

Damian Skrypnik¹, Aleksandra Jankiewicz², Katarzyna Skrypnik³

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Szkoła Podstawowa nr 4 im. Jana Brzechwy w Swarzędzu

³Poradnia Dietetyczna „Zdrowa Dieta” w Promnicach

Agresja — złożony problem dzieci z niepełnosprawnością intelektualną — opis przypadku

Aggression — complex problem of children with mental disability — case report

Abstract

Girl age 13 years (JS), has a diagnosis of mild mental disability. She is a pupil of school for mentally disabled children. She undergone a psycho-pedagogical observation during holiday camp for children with mental disabilities. Her mother, active alcoholic, had manifested no parental attitudes toward JS. During observation JS presented psychomotor hyperactivity. It was manifested by verbal and physical aggression. There was gradation of aggressive behavior during the attack. Following sources of aggression were diagnosed: mild mental disability, abnormal pattern of attachment to mother, pathology of family. The girl needs immediate, intense and long-term therapeutic, pedagogical and psychological intervention. However, there is a concern that it may not achieve positive outcome.

The aim of the study was to provide a clinical presentation of expression and the possible sources of aggression in children with mild mental disability.

Psychiatria 2015; 12, 2: 104–107

key words: aggression, mental disability, child, observation

Dane z wywiadu środowiskowego i z dokumentacji medycznej

JS, dziewczynka, lat 13. Uczennica szkoły specjalnej. Mieszka z matką, konkubentem matki i dwójką rodzeństwa (młodszy brat i starsza siostra). Zdiagnozowano u niej niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim oraz padaczkę. Matka: lat 35, wykształcenie podstawowe, podejrzenie niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, alkoholiczka czynna. Ojciec: rozwiedziony z matką JS, przebywa w więzieniu. Konkubent matki: w przeszłości podejrzewany o molestowanie seksualne dzieci. Młodszy brat: lat 12, chory na padaczkę, stwierdzona niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim, uczeń szkoły specjalnej. Starsza siostra: brak niepełnosprawności intelektualnej.

Adres do korespondencji:

Damian Skrypnik; Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego UM, ul. Szamarzewskiego 84; 60–569 Poznań
e-mail: damian.skrypnik@gmail.com

Dane z obserwacji

Dziewczynka została poddana dwutygodniowej obserwacji psychologiczno-pedagogicznej w trakcie pobytu na wakacyjnym obozie wypoczynkowym dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie.

Zaobserwowane stosunki z członkami rodziny.

Matka→JS: brak postawy rodzicielskiej, chłodna i zdystansowana. JS→matka: stosunek koleżeński, ignorowanie poleceń. JS→rodzeństwo: stosunek opiekuńczy. JS→starsza siostra: posłuszeństwo. JS→wychowawca obozowy: agresja, potrzeba zainteresowania swoją osobą.

Zdolności motoryczne. Brak ograniczeń w poruszaniu się, sprawna fizycznie, dobra sprawność manualna.

Komunikacja werbalna i mowa. Brak trudności ze zrozumieniem większości słów i poleceń, sporadycznie nie znała znaczenia trudniejszych wyrazów. Mowa czynna była zaburzona: JS wymawiała niektóre wyrazy z błędami, sylabizując dłuższe słowa.

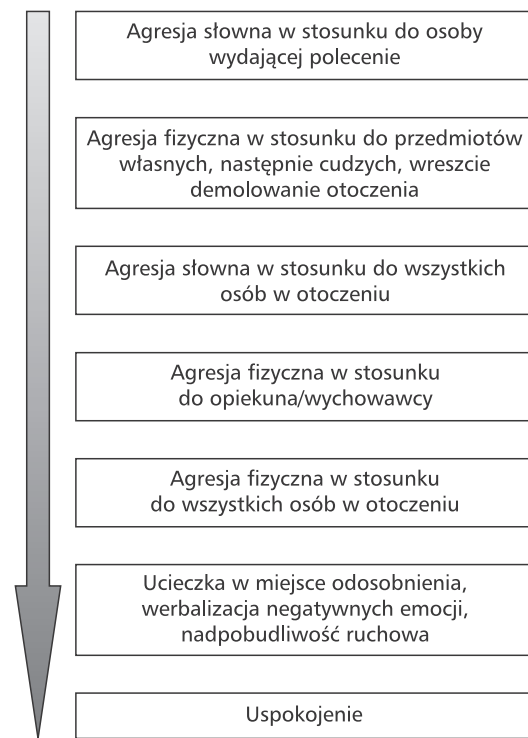
Samodzielność i samoobsługa. Samodzielna w sytuacjach życia codziennego, potrzebna pomoc w ubie-

raniu. JS myła się samodzielnie, ale bez nadzoru robiła to niedokładnie.

Kontakty społeczne. JS lubiła towarzystwo innych ludzi, dość szybko nawiązywała kontakty z nowo poznаныmi osobami. Miała przyjaciół, z którymi spędzała dużo czasu, na przykład kolega z klasy, również uczestnik obozu, który miał problemy z poruszaniem się. JS pomagała mu w chodzeniu i jedzeniu. JS często szukała bliskiego kontaktu fizycznego (np. przytulanie, trzymanie za rękę).

Zainteresowania. Dziewczynka lubiła zajęcia sportowe, biegi, gry zespołowe i karciane, śpiew; odnosiła sukcesy w konkurencjach sportowych; zajęcia plastyczne ją nudziły.

Zaburzenia zachowania. U JS występowała nadpobudliwość psychoruchowa. Przejawiała się ona agresją słowną oraz fizyczną. Wyraźnie zaznaczona była gradacja zachowań agresywnych podczas ataku agresji. Jej przedmiotem była, w początkowej fazie ataku, osoba (najczęściej opiekun lub wychowawca), która wydała JS dowolne polecenie. W stosunku do tej osoby JS stosowała agresję słowną (groźby, przekleństwa). Następnie celem zachowań agresywnych (agresja fizyczna) stawały się przedmioty (niszczenie własnych drobnych przedmiotów, następnie niszczenie przedmiotów należących do współlokatorów, wreszcie demolowanie otoczenia). W kolejnej fazie dziewczynka stosowała agresję słowną do wszystkich osób znajdujących się w jej otoczeniu. Następnie JS przechodziła do agresji fizycznej w stosunku do wychowawcy (szczypanie, bicie). Kolejną fazą była agresja fizyczna w stosunku do wszystkich osób w jej otoczeniu. Końcowym elementem ataku agresji była ucieczka dziewczynki w miejsce odosobnienia. W tym etapie dziewczynka przez kilkanaście minut werbalizowała swoje negatywne emocje oraz wykazywała nadpobudliwość ruchową (chodzenie, siadanie i wstawanie).



Rycina 1. Gradacja zachowań agresywnych w trakcie ataku agresji u JS

Figure 1. Gradation of aggressive behavior during the attack of aggression in JS

Po kilkudziesięciu minutach uspokajała się. Atak agresji ulegał przerwaniu, jeśli osoba wywierająca na JS presję (wydająca polecenie, stawiająca zakaz) zaniechała swoich działań. W trakcie ataku agresji u JS występowała całkowita niezdolność do kontroli własnych emocji. Gradację zachowań agresywnych w trakcie ataku agresji u JS przedstawiono na rycinie 1. Nie zaobserwowano u dziewczynki aktów autoagresji.

Tabela 1. Podział niepełnosprawności intelektualnej (NI) na dwie główne grupy [2]

Table 1. Mental disability division into two main groups [2]

Cecha NI	Grupa I – NI konstytucjonalna	Grupa II – NI patologiczna
Stopień NI	Z reguły lekki (IQ >50)	Z reguły umiarkowany, znaczny lub głęboki (IQ < 50)
Wiek w chwili rozpoznania	Szkolny	Przedszkolny
Zmiana częstości wykrywania z wiekiem	Jawnie zmniejszona po ustaniu obo- wiązku szkolnego	Bez zmiany
Zmiany organiczne w OUN	Brak	Obecne w większości przypadków
Wpływ statusu psychosocjologicznego rodziny	Znaczny	Brak lub niewielki
Częstość występowania	20–30/1000	3/1000

IQ (intelligence quotient) — iloraz inteligencji; OUN — ośrodkowy układ nerwowy

Tabela 2. Wzorce przywiązania do matki wg. Sroufe i Crittenden [3, 4]

Table 2. Patterns of attachment to mother- Sroufe and Crittenden [3, 4]

Typ wzorca	Wzorec przywiązania	Charakterystyka dziecka	Regulacja emocji
B — bezpieczny	Matka jako „bezpieczna baza” swobodna eksploracja Dobry kontakt z otoczeniem Swobodne zwracanie się do matki po wsparcie	Przekonanie o własnej wartości Pozytywne atrybucja wydarzeń Pozytywna atrybucja intencji innych ludzi	Zdolność do diadycznej, a później samodzielnej regulacji emocji Skuteczność w obniżaniu nadmiernego napięcia Zdolność do rozróżniania stanów emocjonalnych i odpowiadającej im ekspresji
C — ambiwalentny	Niepewność w kontakcie z matką Brak swobodnej eksploracji Silny lęk przed separacją Zmienność nastrojów	Niepewność do własnej wartości Przekonanie o nieprzewidywalności świata zewnętrznego Sprzeczna atrybucja wydarzeń i intencji	Rozszczepienie stanów emocjonalnych Manipulacyjne wykorzystywanie ekspresji emocjonalnej Dostosowywanie własnej emocjonalności do otoczenia Niebranie odpowiedzialności za regulowanie swoich stanów emocjonalnych
A — unikający	Pozorna niezależność od matki Unikanie bliskiego kontaktu z matką	Przekonanie o niskiej wartości własnej Brak bezpośredniego poszukiwania wsparcia w sytuacji dystresu Negatywna atrybucja zachodzących wydarzeń Negatywna atrybucja intencji innych ludzi	Hamowanie uczuć dystresu i złości Prezentowanie fałszywego afektu Trudności w rozpoznawaniu własnych emocji
D — zdeorganizowani	Brak spójnego wzorca przywiązania Lęk przed matką Dezorientacja w kontakcie z matką	Dezorientacja co do obrazu siebie i innych Zmienne, lękowe atrybucje intencji Atrybucja świata zewnętrznego jako niebezpiecznego	Zawężenie świadomości własnych stanów emocjonalnych Nagle zmiany w ekspresji różnych emocji Niezdolność do normatywnej samoregulacji emocji

Dziewczynka bardzo gwałtownie reagowała na jakiegokolwiek zakazy, nawet jeśli dotyczyły one całej grupy. Nie stosowała się do zakazu, nawet po wytłumaczeniu, dlaczego był on uzasadniony (np.: nie wchodzić do jeziora, nie umiesz pływać i możesz się utopić). JS nie wykazywała zaburzeń lękowych.

Próba diagnozy

U JS występowały trzy główne grupy zaburzeń psychiki. Pierwszą z nich była niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim. Mogła ona mieć kilka źródeł:

1. Patologia rodziny, która może doprowadzić nie tylko do niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, ale również do nieprzystosowania rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego i zachowań antyspołecznych [1]. W rodzinie JS występowały: alkoholizm, zachowania antyspołeczne, przemoc, kumulacja niekorzystnych czynników biopsychicznych, trudne warunki bytowe; rodzina ta była niepełna (brak ojca). Właśnie nieprawidłowe środowisko rodzinne wydaje się być najsilniejszym z czynników, które spowodowały niepełnosprawność intelektualną dziewczynki.

2. Organiczne lub urazowe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).
3. Wady genetyczne odziedziczone po rodzicach.
4. Potencjalne spożywanie przez matkę JS alkoholu w czasie ciąży, co mogło doprowadzić do wystąpienia u JS alkoholowego zespołu płodowego (FAS, *fetal alcohol syndrome*) lub skutków picia alkoholu w ciąży (FAE, *fetal alcohol effects*). JS nie była nigdy badana w kierunku żadnego z tych zespołów.

Konieczne jest zdiagnozowanie, jaki typ niepełnosprawności intelektualnej występuje u JS — istnieją dwa główne i przedstawiono je w tabeli 1 [2]. Niepełnosprawność intelektualna JS ma cechy niepełnosprawności konstytucjonalnej.

Druga grupa zaburzeń JS to nieprawidłowa relacja z matką. Matka JS jest dla dziewczynki figurą przywiązania. Zgodnie ze Sroufe [3] i Crittenden [4] wyróżnia się cztery typy wzorca przywiązania do matki (tab. 2). W przypadku JS obecne były elementy dwóch wzorców przywiązania do matki: A — unikającego i D — zdeorganizowanego. JS unikała bliskiego kontaktu z matką, nie szukała u niej wsparcia w sytuacji dystresu. Cechowały ją nagłe zmiany w ekspresji emocji, niezdolność do normatywnej samoregulacji emocji oraz zawężenie świadomości własnych stanów emocjonalnych.

Trzecia grupa zaburzeń psychiki JS to agresja. Zdiagnozowano jej następujące źródła:

1. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim.
2. Wzorec przywiązania do matki A+D. Dziewczynka, hamując uczucie złości i dystresu, kumulowała je w sobie, następnie ulegały one ekspresji w formie agresji. Poza tym JS nie miała świadomości własnych stanów emocjonalnych i zdolności do normatywnej samoregulacji emocji, co skutkowało gwałtownymi wybuchami złości.
3. Patologia rodziny.

Podsumowanie

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim są zdolne do ograniczonego, ale w pewnym zakresie samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Wykształconą samodzielność mogą zabrać ze sobą w dorosłe życie. Wymaga to jednak olbrzymiej pracy rodziców, opiekunów, wychowawców i terapeutów. JS nie była poddawana prawidłowemu, adekwatnemu do swoich potrzeb procesowi wychowawczo-terapeutycznemu. Istnieje więc duże ryzyko pogłębienia się jej niepełnosprawności intelektualnej oraz nieprzystosowania społecznego. Dziewczynka wymaga natychmiastowej, intensywnej i długotrwałej interwencji terapeutycznej, pedagogicznej i psychologicznej. Występuje jednak obawa, że z powodu licznych dotychczasowych zaniedbań i patologii rodzinnej może ona nie odnieść spodziewanego, pozytywnego rezultatu.

Streszczenie

U trzynastoletniej dziewczynki (JS) zdiagnozowano niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim. Jest uczennicą szkoły specjalnej. Została poddana dwutygodniowej obserwacji psychologiczno-pedagogicznej w trakcie pobytu na wakacyjnym obozie wypoczynkowym dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Matka JS nie przejawiała w stosunku do niej postawy rodzica, jest czynną alkohololiczką. Ojciec odbywa wyrok pozbawienia wolności. W trakcie obserwacji u JS występowała nadpobudliwość psychoruchowa. Przejawiała się ona agresją słowną oraz fizyczną. Wyraźnie zaznaczona była gradacja zachowań agresywnych podczas ataku agresji. Zdiagnozowano następujące źródła agresji: niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim, nieprawidłowy wzorec przywiązania do matki, patologia rodziny. Dziewczynka wymaga natychmiastowej, intensywnej i długotrwałej interwencji terapeutycznej, pedagogicznej i psychologicznej. Występuje jednak obawa, że może ona nie odnieść pozytywnego rezultatu. Celem pracy jest przedstawienie sposobu ekspresji oraz możliwych źródeł agresji u dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną.

Psychiatria 2015; 12, 2: 104–107

słowa kluczowe: agresja, niepełnosprawność intelektualna, dziecko, obserwacja

Piśmiennictwo

1. Zarebska G. Patologia społeczna rodziny a nieprzystosowanie społeczne dzieci i młodzieży lekko upośledzonej umysłowo. W: Binczycka-Anholcer M. (red.). Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego. Zakład Wydawniczo Produkcyjny Folia, Warszawa 2005: 184–193.
2. Materna-Kiryłuk A. Niepełnosprawność intelektualna. Katedra i Zakład Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Źródło internetowe: http://www.kgm.amp.edu.pl/uploads/media/Niepelnosprawnosc_intelektualna_01.pdf; 6.10.2014.

3. Sroufe A. Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years. Cambridge University Press, Cambridge 1995.
4. Crittenden P.M. Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder. W: Dollinger S.M.C., DiLalla L.F. (red.). Assessment and intervention across the lifespan. Erlbaum, Hillsdale 1997: 35–76.