

Sygnał ukryty w tzw. trudnym zachowaniu

Z doktorem **Andrzejem Mackiewiczem**, specjalistą w dziedzinie psychiatrii, dyrektorem NZOZ Poradni Psychiatryczno-Psychologicznej KATHARSIS w Poznaniu rozmawia Katarzyna Pawelczak:

- Czy, jako lekarz psychiatra, spotkał się Pan z problemem tzw. trudnych zachowań osób z niepełnosprawnością intelektualną?

- Oczywiście, w grupie pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia tzw. trudne zachowania zdarzają się dość często. Zaczynają one występować nagle lub stopniowo. Najczęściej są przejawem (objawem) trudności, stresu, choroby psychicznej, których doświadcza pacjent lub dolegliwości somatycznych. Osoby, które intelektualnie funkcjonują na poziomie kilkuletniego dziecka, gdy doświadczają jakiegoś distresu (cierpienia) starają się sobie z nim poradzić. Robią to tak jak potrafią. Można powiedzieć, że poprzez swoje zachowanie, które otoczenie odbiera jako trudne i uciążliwe, wysyłają sygnał, wołanie o pomoc. Ten sygnał jest ukryty, w tzw. trudnym zachowaniu. Rolą specjalisty jest ustalić przyczynę tego distresu (cierpienia) i w miarę możliwości ją usunąć. Wtedy najczęściej tzw. trudne zachowania ustępują.

- Jakie zachowania uznawane były za trudne?

- Wśród osób zgłaszających się ze swoimi podopiecznymi, z powodu wystąpienia tzw. trudnych zachowań pojawiła się kiedyś kilkunastoletnia dziewczyna, która pewnego dnia przestała gryźć pokarmy. Przyjmowała tylko jedzenie w postaci płynnej lub papki, co stanowiło duży problem dla matki, bo wymagało miksowania całego jedzenia. Taka nagła zmiana nawyków córki została przez matkę określona jako „zachowanie trudne”.

Innym razem zgłosił się razem z matką czterdziestokilkuletni mężczyzna, który uciekał z domu, żeby spacerować po mieście i jeździć tramwajami. Podobny problem sygnalizowała kiedyś matka młodego mężczyzny mieszkającego na wsi, który co jakiś czas, „znikał z domu”. Postanowił odwiedzić rodzinę mieszkającą kilkaset kilometrów od domu, więc wsiadał na rower, i nikomu nic nie mówiąc, po prostu jechał poboczem ruchliwej drogi.

Pewna kobieta w średnim wieku przyprawiona do gabinetu przez swoją ciotkę miała problem z chodzeniem. Jednocześnie nie było przyczyn neurologicznych i ortopedycznych wspomnianych dolegliwości. Poruszała się samodzielnie, tylko po swoim mieszkaniu, podpierając się na sprzętach domowych. Poza domem potrzebowała być oparta na ramieniu osoby towarzyszącej. Bez tego nie mogła iść.

Pamiętam też trzydziestoletnią panią, podopieczną Domu Pomocy Społecznej, która od pewnego czasu zaczęła okresowo wydawać z siebie przejmujące krzyki. Były bardzo uciążliwe dla innych mieszkańców i pracowników. Jednocześnie po wykonaniu diagnostyki nie było przyczyn somatycznych takiego zachowania.

Co pacjent to inna historia.

- Kto zgłasza się do Pana po poradę związaną z występowaniem zachowań trudnych osób z niepełnosprawnością intelektualną?

- Zgłaszają się przede wszystkim rodzice, w tej grupie dominują matki. Poza tym zgłaszają się opiekunowie. To oni inicjują wizytę, na którą się zgłaszają z podopiecznym. Dotyczy to osób z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowaną lub znaczną, natomiast osoby z niepełnosprawnością lekką częściej zgłaszają się same.

- Dla kogo zachowania są trudne? (dla rodziców/opiekunów/osób niepełnosprawnością intelektualną?)

- Dla otoczenia, mówiąc najkrócej. Czasem są to rodzice, czasem rodzeństwo lub osoby z Warsztatów Terapii Zajęciowej. Innym znów razem skargi zgłaszają opiekunowie z Domów Pomocy Społecznej, lub członkowie dalszej rodziny, którzy przejęli opiekę nad osobą z niepełnosprawnością intelektualną, po zmarłym rodzicu pacjenta.

„Trudność” zachowania jest odczuwana również przez **samego pacjenta**. Jego starania, by zakomunikować otoczeniu dyskomfort lub po prostu potrzebę, okazują się nieefektywne...

- Jak przebiega diagnozowanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną przez lekarz psychiatrę?

- Diagnozujemy na podstawie wywiadu, badania pacjenta oraz badań dodatkowych. Najpierw jest rozmowa z opiekunem zgłaszającym się w towarzystwie osoby z niepełnosprawnością intelektualną, która zazwyczaj dobrze zna swojego podopiecznego i może udzielić ważnych informacji. Następnie przeprowadza się rozmowę z pacjentem, jeśli to możliwe, a jeśli nie, to trzeba się ograniczyć do samej obserwacji jego zachowań. W celu ustalenia wyniku ilorazu inteligencji i oceny funkcji poznawczych kierujemy pacjenta do psychologa. Często się jednak zdarza, że osoby dorosłe najczęściej już posiadają takie badania. W zależności od potrzeby kierujemy na badania dodatkowe, lub konsultacje do innych specjalistów. W oparciu o tak zgromadzone dane ustalamy rozpoznanie, a co za tym idzie planujemy leczenie.

- Na czym polega pomoc osobie z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście tzw. trudnych zachowań?

- Najkrócej mówiąc, polega na usunięciu przyczyn, które spowodowały wystąpienie tzw. trudnych zachowań. Jeśli przyczyną jest występująca depresja, co zdarza się nierzadko, należy się zająć jej leczeniem. Jeśli powodem agresji dwudziestoletniego chłopaka wobec mężczyzn, od czasu rozwodu rodziców jest jego rzadki kontakt z ojcem, do którego pacjent był bardzo przywiązany, wówczas wskazane jest zajęcie się tą sprawą w pierwszej kolejności. Czasami może być tak, że sami ustalimy przyczynę zmiany zachowania naszego podopiecznego i wprowadzając środki zaradcze doprowadzimy do ustąpienia tzw. trudnych zachowań. Jeśli to się nie powiedzie, wtedy wskazana jest konsultacja u specjalisty.

W pierwszej kolejności warto pomyśleć o wizycie u psychiatry. Im szybciej zastosuje się odpowiednie działanie lub terapię, tym lepsze będzie rokowanie na przyszłość.

- Dziękuję za rozmowę.