

## **Metody leczenia zachowań destrukcyjnych i agresywnych u osób ze znaczną niepełnosprawnością rozwojową i intelektualną**

R. Matthew Reese, Jessica Hellings i Stephen Schroeder

### **Wstęp**

Osoby ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną (NI) coraz częściej mogą liczyć na wsparcie w ramach programów opieki środowiskowej. Odpowiednia opieka środowiskowa obejmuje także skuteczne leczenie nieprawidłowych zachowań, takich jak niszczenie mienia, agresja i samouszkodzenia. Leczenie zachowań agresywnych i destrukcyjnych w tej grupie pacjentów wymaga przede wszystkim zrozumienia przyczyn takich zachowań u konkretnej osoby. Gwałtownie rozwija się nasza wiedza neuropsychiatryczna, medyczna i behawioralna, podobnie jak możliwości leczenia psychofarmakologicznego. Postęp obserwuje się też w dziedzinie łączenia informacji z różnych dziedzin, genetyki, neurologii, medycyny i psychologii behawioralnej (Schroeder i wsp., 2002). Rozwijane są modele skutecznego działania zespołowego, które promują współpracę między specjalistami z różnych dziedzin, z medycyny i psychologii behawioralnej (Freeman i wsp., 2005; Koegel i wsp., 1996; Singh i wsp., 2002).

W tym rozdziale proponujemy zintegrowane, zespołowe podejście do badania i leczenia zachowań destrukcyjnych oraz agresywnych u osób ze znaczną NI. Rozpoczniemy rozdział od przedstawienia niektórych, często przeoczonych w badaniu, schorzeń somatycznych i zaburzeń neuropsychicznych, które mogą wyzwać lub nasilać agresywne i destrukcyjne zachowania. Leczący osobę NI lekarz opiera ocenę takich zachowań w znacznym stopniu na relacjach opiekunów pacjenta. Musi także zebrać dokładny wywiad chorobowy, neuropsychiatryczny i farmakologiczny.

Następnie przedstawimy zasady badania i oceny problemu oraz możliwości leczenia zachowań agresywnych i destrukcyjnych, podkreślając znaczenie

wspólnych działań w tej dziedzinie badaczy i klinicystów stosujących metody behawioralne oraz specjalistów opieki zdrowotnej i neuropsychiatrycznej.

W ostatniej części rozdziału proponujemy model skutecznego leczenia osoby wykazującej zachowania agresywne i destrukcyjne. Model oparty jest na wynikach pracy Uniwersytetu w Kansas nad przygotowaniem systemu Wspierania Pozytywnych Zachowań (Freeman i wsp., 2005).

## Przyczyny medyczne

Niezwykle ważne jest wczesne rozpoznanie i leczenie leżących u podłoża zachowań destrukcyjnych schorzeń somatycznych. Poważne zaburzenia zachowania, takie jak samouszkodzenie czy agresja, mogą wiązać się z bólem (Breu i wsp., 2003). Ponieważ osoby ze znaczną NI często nie mówią, dlatego nie potrafią określić uczucia bólu ani opisać objawów choroby (Breau i wsp., 2004). Badacze poszukiwali pozawerbalnych oznak bólu lub choroby u osób NI (Zwakhalen i wsp., 2004). Ból może być przyczyną poważnych problemów behawioralnych, jeżeli odczuwająca ból osobę próbuje się nakłonić do wykonywania jej codziennych zadań. Pacjent zwykle słabo współpracuje podczas badania lekarskiego. Konieczne jest zatem zachowanie czujności, aby nie przeoczyć ostrych, przejściowych lub przewlekłych objawów bólu lub choroby somatycznej. Niektóre, ale nie wszystkie, z opisanych dalej istotnych objawów klinicznych są przykładami opartymi na doświadczeniu klinicznym autorów. Wśród objawów są m.in. infekcje, alergie oraz objawy niepożądane stosowanych leków, które występują często, ale równie często są niezauważone przez opiekunów lub lekarzy rodzinnych.

Zazwyczaj przeoczone są objawy zaburzeń gastroenterologicznych. Mogą się manifestować odmową jedzenia, prowokowaniem wymiotów lub powtarzającym się wyrzucaniem jedzenia podczas posiłków. Takie problemy, podobnie jak zmiana apetytu, zaparcia lub biegunki, są niekiedy spowodowane działaniem niepożądanym leków. Poważne problemy behawioralne mogą być związane z odczuwanym przez pacjentkę dyskomfortem podczas menstruacji (Carr i wsp., 2003). Choroby zębów i przyzębia mogą utrudniać jedzenie. Zaburzenia odżywiania się także wpływają na wystąpienie nieprawidłowych zachowań (Wacker i wsp., 1996). W każdym nieustalonym przypadku należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia bezobjawowej niedrożności przełyku lub jelit, spowodowanej np. picą (czyli spożywaniem rzeczy niejadalnych), lub innych ostrych stanów brzucha i skierować pacjenta do specjalisty.

W nierzadkich przypadkach infekcji przewodu pokarmowego, dróg oddechowych lub układu moczowego łatwo przeoczyć takie objawy, jak zaczerwienienie twarzy, zwiększoną potliwość lub gorączkę. Niektóre objawy infekcji

układu oddechowego są stosunkowo łatwe do wykrycia, np. kaszel, chrypka, wyciek z nosa lub ucha, a mimo to bywają często przeoczone. U osób z zapaleniem ucha, zatok, nosa lub gardła można zaobserwować powtarzające się pociąganie ucha albo uderzanie się w ucho, głowę lub twarz. Niektórzy pacjenci z zapaleniem ucha wkładają sobie do niego różne przedmioty. Pojawienie się powtarzającego się moczenia w ciągu dnia lub w nocy może wskazywać na zapalenie pęcherza moczowego lub nerek. Pacjent często krzyczy podczas oddawania moczu lub ciągle dotyka okolicy narządów płciowych. Niekiedy wyczuwalny jest nieprzyjemny zapach moczu. Także różne schorzenia dermatologiczne u wielu osób NI często są przyczyną pojawiających się problemów behawioralnych, ponieważ może im towarzyszyć ogólny dyskomfort pacjenta, ciągle swędzenie lub podrażnienie skóry. Najczęstsze problemy dermatologiczne to świerzb, liszajec i grzybica fałdów skórnych (zob. też rozdz. 5, autor: Lennox). Większość stosowanych leków może wywołać reakcję alergiczną w postaci wysypki na skórze; w niektórych przypadkach uczula substancja użyta jako barwnik, a nie aktywny lek.

Sezonowe alergie, takie jak np. katar sienny, nierzadko powodują niepokój i agitację. Najczęstsze objawy takiej alergii to ciągle zaczerwienienie i pocieranie nosa, ciekący nos lub łzawiące oczy. Leki antyhistaminowe, a także złożone preparaty stosowane w leczeniu alergii lub przeziębienia również mogą prowadzić do pogorszenia zachowania pacjenta. Leczenie zaburzeń elektrolitowych i metabolicznych może znacznie zmniejszyć nasilenie problemów behawioralnych. Wśród takich zaburzeń można wymienić m.in. niedoczynność lub nadczynność tarczycy i przytarczyc oraz guzy trzustki wydzielające insulinę. W czasie terapii lekiem przeciwpadaczkowym, karbamazepiną, u niektórych pacjentów dochodzi do obniżenia poziomu sodu w surowicy, co wpływa też na stan psychiczny pacjenta (Kastner i wsp., 1992). Częstość objawem niepożądanym leków jest agresja; pojawia się podczas terapii lekami należącymi do różnych grup. Warto zauważyć, że dokładnie zebrany i szczegółowy wywiad farmakologiczny pozwala zidentyfikować problemy potencjalnie wynikające z działania stosowanych leków. W takich przypadkach nieprawidłowe zachowania pojawiają się zazwyczaj po włączeniu nowego leku lub po zwiększeniu jego dawki. Zastąpienie leku podejrzanego o spowodowanie problemów behawioralnych, np. fenobarbitalu lub fenytoiny, stosowanych w leczeniu padaczki, innym, nowszym lekiem przeciwdrgawkowym, np. walproinianem, pozwala wyeliminować zachowania agresywne (Trimble, 1990) (zob. też rozdz. 15, autor: Deb). Takie same zasady dotyczą innych leków, np. leków przeciwkaszlowych stosowanych w leczeniu przeziębienia, przeciwnadciśnieniowych, szczególnie zawierających rezerpinę, preparatów tarczycy, hormonalnych środków antykoncepcyjnych i wielu innych. Benzodiazepiny uważane są za leki, które

często prowadzą do rozhamowania i na ogół w tej grupie pacjentów należy ich unikać. Przy zbyt szybkim podnoszeniu dawki leku przeciwpsychotycznego często pojawia się akatyzyja (agitacja, niepokój motoryczny). U niektórych osób występuje nietolerancja tych leków (Hellings i wsp., 2006). Uczucie głodu związane z zaburzeniem łaknienia podczas stosowania atypowych leków przeciwpsychotycznych, takich jak olanzapina, risperidon (Hellings i wsp., 2001) czy kwetiapina, może prowadzić do zachowań agresywnych związanych z poszukiwaniem jedzenia. Również leki przeciwdepresyjne mogą być przyczyną agitacji, szczególnie gdy stosowane są w wyższych dawkach (zob. też rozdz. 19, autor: King).

## Przyczyny genetyczne i neuropsychiatryczne

Coraz większe zainteresowanie budzą fenotypy behawioralne w różnych zaburzeniach genetycznych. Określone stany psychiczne oraz zachowania destrukcyjne czy agresywne mogą być elementem fenotypu behawioralnego charakteryzującego dany zespół genetyczny (zob. rozdz. 12, autorzy: Hodapp i Dykens). Osoby z wrodzoną niepełnosprawnością intelektualną, m.in. z zespołem Downa, kruchego chromosomu X, Pradera-Willego (Hellings i Warnock, 1994) oraz rzadszymi zespołami, takimi jak np. zespół Rubensteina-Taybiego (Hellings i wsp., 2002), często ujawniają zachowania agresywne lub destrukcyjne związane z chorobą somatyczną, zaburzeniem psychicznym lub padaczką, które wiążą się z określonym zespołem. Reese i wsp. (2006) opisali, w jaki sposób charakterystyczny fenotyp i specyficzne sytuacje środowiskowe mogą na siebie oddziaływać i zwiększać ryzyko wystąpienia zachowań destrukcyjnych.

W przypadku zaburzeń neurologicznych nieprawidłowe zachowania mogą pojawić się podczas napadu padaczki lub w okresie między napadami, bywa też, że są skutkiem niepożądanych działań niektórych leków przeciwpadaczkowych (Blumer, 1984; Trimble, 1990; Umbrick i wsp., 1995).

W grupie pacjentów, z którymi nie można porozumieć się werbalnie, diagnozowanie zaburzeń psychicznych na podstawie kryteriów DSM-IV lub ICD-10 jest znacznie trudniejsze niż w innych przypadkach, ale nie jest niemożliwe (Sovner i Fogelman, 1996). Pojawia się coraz więcej prac badawczych oceniających i analizujących, w jaki sposób zaburzenia psychiczne, np. zaburzenia nastroju, ujawniane są przez osoby ze znaczną NI (Ross i Oliver, 2003) (zob. też rozdz. 4, autor: Hemmings). Na przykład podobne do manii objawy euforii, drażliwości, nadmiernej aktywności, dreptania, bezsenności i zwiększonego popędu seksualnego, z towarzyszącymi nagłymi wybuchami złości i agresji, zmniejszają się podczas stosowania leków stabilizujących nastrój, takich jak walproinian, sole litu i gabapentyna (Lowry, 1997; Hellings, 1999; Hellings

i wsp., 2005; Hellings i wsp., 2006). Niewielkie dawki inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny, np. sertraliny lub fluoksetyny, w wielu przypadkach mogą być skuteczne, ale potwierdzenie zasadności ich stosowania wymaga badań kontrolowanych (Hellings i Warnock, 1994; Hellings i wsp., 1996) (pełne omówienie zasad farmakoterapii – zob. rozdz. 19, autor: King).

## **Przyczyny behawioralne**

W świetle teorii behawioralnej nieprawidłowe zachowania, takie jak destrukcja czy agresja, są wyuczone i w dużym stopniu związane ze środowiskowymi czynnikami poprzedzającymi oraz konsekwencjami. Obowiązujący obecnie trend w leczeniu behawioralnym wymaga przeprowadzenia funkcjonalnej oceny nieprawidłowego zachowania. Funkcjonalna ocena obejmuje operacyjne zdefiniowanie zachowania, określenie jego częstotliwości, intensywności oraz czasu trwania. Konieczna jest także analiza zmiennych psychologicznych i środowiskowych, które mogą wiązać się z problemem, oraz określenie funkcji zachowania i bodźców wzmacniających zachowanie. Rozszerzenie metodologii funkcjonalnej oceny na badanie stanu somatycznego i neuropsychicznego oraz określenie wzajemnych zależności między tymi stanami a procesami uczenia się właściwych i niewłaściwych zachowań pozwala połączyć modele medyczne i behawioralne (zob. też rozdz. 18, autorzy: Benson i Havercamp). Ostatnio coraz większe zainteresowanie budzą zmienne związane z jakością życia, które mogą wpływać na zachowanie pacjenta. W dalszej części tego rozdziału omówione zostaną istotne czynniki środowiskowe i fizjologiczne, związane z występowaniem zachowań destrukcyjnych i agresywnych u osób ze znaczną NI, ich potencjalne funkcje, a także czynniki związane z jakością życia, które mogą wpływać na takie zachowania.

## **Okoliczności zdarzeń**

Okoliczności zdarzeń to warunki, które poprzedzają i towarzyszą zachowaniu oraz wpływają na zależności bodziec–odpowiedź lub odpowiedź–konsekwencja (Kantor, 1959; Bijou i Baer, 1978; Wahler i Fox, 1981). Środowiskowe okoliczności zdarzenia mogą obejmować wielkość grupy, zagęszczenie populacji, liczbę personelu, poziom hałasu lub temperaturę otoczenia (Reese i Leder, 1990). Biologiczne okoliczności zdarzenia to m.in. choroba, głód, sen, stan behawioralny, ból lub dysforia (Didden i wsp., 2002; Guess i Carr, 1991; Lowry, 1992; Rojahn i wsp., 1993; Carr i Smith, 1995; Reese, 1997). Społeczne okoliczności zdarzenia mogą obejmować nieprzewidywalne zmiany harmonogramu, konfrontacyjną wymianę lub style interakcji (Horner i wsp., 1996).