
22. Taggart, L.P., McMullan, P. (2007). *An exploratory study of teachers' knowledge about the symptoms of depression in young people with and without intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disabilities*; 11(2): 183-95.
23. Terry, P.C., Lane, A.M., Lane, H.J., Keohane, L. (1999). *Development and validation of a mood measure for adolescents*. *Journal of Sports Sciences*; 17: 861-72.
24. World Health Organization (1996). *ICD-10 Guide for Mental Retardation*. Geneva: World Health Organization.
25. World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva.

## PSYCHOPATHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

*Summary:* Children with intellectual disability are at high risk of comorbid behavioral and emotional disorders, primarily due to genetical and biological factors that have caused the initial disability, but also because of developmental and psychological specificities and socio-economic conditions in which they grow up. In these cases, diagnostic process can be very complex, primarily because of the great variability of the symptoms and their atypical presentations, but also because of serious cognitive and communicative limitations. The existence of so called „dual diagnosis“ significantly reduces the quality of life of these children and that is why it is crucial to detect the most important risk factors and to provide early and accurate diagnostics of the mental disorders, so that these children could be included in appropriate therapeutical and rehabilitation programs as early as possible.

**Key words:** intellectual disability, internalization, externalization