

# **POZNÁMKY PSYCHIATROVY**

## **K PROBLEMATICE MENTÁLNÍ**

### **RETARDACE**

*Přehled základních skutečností*

MUDr. Michaela Petišková

QUIP 2007

## Obsah:

### Úvodní slovo

1. Mentální retardace z různých úhlů pohledu.....	- 4 -
2. Psychiatrické problémy spojené s mentální retardací .....	- 10 -
2.1. Problémové chování .....	- 10 -
2.2. Psychotická onemocnění .....	- 11 -
2.3. Poruchy osobnosti .....	- 11 -
2.4. Shrnutí.....	- 11 -
3. Poznámky k užití psychofarmak u klientů s mentální retardací .....	- 13 -
3.1. Vlastní farmakoterapie mentální retardace .....	- 13 -
3.2. Léčba neuroleptiky .....	- 13 -
3.3. Neuroleptika ve vztahu k vedlejším účinkům.....	- 14 -
3.3.1. Extrapyramidové projevy.....	- 16 -
3.3.2. Maligní neuroleptický syndrom .....	- 17 -
3.3.3. Okulokutánní syndrom.....	- 18 -
3.3.4. Metabolický syndrom a kardiovaskulární účinky .....	- 19 -
3.3.5. Vliv na sexuální funkce .....	- 20 -
4. Možnosti a rizika redukce neuroleptických dávek u klientů s mentální retardací -	21 -
4.1. D. J. Luchins, D. M. Dojka, P. Hanrahan: Faktory spojené s redukcí antipsychotických dávek u dospělých s mentální retardací (zkrácený překlad studie)-	22 -

### Závěrečné shrnutí

#### Příloha 1.

Další literatura k tématu: Účinky psychofarmak

#### Příloha 2.

Literatura k tématu: Autismus

## Úvodní slovo

Tento text vznikl jako doprovod k jiné naší práci *Psychiatrická medikace ve vybraných ústavech sociální péče Středočeského kraje, současná situace, kontexty a trendy* (Stuchlík, Petišková, 2007). Zmíněná práce je věnována především stavu psychiatrické medikace ve třinácti ústavech sociální péče pro mentálně retardované klienty.

Závěry šetření jsou rámovány kontextem aktuální situace na tomto poli (organizační rámec péče, charakter spolupráce s psychiatry, velmi stručná charakteristika používaných léčiv, možné faktory, ovlivňující současný stav etc...). Hlubší teoretické úvahy a intenzivnější práce s literaturou nebyly cílem tohoto veskrze praktického šetření.

Nicméně pro nás bylo velkou inspirací setkání s personálem jednotlivých ÚSP, který si většinou stejně jako my klade otázku po místě a optimální podobě psychiatrické péče v celém komplexu služeb pro lidi s mentálním postižením. Tuto otázku řeší v dílčí podobě v každodenním setkávání s praktickými problémy. Často je tak konfrontován s neutěšeností situace a s vlastní bezradností. Právě na okruhy těchto praktických problémů jsme se pokusili reagovat v následujícím textu (př.léčba některými neuroleptiky a její důsledky, některé opomíjené nežádoucí účinky psychofarmak, specifické poruchy chování u mentálně retardovaných klientů a jejich zvládnání, možnosti redukce psychiatrické medikace, etc.).

Zároveň jsme chtěli připomenout, že i s touto oblastí péče o mentálně retardované klienty souvisí základní otázka, kterou by si měl pokládat každý pracovník v oboru.

Tedy: **S kým, v jakém reálném rámci a v jakém ideovém konceptu pracuji?** Poryvy světových reforem už našťastí dosáhly alespoň některých našich řídicích institucí a mohou tak být lépe, i když někdy vnějškově a ne zcela pochopeně akceptovány „zdola“. Zájem každého pracovníka v péči o mentálně retardované občany by za optimálních okolností mohl být poznání mantinelů vlastního profesního pohybu. Teprve jasná identifikace vlastních pozic (vnitřních i vnějších) umožňuje jejich flexibilní opouštění. První kapitola se pokouší být inspirací k úvahám tohoto směru.

Jinak si práce klade za cíl být stručným a srozumitelným zdrojem praktických informací pro pracovníky v přímé péči a velmi skromně snad i pro kolegy z ústavů, kteří o klientelu ÚSP pro lidi s mentální retardací psychiatricky pečují.

Od počátku naší práce narážíme na nedostatek odborné literatury na domácím poli. Sledovali jsme zejména prameny vydané po r. 1989. Neexistuje monografie, která by se věnovala mentální retardaci komplexně. Speciálně pedagogická učebnice s názvem *Mentální retardace* (Švarcová 2000) přináší poměrně současné informace a postoje, medicínské hledisko však v nich není obsaženo. Odborné učebnice našich autorů (Höschl 2002, Vágnerová, 2004) mluví většinou pozitivistickým vědeckým jazykem o jakémsi extradruhu postižených, i když vliv sociálních faktorů a nutnost komplexního přístupu k lidem s mentální retardací přinejmenším zmiňují. Nicméně je mentální retardaci v často tisícistránkových učebnicích věnováno přibližně 1% textu (Dörner, 1999).

Velmi jsme ocenili publikaci *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením* (Modrý klíč 2005), která přináší praktické informace k závažnému a aktuálnímu tématu a to i z hlediska farmakologického. Zároveň se nezabývá širšího pohledu na problematiku mentální retardace a nezapomíná na to, že jde především o lidské příběhy.

Listovali jsme v domácích odborných periodikách: *Česká a slovenská psychiatrie* (1995 -2007), *Psychiatrie* (1999-2007) a *Psychiatrie pro praxi* (2000-2007). Souborný článek týkající se přímo problematiky mentální retardace jsme v nich nenašli žádný. Více prostoru je věnováno autismu (přehled jednotlivých příspěvků uvádíme v příloze). Obecné informace o neuroleptikách jsme čerpali především z poslední jmenovaného periodika.

Zdrojem odborných informací k hlavnímu tématu naší práce, tj. užití neuroleptik ke korekci psychiatrických problémů lidí s mentální retardací se nám stala americká periodika, především American Journal on Mental Retardation (dále jen AJMR). Tento časopis však přestala Národní lékařská knihovna odebírat v roce 1999 a novější čísla nejsou v republice přímo dostupná. Ročníky 2000-2007 jsme proto měli k dispozici ve formě internetových abstrakt.

Řada dalších odborných publikací je uváděna vždy za dílčími kapitolami.

Citace literárních pramenů někdy doplňujeme komentářem z vlastních empirických pozorování.

Jsme si vědomi nedokonalosti a neúplnosti této práce, která může být pouze inspirací k dalšímu studiu či zpracování materiálů do soubornější publikace. Doufáme též, že se v budoucnu dostane této oblasti více pozornosti a zájmu v řadách domácích odborníků a výzkumníků.

### **Literatura k tématu:**

1. Švarcová I : **Mentální retardace**, Portál 2000, ISBN 80-7178-506-7
2. Höschl C., Liebiger J., Švestka J., **Psychiatrie**, Tigris 2002, ISBN 80-900130-1-5, str.803-806
3. Vágnerová M., **Psychopatologie pro pomáhající profese**, Portál 2004
4. Dörner K., Plog U., **Bláznit je lidské**, učebnice psychiatrie a psychoterapie, česky 1999, Grada Publishing, přel. J.Lorenc. Tato učebnice je doporučena jako odborný text ve státech EU a vychází v jazycích těchto zemí).
5. **Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením**, ISBN 80-86980-00-6, Modrý klíč, 2005
6. **Česká a slovenská psychiatrie**, Časopis České psychiatrické společnosti a slovenskej psychiatrické společnosti, vydává Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 1995 – 2007
7. **Psychiatrie**, Časopis pro moderní psychiatrii, Tigris, Praha 1999 – 2007
8. **Psychiatrie pro praxi**, Solen Olomouc ve spolupráci se Sdružením ambulantních psychiatrů, 2000 – 2007
9. **American Journal on Mental Retardation**, American Association on Mental Retardation (AAMR, resp.AAIDD-viz dále)

# 1. Mentální retardace z různých úhlů pohledu

Z hlediska v současnosti používané 10. Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases, dále ICD – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 1992) je mentální retardace zařazena mezi duševní poruchy, tedy medicínské diagnózy spadající do oboru psychiatrie. To automaticky evokuje předpoklad medicínského terapeutického přístupu.

V první větě se uvádí, že se jedná o **stav** zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoli další duševní či tělesnou poruchou, přičemž prevalence duševních poruch je v případě mentální retardace 3-4x častější než v běžné populaci. Mentálně retardovaní jedinci jsou vystaveni většímu riziku zneužívání a adaptační chování je u nich narušeno vždy. V chráněném prostředí a s dostupnou sociální podporou je jejich narušení méně nápadné<sup>1</sup>. Hlavním diagnostickým kritériem je výše IQ a z tohoto hlediska pak mluvíme o lehké (F 70), středně těžké (F71), těžké (F72) a hluboké (F 73) mentální retardaci.

Komplexnější pohled na problematiku jednotlivých klientů by umožnila tzv. *víceosá diagnostika* (Smolík, 1996), která je součástí doporučení k MKN (*The Multiaxial Presentation of the ICD-10 for Use in Adult Psychiatry*). První osa je určena pro klinickou diagnózu, respektive diagnózy, včetně psychiatrické komorbidity. Na druhé ose se na škále od 0 do 5 hodnotí různé typy postižení, které omezují plnění úkolů a rolí, očekávaných od jedince v daném sociokulturním prostředí v následujících oblastech: péče o vlastní osobu, práce, rodina a domácnost, fungování v širším sociálním kontextu. Na třetí ose jsou pak uváděny tzv. související faktory, kódované dle ICD -10 čísla Z00-Z99.

S pětiosou diagnostikou pracují americké manuály DSM III-R a DSM IV (1987). Na tomto systému je zajímavé, že mentální retardace nesmí být uváděna mezi klinickými diagnózami na ose první, ale figuruje až na ose druhé spolu s poruchami osobnosti. Možno říci, že je tedy chápána na úrovni osobnostní charakteristiky, svérázných rysů, nikoli jako základní onemocnění.

V naší nejnovější a nejobsáhlejší učebnici psychiatrie (Höschl, Liebiger, Švestka, 2002) se o mentální retardaci mluví v kapitole o dětské a dorostové psychiatrii, což je charakteristické i pro další psychiatrické příručky (Raboch, Pavlovský 2001). Je to samozřejmě srozumitelné, neboť k záhytu mentální retardace dochází v dětském věku a v tomto období existuje také relativně velký prostor pro její ovlivnění. Nicméně dospělí lidé s mentální retardací jsou významnými konzumenty psychiatrické péče často celoživotně<sup>2</sup>.

Ve výše zmíněné monografii nacházíme následující definici mentální retardace (kráceno): *Mentální retardace je globální poškození intelektových funkcí s narušením vývoje celé osobnosti a společenskou nedostatečností od počátku duševního vývoje. Díky genetickému a organickému poškození nebo souhrnu sociálních a genetických faktorů je snížena inteligence a jsou přítomny poruchy schopnosti abstraktního myšlení a soudnosti, pozornosti a motivace, chápání a orientace, řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky.*

<sup>1</sup> V této kapitole jsou doslovné citace uváděny kurzívou.

<sup>2</sup> O tom, jak vypadá konzumace psychiatrických léků u populace mentálně retardovaných lidí, kteří žijí mimo ústavy, nemáme z domácích pramenů žádné zprávy. Zahraniční studie často zmiňují populaci využívající alternativní (komunitní) služby a mluví o tom, že užití psychiatrické medikace je zde přibližně na stejné úrovni jako u klientů obývajících institucionální zařízení (př. Luchins, Dojka, Hanrahan, 1993)

***Porucha** svou vážností zasahuje nejen do oblasti medicíny, ale ve svém důsledku hlavně do oblasti sociální. Není to jen otázka sníženého IQ, ale vždy jde též o komplex narušení adaptivního chování. Mentální retardace je problémem multidisciplinárním.*

Na rozdíl od této biologické interpretace vychází jiná učebnice psychiatrie, určená ovšem širší odborné i laické veřejnosti, z jazyka antropologického (Dörner, Plog 1996). O mentálně retardovaném člověku hovoří jako o „**člověku, který překáží sobě i druhým**“.

*Mentální postižení spočívá a) v nedostatečné kapacitě osvojit si společensky preformované potřeby a schopnosti, b) v strategiích, pomocí kterých postižený nalézá vztah ke svému postižení, tedy pokouší se nabýt sebevědomí. Jen když tyto strategie selhávají, takže člověk překáží sobě i druhým v sociálním soužití natolik, že to nabývá významu nemoci, přijde do kontaktu s psychiatrií. Máme pro to jen nehezky výraz „porucha chování“. Těžiště deficitu se u dětí raného věku projevuje jako poruchy vývoje, u dětí školního věku jako poruchy učení a u dospělého jako poruchy adaptace.*

Proto je důležité: člověk není duševně postižený po celý život, nýbrž jen vzhledem ke své situaci a věku. (Jako důležitý pramen svých závěrů uvádějí autoři učebnici Gaedta – viz literární přehled).

Svým „vývojovým“ pohledem tato charakteristika jednoznačně říká, že mentální retardace není jen problémem dětského a dorostového věku, ale záležitostí dynamiky celoživotního vývoje. Obraz a vyrovnávací strategie se mění vzhledem k očekávání a nárokům okolí a vzhledem k danému věkovému období.

Jiná charakteristika z německých pramenů (Thimm 1999) říká: „*Mentální postižení jednotlivého člověka je chápáno jako komplexní stav, který se vlivem rozmanitých sociálních faktorů vyvíjí z medicínsky popsatelné poruchy. Diagnostikovatelná pre-, peri a postnatální poškození nevypovídají o mentálním postižení jednotlivého člověka. To je určeno víceméně vzájemnou výměnou mezi jeho potenciálními schopnostmi a nároky jeho konkrétního okolí. Postižení, tedy také mentální postižení je v chápání autora **společenským popisem** situace na základě domnělých nebo prokázaných funkčních omezení v porovnání s funkcemi, které společnost vnímá jako důležité.*

*Tento způsob nazírání na mentální postižení se začíná světově prosazovat, ač není vždy tak jasně formulován. Mentální postižení jako výsledek také sociálních faktorů - to otevírá šance k mimomedicínským intervencím, za kterých může být mentální postižení principiálně nazíráno jako reverzibilní. Realisticky viděno, negativnímu působení organicky podmíněných funkčních omezení (např. v intelektuální oblasti) se lze vyhnout, postupně ho odstraňovat anebo přinejmenším omezit. Z tohoto pohledu náleží velký význam pedagogickým a terapeutickým opatřením, stejně tak jako životnímu a vzdělávacímu prostředí mentálně postiženého člověka.“*

Velkou práci na definování mentální retardace a vůbec vytváření jasné terminologie v této oblasti koná Americká Asociace pro Mentální Retardaci (American Association on Mental Retardation, AAMR)<sup>3</sup>. Publikaci Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports vydala již v desáté revizi (AAMR 2002). V těchto publikacích se AAMR snaží předložit praktickou informaci o současné situaci v definování a klasifikaci **stavu fungování běžně známého jako mentální retardace**.

Definice z r. 2002: Mentální retardace je snížená schopnost (disability) charakterizovaná výraznými **omezeními v intelektových funkcích** a také v **adaptačním chování**, což se projevuje ve schopnosti **myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a**

<sup>3</sup> AAMR změnila v nedávné době název na [aaidd](http://www.aaid.org) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities). To se projevilo i v názvech jí vydávaných periodik, více [www.aaid.org](http://www.aaid.org).

**praktických adaptačních dovednostech.** Mentální retardace se projevuje před 18 rokem věku<sup>4</sup>.

*Tato definice smí být použita za podmínky splnění následujících předpokladů:*

1. *Snížení aktuálního fungování **musí být posuzováno v souvislosti se společenským prostředím** typickým pro daný věk a kulturu jedince*
2. *Bere se v úvahu **kulturní a jazyková rozmanitost** a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování*
3. *U každého jedince se vedle omezení často vyskytují i **silné stránky***
4. *Smyslem zjišťování limitů je vypracování **systému potřebné podpory***
5. *S vhodnou individuální podporou dojde po určité době k celkovému **zlepšení kvality života** člověka s mentální retardací<sup>5</sup>.*

Na základě této definice vytváří AAMR tzv. multidimenzionální teoretický model mentální retardace (viz schéma č. 1), který zahrnuje 5 dimenzí tak, aby byl kompatibilní s posuzovací škálou postižení WHO (*ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health* – viz též text výše).

Dimenze modelu jsou následující:

Dimenze I: intelektuální schopnosti

Dimenze II: adaptivní chování (konceptuální, sociální a praktické dovednosti)

Dimenze III: zapojení, interakce a sociální role

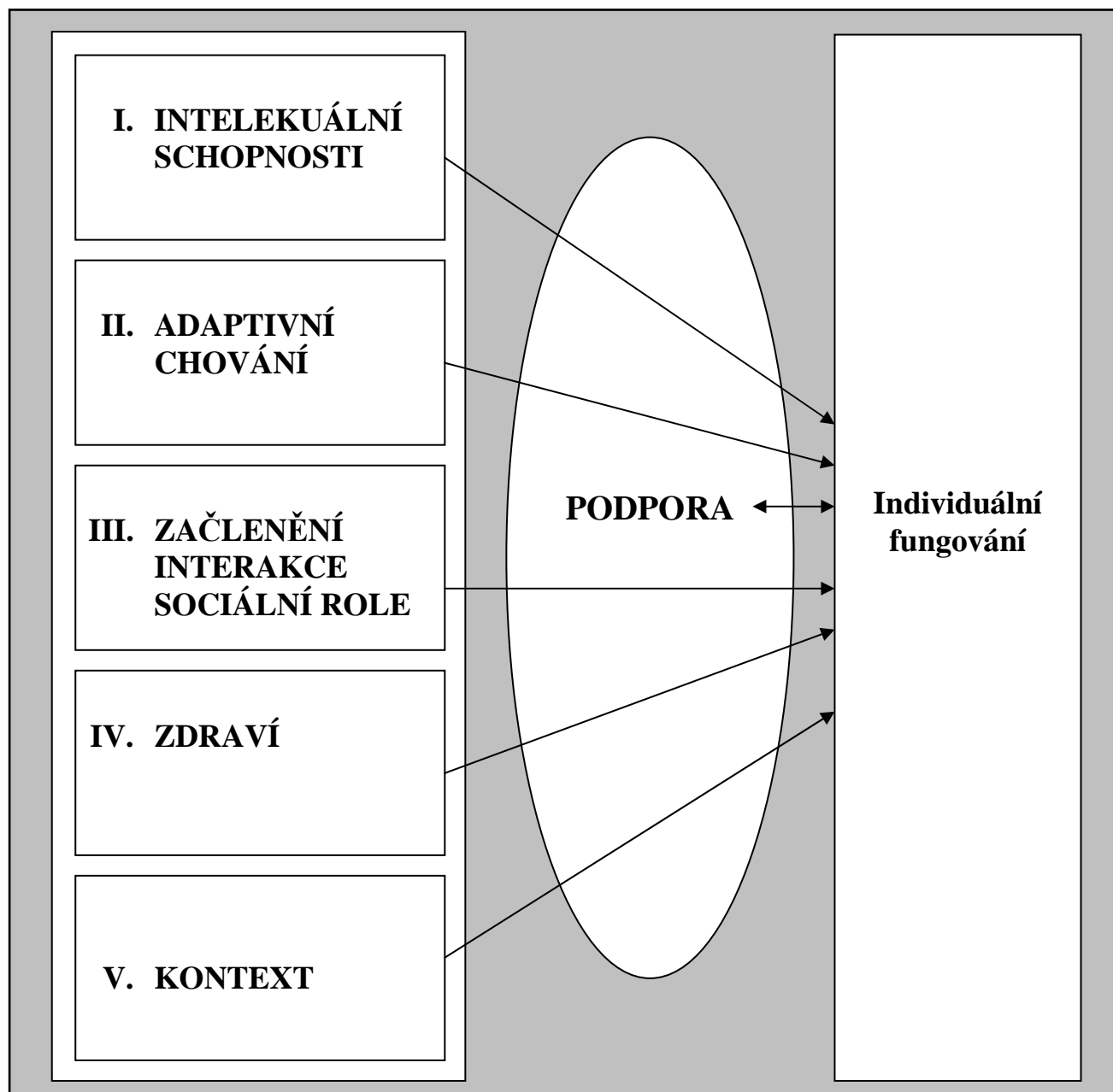
Dimenze IV: zdraví (tělesné a psychické zdraví, etiologie)

Dimenze V: kontext (okolí, kultura)

---

<sup>4</sup> V tomto směru se definice liší od medicínského pojetí, které připouští vznik mentální retardace do 2-3 roku života a po překročení této věkové hranice hovoří o vzniklé intelektové deterioraci jako o demenci.

<sup>5</sup> Překlad definice: Jan Šiška, 2005



*Schéma č.1: Teoretický model mentální retardace dle AAMR (resp.aaidd).*

Tento model rozvíjí tzv. ekologický pohled na klíčové elementy v chápání podmínek mentální retardace a fungování jedince: osoba, okolí, podpora. Reflektuje současné chápání multidimenzionality mentální retardace a zprostředkující roli podpory v individuálním fungování. Jak ukazuje schéma, každý z multidimenzionálních vlivů na individuální fungování jedince je zprostředkován na základě dostupné podpory. Potřeba podpory a individuální fungování se recipročně ovlivňují.



Pro možnost srovnání uvádíme ještě definici uvedenou v již citované publikaci sdružení Modrý klíč (Durecová, 2005).

*Člověk s mentálním postižením se odlišuje od člověka bez mentálního postižení stupněm podpory, která by mu měla být poskytnuta k tomu, aby tyto základní lidské potřeby mohl uspokojit a rozvinout svůj potenciál. Tato odlišnost je dána tím, že člověk s mentálním postižením má od dětství:*

**1. významně sníženou schopnost porozumět** novým či komplexním informacím, schopnost naučit se nové dovednosti, **sníženou intelektovou výkonnost** (pod IQ = 70).

**2. omezenou schopnost nezávisle žít a adaptovat se** na požadavky společnosti, ve které žije. To znamená, že u člověka s mentálním postižením se k základním lidským potřebám připojují ještě další **potřeby, které souvisí s jeho konkrétním mentálním (a někdy také ještě smyslovým) postižením**, jako např. potřeba specifických postupů učení novým dovednostem, přítomnost asistentů, nácvik komunikace apod.

V popisech diagnóz a definicích nacházíme tři podstatná hlediska: hledisko *deficitu* – něco chybí, jde o poruchu, postižení, nedostatek; hledisko *vývojové*, antropologické, vnímající mentální retardaci v kontextu životního příběhu vyvíjejícího se (jedinečného) člověka a konečně hledisko *multidimenzionální*, kde je limit jedince pouze jednou z proměnných, ovlivňujících se vzájemně s ostatními v dynamickém systému.

V tuzemských medicínských publikacích hledisko deficiencie převažuje. Odkaz mentální retardace do oblasti dětské a dorostové psychiatrie a péče sociální kontrastuje s realitou ústavů, obývaných občany s mentální retardací ve vyšším středním věku a konzumujícím psychiatrickou medikací v 50-90% (Petišková, Stuchlík 2007).

Otázkou je, do jaké míry je pak nic netušící studující zpraven o skutečném stavu věcí.

Léčba psychiatrických problémů spojených s mentální retardací má v celkovém systému podpory významného místo a je jí potřeba věnovat více prostoru a pozornosti.

Stálo by za to zabývat se více tím, jak je *nazírán člověk ve stavu fungování běžně zvaném mentální retardace* pracovníky našich ústavů a zda si svůj model nazírání vůbec mají potřebu definovat. Zajímavé by též bylo zjistit, jak čtou model předávaný „shora“, vnějškově vymezený systémem standardů. Během našeho šetření jsme se poměrně dobře dorozuměli prostřednictvím diagnóz medicínských, někde se v dorozumívacím jazyku personálu vyskytovala ještě starší diagnostická označení a to jak ve svých nelichotivých, tak vcelku indiferentních formách. Komické jsou často situace čtení „transformačního jazyka“. Velmi typickou je třeba příhoda, kdy personál, vědom si imperativu, že „*nesmí infantilizovat klienty*“, nacpe před kontrolou nadřízeného orgánu všechny medvídky do skříní, aby nebyl problém. A nutno říct, že v mnohých případech ví, co dělá. Jinak ale dost dobře nechápe, proč by měl klientům jejich celoživotní hračky brát.

A ještě větší zmatek nastane, shodneme-li se na „*míře potřebné podpory*“. Protože: **Kteráže podpora to vlastně je?** Ale to už našťastí není předmětem této práce.

## Literatura k tématu:

1. **Psychiatrická medikace ve vybraných ústavech sociální péče Středočeského kraje**, současná situace , kontexty a trendy (Stuchlík, Petišková, 2007).
2. **Duševní poruchy a poruchy chování**, Psychiatrické centrum Praha, 1992, ISBN 80-85 121- 37-9
3. Smolík P., **Duševní a behaviorální poruchy**, Maxdorf-Jesenius 1996
4. **DSM III-R**, American Psychiatric Association,1987, DSM IV
5. Höschl C., Liebig J., Švestka J., **Psychiatrie**, Tigris 2002, ISBN 80-900130-1-5, str.803-806
6. Raboch J., Pavlovský P., **Psychiatrie, minimum pro praxi**, Triton 2001
7. Dörner K., Plog U., **Bláznit je lidské, učebnice psychiatrie a psychoterapie**, česky 1999, Grada Publishing, přel. J-Lorenc. Tato učebnice je doporučena jako odborný text ve státech EU a vychází v jazycích těchto zemí).
8. Gaedt, Ch., **Einrichtungen für Ausgeschlossene oder „ein Ort zum Leben“**. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 7 Berlin, Argument-Verlag, 1981
9. Neuhäuser & Steinhausen (pořadatelé), **Geistige Behinderung**, Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, druhé přepracované a rozšířené vydání, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 1999, definice Waltera Thimma pochází právě z této knihy (překlad autorka 2007).
10. **Mental retardation: Definition, Classification, and System of Supports**, AAMR 2002 (v textu použity překlady Jana Šišky, 2005 a autorky 2007)
11. Durecová K.: **Vymezení základních pojmů a problémů** in Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením, ISBN 80-86980-00-6, Modrý klíč, 2005
12. Field, Martha A., Sanchez, Valerie A.: **Equal Treatment for People with Mental Retardation**, Having and Raising Children, Harvard University Press 1999

## 2. Psychiatrické problémy spojené s mentální retardací

Mentální retardace se může vyskytovat s jakoukoli duševní poruchou včetně demence. Zároveň jsou klienti s mentální retardací ohroženou skupinou ve smyslu zneužívání všeho druhu, včetně sexuálního.

Vzhledem k tomu, že v centru naší práce stojí terapie neuroleptiky, budeme se dále zabývat psychiatrickými poruchami, k jejichž léčbě se neuroleptika používají. To neznamená, že další duševní poruchy u mentálně retardovaných podceňujeme. Jsme si vědomi, že například depresivní či úzkostné stavy se mohou velmi často skrývat za projevy problematického chování. Je ale pravdou, že v námi prostudované literatuře zaujímá léčba níže uváděných psychiatrických problémů a tím i léčba neuroleptiky nejvíce prostoru, ostatní psychické poruchy jsou zmiňovány minimálně a nalezené odkazy k nim většinou v dalším textu uvádíme.

### 2.1. Problémové chování

Jedním z nejzávažnějších problémů, který si často vyžádá farmakologickou korekci, je **problémové**, respektive **agresivní chování**. V učebnici psychiatrie se uvádí jeho výskyt okolo 10% (Höschl 2002), podobná čísla ze zahraničních pramenů cituje i Jůn, tj. 8 – 14% (Modrý klíč 2005).

Součástí problémového chování je i chování sebepoškozující, neadekvátní chování sexuální, etc... Závažnými stavy z tohoto spektra mohou být afektivní raptý či výrazné stavy psychomotorického neklidu, rovněž často spojené s agresivitou. Vážnými behaviorální projevy jsou i těžké stereotypie a jak jsme zjistili např. polydipsie (nadměrné pití tekutin), které klienta ohrožuje „intoxikací“ vodou (Chval J., 2007). Sebevražedné chování, zdá se, je naopak alespoň u mužské populace mentálně retardovaných signifikantně nižší a týká se zejména jedinců s lehčí mentální retardací, špatným sociálním zázemím a duševními potížemi (Patja, Iivanainen, Raitasuo S, Lönquist J. 2001).

U většiny takto poruchového chování můžeme vyjít ze základní skutečnosti, totiž, že chování je ve své podstatě interpersonální, proto i problémové, násilné a agresivní chování můžeme nahlížet z celého interpersonálního kontextu (Beer, Pereira, Paton, 2005). Každý člověk se naučí ve svém vývoji více způsobům, jak se chovat v určitých obtížných životních situacích. Mentálně retardovaný člověk však disponuje často pouze několika málo alternativními reakcemi, které vedou spíše ke stažení se před novou obtížnou situací. Pokud nemá možnosti tyto reakce uplatnit, vzniká u něho velmi často příležitost k dezorganizovanému chování, negativním emocím, úzkosti, agresivitě etc... (Dolejší 1978).

Úzké spektrum adaptačních strategií je jistě dáno intelektovými a dalšími limity vycházejícími z postižení, ale často i omezeným přístupem k možnostem adekvátního učení se dalším alternativám. Nutno též podotknout, že určité formy *maladaptivního chování* mohou být v současných podmínkách některých našich ÚSP poměrně vysoce efektivním způsobem, jak dosáhnout svých potřeb a cílů.

Co se týče podrobné klasifikace problémového chování, je to jak z hlediska diagnostického či výzkumného záležitostí velmi komplikovaná. Mezinárodní klasifikace nemocí zná pouze následující kategorie: *žádné nebo minimální postižení chování, výrazné postižení chování, vyžadující pozornost nebo léčbu a jiné postižení chování* (Duševní poruchy a poruchy chování, ICD-10). V zahraniční literatuře je problematice problémového chování, jeho třídění a hodnocení např. z hlediska frekvence či závažnosti věnováno hodně prostoru (př. *American Journal on Mental Retardation*), příklady najdeme i v literatuře domácí. Takto

podrobná specifikace má význam jednak pro účely behaviorální analýzy a terapie, tedy pro další terapeutickou práci s tímto jevem, jednak pro účely výzkumné.

## 2.2. Psychotická onemocnění

Není cílem této práce popisovat zde podobu jednotlivých psychotických onemocnění, v tom odkazujeme opět na Mezinárodní klasifikaci nemocí či zmíněné psychiatrické učebnice. (viz literatura uvedená úvodu této práce). Zdá se, že nejčastěji přítomnou psychotickou poruchou u mentálně retardovaných je schizofrenie. Zejména v terminologii minulých let se mluvilo o tzv. „naroubované“ schizofrenii a v učebnici psychiatrie (Höschl, 2002) se uvádí její 16% výskyt v populaci mentálně retardovaných jedinců. Poruchové, resp. dezorganizované chování je u tohoto onemocnění často vyjádřením psychotických, zejména halucinatorních prožitků. Diagnóza psychotického onemocnění může být velmi obtížná, zvláště při hodnocení tzv. negativní symptomatiky (tj. apatie, abulie, emoční i sociální stažení), která může být špatně odlišitelná od stavů, spojených s hlubšími formami mentální retardace.

Psychotické onemocnění je dle výzkumů nejvýznamnějším prediktorem přijetí mentálně retardovaného klienta do psychiatrického léčebného zařízení. Druhým prediktorem je lehký stupeň mentální retardace, což spíše souvisí s ostatními citovanými jevy (2.1, 2.3).

## 2.3. Poruchy osobnosti

Zdá se nám, že problematika osobnosti klientů, přirozeně zejména těch s lehčí formou mentální retardace je jevem prakticky i literárně opomíjeným. Přitom jsme se ve svých šetřeních často setkávali s klienty, jejichž akcentované charakterové rysy upomínaly na některou z osobnostních poruch dle MKN-10, tak jak je známe u běžné psychiatrické klientely. Nejčastěji jsme si všimli rysů emoční nestability či rysů histriónských, časté jsou rysy závislosti. Klienti s těmito osobnostními charakteristikami vykazují výrazné poruchové chování (často sebepoškozující), které je obvykle korigováno neurolepticky a to poměrně vysokými dávkami a každodenní chod ústavů výrazně komplikuje.

S rysy závislosti souvisí i zneužívání alkoholu a návykových látek, což je také u lidí s mentální retardací reálný, nicméně přehlížený problém (Christian L., Poling A. 1997).

## 2.4. Shrnutí

Klienti s problémy z některé z výše zmíněných tří psychiatrických oblastí vytvářejí svým chováním přímý i nepřímý tlak na pracovní tým (Beer, Pereira, Paton, 2005). Proto je pro jejich zvládnutí potřebná týmová práce, eventuálně pravidelná supervize. Zvládnutím problémového chování se zabývá zejména behaviorální analýza a terapie.

Poruchy chování mohou obsáhnout celé spektrum závažnosti – od běžných komunikačních těžkostí až k formám zasahujícím do forenzní oblasti a vyžadujícím pro takto postižené klienty zvláštní režim.

Jak již bylo řečeno, ke korekci symptomů spojených s těmito poruchami se používá neuroleptické terapie. Ale i při dobře nastavené anitpsychotické léčbě se není potřeba vzdávat další alternativních řešení jejich zvládnutí, ať už farmakoterapeutických, tak psychologických, resp. psychoterapeutických.

Vzhledem k charakteru tohoto textu se budeme v dalších kapitolách věnovat hlavně aspektům farmakoterapeutického zvládnání těchto potíží, především léčbě neuroleptiky resp. antipsychotiky.

#### Literatura k tématu:

1. Höschl C., Liebig J., Švestka J., **Psychiatrie**, Tigris 2002, ISBN 80-900130-1-5,
2. **Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením**, ISBN 80-86980-00-6, Modrý klíč, 2005
3. Čadilová V., Jůn H., Thorová K., Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem, Portál 2007 (v tisku)
4. Beer, M.D, Pereire S.M., Paton C. **Intenzivní péče v psychiatrii**, Grada Publishing, 2005
5. Stancliffe, R.J. Hayden M.F., and Lakin K. Ch., **Interventions for Challenging Behavior in Residential Settings**, AJMR 1999, Vol. 104, No. 4, pp. 364–375.
6. Dolejší M., **K otázkám psychologie mentální retardace**, Avicenum/Zdravotnické nakladatelství 1978
7. Cowley A., Newton J., Sturmey P., Bouras N., Holt G., **Psychiatric Inpatient Admissions of Adults With Intellectual Disabilities: Predictive Factors**, AJMR 200 Vol. 110, No. 3, pp. 216–225
8. Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha, 1992, ISBN 80-85 121-37-9
9. Burt D., Loveland A. Primeaux-Hart, S., Yuan-Who Chen, Cleveland L. Phillips N.R., Lewis, K.R., Cummings E., **Dementia in Adults With Down Syndrome: Diagnostic Challenges**, AJMR 1998, Vol. 103, No. 2, pp. 130–145
10. Christian L., Poling A., **Drug abuse in persons with mental retardation: A Review**, AJMR, 1997, Vol. 102, No. 2, pp. 126-136
11. Chval J., „**Intoxikace vodou**“ u psychiatrických pacientů, Psychiatrie pro praxi, 2007, 2, 94-95
12. **Úmrtnost na sebevraždy u mentální retardace-35 leté sledování, Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study**, Patja K., Iivanainen M, Raitasuo S, Lönquist J., University of Helsinki, Finland, Acta Psychiatrica scandinavica 2001, 103(4), 307-311, (In: Psychiatrie, Current medical literature, Svazek 2, číslo 2, 2002, Current Journals, The Royal Society of Medicine-přeloženo a vydáno za podpory fy Léčiva)

### 3. Poznámky k užití psychofarmak u klientů s mentální retardací

#### 3.1. Vlastní farmakoterapie mentální retardace

Léčbu, která by účinně zlepšila intelektový výkon klienta s mentální retardací neznáme. U některých typů mentální retardace s organickými postižením CNS může dlouhodobá léčba nootropiky příznivě ovlivnit psychickou výkonnost. Tyto preparáty regulují oxidační procesy v buňce a zvyšují využití glukózy v centrální nervové soustavě. Patří k nim pyritinol, piracetam, meklofenoxát a další (Bouček, Pidrman 2005).

U lehčích vývojových poruch je zkoušen růstový faktor cerebrolysin. Doplnkovou léčbu představují vitamíny a minerály, jejich efekt však až na některé výjimky (kyselina listová u pacientů s fragilním X chromosomem) není zásadní. (Höschl 2002, Schmidtová 2005).

Nalezli jsme i studii, která zkoumala efekt inhibitoru acetylcholinesterázy donepezilu na kognitivní funkce pacientů s Downovým syndromem bez přítomnosti demence (Johnson N., Fahey C., et al., 2005). Výsledkem bylo zlepšení verbálního výkonu schopností těchto jedinců vůči kontrolní skupině, ostatní kognitivní funkce zůstaly beze změn.

#### Literatura k tématu:

1. Pidrman V., Bouček J., **Psychofarmaka v medicíně**, Grada Publishing 2005.
2. Höschl C., Liebiger J., Švestka J., **Psychiatrie**, Tigis 2002, ISBN 80-900130-1-5,
3. Schmidtová J., **Farmakoterapie mentální retardace** in Agresivita a prevence problematického chování u klientů s mentální retardací, Modrý klíč 2005.
4. Johnson N., Fahey C., Chicoine B., Chong G. and Gitelman D. **Effects of Donepezil on Cognitive Functioning in Down Syndrome**, AJMR 2005, Vol. 108, No. 6, pp. 367–372.

#### 3.2. Léčba neuroleptiky<sup>6</sup>

V této kapitole se nechceme zabývat přílišnými podrobnostmi týkajícími se jednotlivých skupin psychofarmak a jejich indikačnímu spektru, základní přehled uvádíme v předchozím textu (Petišková, Stuchlík 2007) a odkazujeme na příslušnou literaturu, zejména již na zmiňovanou publikaci Modrého klíče (2005).

Jak již bylo řečeno, neuroleptika se používají při léčbě stavů uvedených v kapitole 2 a to jak samostatně, tak v kombinaci s dalšími preparáty stejné (tj. kombinace dvou i více neuroleptik) či jiné skupiny (nejčastěji thymostabilizéry a anxiolytika).

V léčbě psychotických onemocnění je samozřejmě centrální jejich působení na psychotickou symptomatiku (halucinace, bludy, dezorganizované chování...) stejně jako u nemocných bez mentální retardace, kteří touto poruchou trpí. Při léčbě poruch chování se uplatňuje zejména jejich vedlejší, sedativní působení. Empiricky možno říci, že u pacientů s poruchami osobnosti se uplatňuje působení obojí, ale přesný mechanismus účinku neznáme.

---

<sup>6</sup> V textu je pro tuto skupinu užíváno názvu jak *neuroleptika* tak *antipsychotika*.. Jedná se dvojí pojmenování pro tutéž skupinu léků, určených primárně ke stabilizaci psychotických příznaků.

Jisté je, že u této diagnostické skupiny je farmakoterapie svízelná i u klientů bez mentální retardace a většinou si vyžádá kombinaci více typů léčiv.

V léčbě poruch chování se společně s neuroleptiky uplatňují výše zmiňované thymostabilizéry, též užívané k léčbě epilepsie. Nejužívanějšími preparáty jsou karbamazepin (Biston, Tegretol, Timonil, Neurotop, Carbamazepin...) a valproát sodný (Everiden, Depakine, Orfiril). Mohou snižovat pohotovost i k záchvatům jiného než epileptického charakteru, zejména atak patologické agresivity, sebepoškozování a afektivních výkyvů. V podobné indikaci se užívá klonazepam (Rivotril), který patří mezi benzodiazepiny a má též, jako ostatní léky této skupiny (př. diazepam, oxazepam, alprazolam) anxiolytický efekt. Klonazepam a diazepam mají také anitikonvulsivní (protikřečový účinek) a nacházejí uplatnění v léčbě epilepsie.

Vhodná kombinace těchto léčiv může významně snížit spotřebu neuroleptik u klientů s poruchami chování nejrůznější etiologie. Jako alternativa či kombinace k neuroleptické terapii se dále uvádí lithium, buspiron a propranolol. (Luchins, Dojka, Hanrahan, 1993)

V našem šetření jsme narazili na použití lithia u mentálně retardovaných klientů ojedinele, zřejmě v důsledku jeho toxických účinků. S dvěma posledně jmenovanými preparáty nejsou v této indikaci u nás zkušenosti. Schmidtová (Modrý klíč 2005) mluví o nespolehlivém účinku propranololu v léčbě poruch chování. Tento preparát je jinak užíván v léčbě extrapyramidových projevů (Maršálek 2000 – viz příslušná kapitola).

### 3.3. Neuroleptika ve vztahu k vedlejším účinkům

Rozdělení neuroleptik na antipsychotika 1. a 2. generace zda uvádíme zejména ve vztahu k nežádoucím účinkům.

Přehled těch nejdůležitějších uvádí tabulka 1 a 2 (Látalová, Pidrman, 2006). Uváděné denní dávky se vztahují k léčbě psychóz a mírně liší od maximálních doporučených dávek antipsychotik, uváděných v naší předchozí práci (Stuchlík, Petišková 2007).

**Tabulka 1**

Přehled nejdůležitějších antipsychotik 1. generace		
Generický název	Obchodní název	Denní dávka v mg
<b>Sedativní antipsychotika</b>		
chlorpromazin (tbl., inj.)	Plegomazin	25-800
levomepromazin (tbl., inj.)	Tisercin	12,5 -600
chlorprothixen (tbl.)	Chlorprothixen	15 – 600
	Cisordinol	6-40
zupentixol /tbl., inj.)	Cisordinol depot	40 (1x/3 – 4 týdny)
	Cisordinol Acutard	100 (1x/2-3 týdny)
<b>Incisivní neuroleptika</b>		
flufenazin	Moditen depot.	25 (1x/3-4 týdny)
Haloperidol (tbl., inj., gtt.)	Haloperidol	0,5-10 (výjimečně více)
	Haloperidol-Dekonoát	50-300 za měsíc

**Tabulka 2**

Přehled nejdůležitějších antipsychotik 2. generace		
Generický název	Obchodní název	Denní dávka v mg
amisulprid (tbl., cps., drg.)	Solian	200-800
aripiprazol (tbl.)	Abilify	15-30
klozapin (tbl.)	Leponex	100-9000
olanzapin (gábl., inj.)	Zyprexa	5-20
quetiapin (tbl.)	Seroquel	300-700
	Risperdal, Rispen, Rispolux..	2-6
risperidon (tbl., gtt. dep.inj)	Risperdal Consta	25/37,5,50/1x14dní
sulpirid	Dogmatil, Propsulpin	50-800
ziprasidon	Zeldox	40-160
zotepin	Zoleptil	75-300

Antipsychotika 1. generace se k léčbě psychiatrických poruch u mentálně retardovaných klientů používají běžně, což potvrdilo i naše šetření. Paradoxně nejméně je používán *zuklopentixol*, který je vedle *haloperidolu* k léčbě stavů spojených s mentální retardací doporučován (SÚKL<sup>7</sup>). Tato skupina léčiv má značný sedativní účinek, pro který je také v indikaci poruch chování využívána.

Antipsychotika 2. generace (též nazývána atypická) jsou jednoznačně určena k léčbě psychóz, pro terapii poruch chování je u nás schválen pouze *risperidon*. O využití risperidonu v léčbě celého spektra poruch chování u mentálně retardovaných dětí, adolescentů i dospělých existuje bohatá literatura. Objevili jsme též asi desítku studií, která více méně potvrzuje kladný účinek dalšího antipsychotika, *olanzapinu* na poruchy chování, zejména na sebepoškozování (některé z nich jsou uvedené níže). Další nám známé reference o využití atypických neuroleptik se týkají *quetiapinu* a *zotepinu*.

Neuroleptika mají řadu velmi závažných nežádoucích účinků, které jsou v každé ze zmíněných skupin vyjádřeny různou měrou. Patří k nim především *extrapyramidové projevy* (viz dále), *maligní neuroleptický syndrom*, *hyperprolaktinémie* s negativním vlivem na reprodukční a sexuální funkce, *obesita a metabolický syndrom*, *sedace s negativním účinkem na kognitivní funkce*, *posturální hypotenze a kardiovaskulární účinky*, *prokonvulsivní účinek* (tj. snížení prahu pro vznik epileptických křečí).

Profil jednotlivých léčiv z tohoto hlediska a individuální stav klienta jsou pak hlavními faktory při volbě určitého preparátu. Z hlediska vyjádření, závažnosti a atypického obrazu některých vedlejších účinků představuje mentální retardace rizikový faktor (extrapyramidové projevy, maligní neuroleptický syndrom, epileptogenní účinek). Ostatními nežádoucími účinky jsou mentálně retardovaní klienti ohroženi právě tak jako ostatní populace.

Některými z popisovaných závažných nežádoucích účinků se ve vztahu k mentální retardaci budeme zabývat v následujících kapitolách.

Naposledním faktorem, určujícím volbu toho kterého léčiva je též cena léku. Obecně platí, že náklady na antipsychotika první generace jsou výrazně nižší. To je určitě skutečnost, která výrazně ovlivňuje charakter preskripce neuroleptik v našich ústavních zařízeních.

<sup>7</sup> Státní ústav kontroly léčiv.



## Literatura k tématu:<sup>8</sup>

1. Látalová K., Pidrman V., **Dlouhodobá terapie schizofrenie**, Psychiatrie pro praxi, 2006, 4, 158 –160
2. Pidrman V., Bouček J., **Psychofarmaka v medicíně**, Grada Publishing 2005
3. Schmidtová J., **Farmakoterapie mentální retardace** in Agresivita a prevence problematického chování u klientů s mentální retardací, Modrý Klíč 2005
4. Zarcone J. R., Hellings J.A., Crandall K., Reese R. M., Marquis J., Fleming K., Shores R, Williams D., and Schroeder S. R.  
**Effects of Risperidone on Aberrant Behavior of Persons With Developmental Disabilities: AJMR**, 200 ,Vol. 106, No. 6, pp. 525–538
5. Švestka J., **Risperidon v neschizofrenních indikacích**, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Tigris 2004, č.1
6. Janovsky D.S., Barnhill L.J., Davis J.M., **Olanzapine for Self-Injurious, aggressive and Disruptive Behaviors in Intellectually Disabled Adults: A Retrospective, Open-Label, Naturalistic Trial.**, J Clin Psychiatry 64:10, October 2003
7. Williams H., Clarke R., Bouras N., Martin J, Holt G., **Use of the atypical antipsychotics Olanzapine and Risperidone in adults with intellectual disability**, Journal of Intellectual Disability Research, Vol.44, part 2, pp 164-169, April 2000
8. McDonough M., Hillery J., Kenesly N., **Olanzapin for chronic, stereotypic self-injurious behaviour: a pilot study in seven adults with intellectual disability**, Journal of Intellectual disability, Vol 44, part 6 pp677-684, December 2003
9. Martin A, Loenig K, Scashill l.et al. **Open-label quetiapine in the treatment of children and adolescents with autistic disorder**. Journal Child Adolesc Psxchopharmacol 1999; 9:99-107

### 3.3.1. Extrapyramidové projevy

Extrapyramidové projevy, způsobené užíváním neuroleptik patří k výrazným a subjektivně nepříjemně prožívaným nežádoucím účinkům především antipsychotik 1. generace.

Mají svou akutní a pozdní formu, jejichž klinický obraz je často shodný, mechanismus vzniku ale rozlišný (Maršálek, 2000). Akutní formy souvisejí přímo s nasazením neuroleptik, pozdní neboli tardivní formy s jejich dlouhodobým užíváním, eventuálně vysazením.

*Extrapyramidový parkinsonoid* – souvisí se zahájením léčby antipsychotiky a vyznačuje se svalovou ztuhlostí, celkovým zpomalením pohybu a třesem.

*Akutní a tardivní dystonie* jsou mimovolní pomalé (tonické) bolestivé svalové stahy, projevující se zejména v oblasti hlavy a krku.

*Akutní a tardivní akatizie* – je charakterizována subjektivním pocitem neklidu, provázeným nutkáním k pohybu. Charakteristická je chůze na místě, posedávání, střídavé vstávání a sedání, poruchy spánku, agitace. Často je tento syndrom spojen s pocitem úzkosti, strachu a somatickými stížnostmi. Nežádoucí je důvodem k odmítnutí medikace.

---

<sup>8</sup> K otázce využití atypických neuroleptik, zejména risperidonu a olanzapinu k léčbě poruch chování máme k dispozici daleko rozsáhlejší soupis literatury, který rádi poskytneme vážným zájemcům.

*Tardivní dyskineze* – tato porucha se nevyskytuje akutně, jsou pro ni typické mimovolní, stereotypní, choreiformní pohyby. Může se vyskytnout v oblasti úst a čelistí (krouživé pohyby jazyka, přežvykování, grimasy), prstů („pře počítávání peněz“), ale i trupu a končetin.

Léčba extrapyramidových, zejména tardivních projevů je velmi komplikovaná a není předmětem této práce. V tomto směru odkazujeme na příslušnou literaturu. Důležitá je prevence: rozpoznání rizikových skupin, indikovaná preskripce neuroleptik, spíše atypických, co nejnižší dávky, co nejkratší dobu.

Mentálně retardovaní jedinci vzhledem k častému organickému postižení centrální nervové soustavy s její vulnerabilitou k rizikové skupině patří. Literatura (Luchins et.al. 1993) mluví o jejich větší náchylnosti zejména k tardivním dyskinezím. Problematické může být také rozpoznání akathisie. Vzhledem k tomu, že je vedle klinického obrazu založená na subjektivním prožitku, stanovuje se její diagnóza u mentálně retardovaných jedinců někdy extrémně obtížně. Nerozpoznána a vlivem subjektivního dyskomfortu se může paradoxně projevat zhoršením poruch chování, pro které klient začal antipsychotika původně užívat (Gross et al.1993).

Maršálek M., **Extrapyramidové poruchy vyvolané léky, diagnostika, léčba, prevalence**, Psychiatrie pro praxi, 2000,1,18-20

Gross E. J., Hull, H.G., Lytton G.J., Hill J.A., Piersel W.C., **Case study of neuroleptic-induced akathisia**: Important Implications for individuals with mental retardation AJMR, Vol.98, No.1, 1993,pp.156-164

Luchins D.J., Dojka D.M., Hanrahan P., **Factors associated with reduction of antipsychotic medication dosage in adults with mental retardation** , AJMR,1993,Vol.98,No.1

### 3.3.2. Maligní neuroleptický syndrom

Tato závažná, idiosynkratická komplikace léčby neuroleptiky vzniká především u první, ale vzácně i druhé generace antipsychotik. V literatuře je uváděn výskyt okolo 0,2-1% populace užívající neuroleptika. Zdá se, že v poslední době, s častějším užitím antipsychotik 2. generace, prevalence klesá k nižší uvedené hranici. Komplikace má vysokou mortalitu. Čísla dle pramenů opět kolísají mezi 4-21%.

Vznik syndromu souvisí s léčbou vysoce potentními neuroleptiky. Na prvním místě je uváděn haloperidol, dále flufenazin a s odstupem chlorpromazin. Nemusí souviset s prvním nasazením neuroleptika, ale může se objevit i se znovunasazením téhož preparátu, eventuálně s navýšením dávky, které nemusí být nikterak dramatické. Výskyt podobných komplikací je někdy uváděn i při náhlém vysazení neuroleptik (Boyd,1993).

Základními příznaky jsou: hypertermie (vysoká teplota, často nad 40 st. C) extrapyramidová svalová ztuhlost, rozkolísání vegetativních funkcí, které se projevuje v profúzním pocení, poruchami srdečního rytmu (tachykardie), zrychleným dýcháním (tachypnoe) a labilitou krevního tlaku. Postupně se rozvíjí porucha vědomí pod obrazem stuporu, deliria až ke komatu.

Dochází k rhabdomyolýze (rozkladu kosterní svaloviny), která se projevuje též zvýšeným vylučováním myoglobinu močí a následným ledvinovým selháním. Léčba je velmi

náročná, vyžaduje specifická léčiva (bromokriptin, dantrolen) a hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Je popisován jak náhlý začátek příznaků, tak jejich pozvolný nástup.

Organické postižení mozku se považuje za rizikový faktor vzniku maligního neuroleptického syndromu a mluví se o pravděpodobně vyšším výskytu komplikace u mentálně retardovaných, což může být dáno masivním užíváním antipsychotik v této populaci Boyd (1993) uvádí, že v americké populaci užívá neuroleptika okolo 30% mentálně retardovaných.

Syndrom může probíhat pod atypickým klinickým obrazem, což znesnadňuje jeho včasnou diagnózu. Právě atypický průběh je charakteristický pro jedince s mentální retardací. Často zde chybí svalová rigidita, a průběh může být „maskován“ svalovou relaxací. Dalším důvodem pozdního rozpoznání syndromu u mentálně retardovaných může být též zhoršená schopnost komunikace u klientů a zároveň neškolenost personálu v rozpoznávání této komplikace. Maligní neuroleptický syndrom tak může být důvodem „nevysvětlitelných úmrtí“ mentálně retardovaných. Mortalita u mentálně retardovaných se každopádně pohybuje při horní hranici udávaného spektra, tj. 20% (Boyd, 1993).

Čeští autoři (Hyža., Hanušková., 2006) popisují kasuistiku netypicky vyjádřeného maligního neuroleptického syndromu u lehce mentálně retardované pacientky s psychózou po depotní léčbě flupentixiolem, který probíhal pro obrazem vleklé extrapyramidové rigidity.

Z výše uvedených sdělení vyplývá, že je potřeba věnovat možnosti vzniku této komplikace větší pozornost. Zejména důležitá je informovanost personálu v našich ÚSP, kde klienti užívají zejména antipsychotika 1. generace a při jejich velkém počtu je možno nástup maligního neuroleptického syndromu přehlédnout.

Pidrman V., Bouček J., **Psychofarmaka v medicíně**, Grada Publishing 2005

Schmidtová J., **Farmakoterapie mentální retardace** in Agresivita a prevence problematického chování u klientů s mentální retardací, Modrý Klíč 2005

Seifertová D., **Maligní neuroleptický syndrom**, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Tigris, No.3, 2002

Boyd R.D., **Neuroleptic Malignant Syndrome and Mental Retardation: Review and Analysis of 29 Cases**, AJMR, 1993, Vol.98, No.1

Hyža M., Hanušková V., **Atypický obraz maligního neuroleptického syndromu**, Psychiatrie pro praxi, 6, 2006

### 3.3.3. Okulokutánní syndrom

Je obecně známo, že fenothiaziny, tj nejstarší skupina antipsychotik 1. generace, senzibilizují kůži vůči slunečnímu záření. V tomto směru je potřeba u klientů, užívajících tuto medikaci (zejména chlorpromazin, resp. Plegomazin) věnovat větší pozornost jak péči o kůži, tak pobytu na slunci, a o riziku je srozumitelně informovat.

Další velmi závažnou komplikací při léčbě fenothiaziny je ukládání pigmentů do kůže a struktur oka. Při dlouhodobé léčbě dochází k nepřírozenému kovovému, či nafialovělému zbarvení kůže. K ukládání pigmentu dochází též ve spojivkách, rohovce a čočce, což může mít v pokročilém stadiu vliv na ostrost zraku. Závažnou komplikací je pigmentová retinopatie (usazování pigmentů v sítnici), která je většinou na rozdíl od výše zmíněných komplikací irreverzibilní a vede ke slepotě.

Jako nejrizikovější lék ve vývoji těchto nežádoucích účinků je uváděn chlorpromazin, dále levomepromazin (Tisercin), při pigmentové retinopatii je ve hře též thioridazin, který byl již stažen z výroby.

Autoři studie (Dvořáková, Jirka 2007) zkoumali výskyt těchto komplikací u 27 pacientů, užívajících dlouhodobě zmíněné fenothiaziny. 6 pacientů z tohoto souboru bylo mentálně retardovaných. Abnormální pigmentace zjistili u 59% pacientů, nálezy v očních médiích byly přítomny u 40% pacientů. U žádného z pacientů nebyla zjištěna pigmentová retinopatie ani porucha ostrosti zraku.

Z uváděné studie vyplývá, že problému okolo kutánního syndromu je nutno stále věnovat pozornost, neboť pacienti chronických psychiatrických oddělení i ústavů sociální péče jsou stále velmi významnými a letitými konzumenty zmíněných preparátů. (Dle našeho šetření (Petišková, Stuchlík, 2007) je Tisercin druhým a Plegomazin pátým nejčastěji užívaným neuroleptikem u klientů ÚSP). K tomu přispívá i skutečnost, že zastavení výroby další fenotiazinů – thioridazinu, flufenazinu a v poslední době i injekčního Tisercinu, vede právě v těchto institucích k jisté „renesanci“ chlorpromazinu.

Dvořáková D, Jirka S., **Okulokutánní syndrom při dlouhodobé terapii fenothiaziny**, Česká a slovenská psychiatrie, Roč.103, No.3, květen 2007

### 3.3.4. Metabolický syndrom a kardiovaskulární účinky

Typickým vedlejším účinkem neuroleptik obou generací je **nárůst tělesné hmotnosti**. Největší přírůstek váhy byl zaznamenán při léčbě olanzapinem (Zyprexa), dále chlorpromazinem a zotepinem (Zoleptil) (Pidrman 2005). U antipsychotik 2. generace se může vyvinout tzv. metabolický syndrom. Jeho příznaky jsou obezita, vyšší krevní tlak, insulinová rezistence a vývoj diabetu a dyslipidémie – tj. poruchy ve složení krevního lipidového spektra. Metabolický syndrom není pouze záležitostí léčby neuroleptiky. Byl popsán koncem 80. let a souvisí s nezdravým způsobem života zejména v severnějších částech euroamerické civilizace. Pacient trpící metabolickým syndromem je ohrožen rozvojem dalších zdravotních komplikací, metabolických, kardiovaskulárních i komplikací stran pohybového aparátu.

Léčba atypickými neuroleptiky by tedy měla být provázena úzkostlivou prevencí tohoto stavu – tj. pečlivou přípravou jídelníčku, dostatečnou fyzickou aktivitou i celkovou změnou životního stylu. V tomto směru byly vyvinuty preventivní systémy – např. Program pro dobré zdraví v Psychiatrickém Centru Praha, který je určen pro pacienty s psychózou, léčené neuroleptiky.

U pacientů s mentální retardací by tedy užívání atypických neuroleptik (resp. neuroleptik 2. generace) v ideálním případě představovalo individuální přístup personálu se zřetelem na výše zmíněné preventivní strategie. Ty spočívají jednak v úpravě vnějších podmínek, jednak ve srozumitelném poučení a praktické edukaci pacienta. Otázkou zůstává, zda je takto individualizovaná práce v podmínkách současných ÚSP možná.

Ke **kardiovaskulárním komplikacím** může dojít při léčbě neuroleptiky nejen v důsledku metabolického syndromu. Objevují se v rámci přímých nežádoucích účinků. U antipsychotik 1. generace je nejčastější ortostatická hypotenze a tachykardie, z antipsychotik 2. generace jsou v tomto směru nejrizikovější klozapin (/Leponex) a quetiapin (Seroquel).

Dalším rizikem je nebezpečí vzniku nebezpečných arytmií, zvyšujících kardiovaskulární mortalitu jedinců užívajících neuroleptika. Jako míra tohoto rizika se uvádí prodloužení QT intervalu na EKG. Nejnebezpečnějším byl v tomto směru thioridazin, středně těžké riziko představuje chlorpromazin, flufenazin a zotepin. Z antipsychotik 2. generace významně prodlužují QT interval ziprasidon, quetiapin a risperidon. Někdy se proto doporučuje se proto kontrolní EKG před zahájením terapie těmito preparáty (především u ziprasidonu).

Pidrman V., Bouček J., **Psychofarmaka v medicíně**, Grada Publishing 2005

Pidrman.V, Horáček J, **K otázky metabolického syndromu v psychiatrii**, Psychiatrie pro praxi, 2005, 5

Kalnická D., Libiger J., **Léčba antipsychotiky a metabolický syndrom**, Psychiatrie pro praxi, 2006,5,207-210

Lávička,V., **Antipsychotika z pohledu internisty**, Psychiatrie pro praxi, 2000, 3,96-98

Pérez M., **Vliv antipsychotik na hmotnost hospitalizovaných pacientů**, Psychiatrie pro praxi,200,3,110-111

Svačina Š., **Metabolické účinky psychofarmak**, Triton, 2004

Sládek M.,**Obezita a antipsychotika** - jsme opravdu bezmocní?, Psychiatrie pro praxi 2002, 4, 185-186

### 3.3.5. Vliv na sexuální funkce

Dalším obecným vedlejším účinkem neuroleptik je hyperprolaktinémie, tedy zvýšení hladiny hypofyzárního hormonu prolaktinu v krvi. Ten následně ovlivňuje uvolňování pohlavních hormonů – estrogenů u žen a testosteronu u mužů.

Tato skutečnost vede k řadě nežádoucích projevů, pacienty negativně prožívaných. U žen dochází k poruchám menstruačního cyklu (velké a nepravidelné intervaly mezi cykly- oligomenorhoea, vymizení cyklu- amenorhoea), k sekreci z prsou (galaktorhoea), u mužů pak ke gynecomastii (zbytnění prsní žlázy).

Rozsáhle postiženy jsou sexuální funkce – snížení zájmu o sex (ztráta libida), snížení vzrušivosti, anorgasmie, poruchy erekce a ejakulace u mužů.

Dlouhodobé hormonální působení prolaktinu pak může mít vliv při vzniku závažných zdravotních komplikací – osteoporózy a karcinomu prsu (Hanušková, 2000).

Nejvyšší hladinu prolaktinu způsobují antipsychotika 2. generace – amisulprid (Solian), sulpyrid (Dogmatil, Prosulpin), risperidon (Risperdal) a zotepin (Zoleptil). Naopak šetřenější jsou v tomto směru olanzapin, klozapin, quetiapin a aripiprazol.

Sexuální dysfunkce bývají často příčinou nespokojenosti a vysazení antipsychotik u pacientů léčených neuroleptiky, přesto jsou v běžné ambulantní praxi často přehlédnuty. Musíme s nimi tedy počítat i klientů s mentální retardací a zvažovat jejich vliv na celkový zdravotní stav a kvalitu života.

Pidrman V., Bouček J., **Psychofarmaka v medicíně**, Grada Publishing 2005

Janů, L., **Sexuální dysfunkce při dlouhodobém podávání antipsychotik**, Psychiatrie 2003,3, 103-104

Hanušková V., **Hladina prolaktinu a léčba neuroleptiky**, Psychiatrie pro praxi,2000,1,7-10  
Hanušková V., **Hyperprolaktinémie při léčbě neuroleptiky.**, Psychiatrie pro praxi,200,3,  
112-114  
Entnerová,P., **Sexuální dysfunkce při léčbě psychofarmaky**, Psychiatrie pro praxi,2006

#### **4. Možnosti a rizika redukce neuroleptických dávek u klientů s mentální retardací**

Na základě našich šetření a studia literatury jsme zjistili, že v zahraničí – máme informace z Británie a Spojených států – čelili podobným problémům jako my dnes – tedy celoplošnému užívání vysokých dávek psychofarmak, zejména antipsychotik v populaci mentálně retardovaných v residenčních zařízeních i v komunitě.

Situace byla řešena systémem úředních opatření a zároveň seriózním výzkumem na tomto poli. Zdá se, že tento proces stále probíhá a dopracovat se nějakého optimálního paušálního řešení není možné. Například celostátní šetření, mapující stav psychiatrické medikace u mentálně postižených v letech 1994-2000 v Oklahomě odhalilo významný nárůst v užívání antidepresiv, především ze skupiny SSRI<sup>9</sup>. Antipsychotická medikace se výrazně nezměnila, patrný byl ale posun směrem k užití atypických antipsychotik. U klientů, kteří přešli do komunitních služeb byl zaznamenán spíše nárůst užívání psychofarmak (Spreat, Conroy, Fullerton, 2004).

Základní poznatky, které jsme získali o možnostech redukce psychofarmak u mentálně retardovaných jedinců jsme se pokusili zahrnout do následujících bodů:

1. Redukce psychiatrické medikace, především dávek antipsychotik je ve své podstatě proces žádoucí a pozitivní. Přináší pozitivní efekty (Luchins, Dojka, Hanrahan, 1993) a snižuje nebezpečí závažných nežádoucích účinků této skupiny léčiv. Existují klienti s mentální retardací, jejichž chování se v závislosti na medikaci nemění.
2. Neuroleptická medikace působí celkový útlum emocí, myšlení, motivace i vůle (tzv. *deficientní syndrom* – Pidrman 2005), po jejím vysazení může dojít k "odblokování" psychického fungování klienta ve všech těchto oblastech, což může interpretováno jako zhoršení. Pokud nedojde k úpravě vnějších životních podmínek klienta (adekvátní asistence a náplň), hrozí návrat k medikaci a tím i původního stavu.
3. U části klientů může vést vysazení neuroleptik k výrazné deterioraci, která se vyžádá nové nasazení léků. Týká se to především jedinců trpících psychózou, resp. schizofrenií.
4. Cestou ke snižování dávek antipsychotik může být i jejich částečné nahrazení jinými léčivy (thymostabilizéry, benzodiazepiny etc..).
5. Častou, i když podceňovanou komplikací provázející ukončení neuroleptické léčby je *syndrom z vysazení* (Seifertová 2002). Jeho charakter závisí na farmakologickém profilu vysazovaného neuroleptika a může přetrvávat až 6 měsíců. Projevuje se akutními (dyskinezy,

<sup>9</sup> „serotonine selective reuptake inhibitors“-inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

dystonie, akatizie) a chronickými (tardivní dyskinezy a tardivní akatizie) neurologickými příznaky, symptomy neurovegetativními (pocení a tepelná nestabilita se závratěmi, kolapsy, nespavost, úzkost, parestezie a snížení prahu pro vnímání bolesti) a cholinergním reboundem (nauzea, zvracení, průjem).

Newell, (2000) a Newell et al. (2002) upozorňují na skutečnost, že vysazení neuroleptik s sebou nese strukturální změny pohybové dynamiky, včetně celkových vzorců postoje, komplexního pohybu a stability, ve vážnějších případech rozvoj tardivních dyskinezí a tardivní akathizie. Obě tyto studie s týkají právě mentálně retardovaných jedinců.

Při náhlém vysazení neuroleptik byla pozorována i symptomatika upomínající na maligní neuroleptický syndrom (Boyd,1993).

Lze si bez větších komplikací představit, jaký vliv může mít tělesný dyskomfort, způsobený byť i mírným syndromem z vysazení na prožívání a tím výsledně i na chování mentálně retardovaného člověka.

Na závěr předkládáme zkrácený překlad americké studie z roku 1993, neboť se domníváme, že popisem širšího kontextu vývoje, týkajícího se redukce antipsychotické medikace ve Spojených Státech i sdělením o samotném výzkumu a jeho výsledcích, může být významnou inspirací i poučením pro naši současnou situaci.

#### **4.1. D. J. Luchins, D. M. Dojka, P. Hanrahan: Faktory spojené s redukcí antipsychotických dávek u dospělých s mentální retardací, American Journal on Mental Retardation, 1993, Vol. 98, No. 1**

Několik přehledů v šedesátých letech dokumentovalo vysokou prevalenci užívání psychotropních léčiv u jedinců s mentální retardací. Lipman (1970) shledal, že 58% všech léčiv předepsaných mentálně retardovaným jsou antipsychotika a z celé populace takto postižených užívá antipsychotika 39%. V literárním přehledu (Stone, Alvarez, Ellman, Hom and White 1989) se uvádí, že procento užívajících antipsychotika se v ústavech pohybuje mezi 20-60%. Prevalence v komunitních zařízeních byla podobná (Davis, Cullaria & Breuning, 1982). Nejčastěji citovaným faktorem, vedoucím k preskripci antipsychotické medikace je signifikantní maladaptivní chování, jako fyzická agrese, sebepoškozování, záchvaty vzteku a autostimulace (Aman, Field & Bruinkins, 1985; Intagliata & Rinck, 1985; Stone et al., 1989; Zimmermann & Heistadt, 1982). Druhým shodně citovaným faktorem je psychiatrická diagnóza (Aman et.al.,1985; Hill et al.,1985; Tu & Smith 1980).

Vhodnost užití antipsychotik u jedinců s mentální retardací byla prověřována vzhledem k možným negativním účinkům na kognitivní procesy a k relativnímu nedostatku demonstrovatelného efektu na redukcí symptomů resp. maladaptivního chování. Tyto otázky, stejně jako spory vycházející z případů tardivní dyskineze způsobené těmito látkami přispěly k tomu, že vládní a federální úřady vyvinuly přísnější doporučení pro užívání léčiv. Rinck, Guidry a Clakins (1989) referovali, že přinejmenším 90% amerických států má regulační opatření, týkající se užívání psychotropních léčiv u mentálně retardovaných, zejména u těch, kteří obývají státní rezidenční zařízení.

Zvýšený dohled nad užíváním antipsychotik měl různé formy včetně přehledů o medikaci prováděných interdisciplinárními týmy (Briggs, 1989), použití behaviorálních dat k posouzení účinku medikace (Fielding, Murphy, Reagan & Peterson, 1980; Glaser&Moreau,

1986), a přehledů klinických farmakologů (Inoue, 1982). Jak se očekávalo, zvýšená kontrola vedla k poklesu užívání antipsychotik u jedinců s mentální retardací. La Mendola, Zaharia a Carver (1980) uváděli, že v kvartálních přehledech kleslo procento jedinců užívajících antipsychotika během 3 a půlletého období z 27% na 20%. White (1983) referoval o poklesu z 26,4% na 14,5%. Briggs (1989) zaznamenal pokles užití antipsychotik během 4 let, přičemž počet užívajících se stabilizoval na 14%.

Mnoho jedinců přestalo užívat antipsychotika úplně, s pozitivními výsledky (př. zvýšené skóre dovedností) nebo přinejmenším s žádnou změnou v chování (La Mendola et al., 1980). Briggsová (1989) však uvádí, že medikace byla obnovena u 33% jedinců, kteří s ní přestali. Zimmermann a Heisted (1982) referovali, že 40% z těch, kteří přestali užívat antipsychotika, se významně zhoršilo. Změny zahrnovaly zvýšenou autostimulaci a aktivní negativní chování (tzn. sebepoškozování, verbální a fyzickou agresi, křik). Poindexter (1989) zjistil, že ačkoli se počet jedinců na neurolepticích během 10-leté periody snížil z 33,3 na 9,5%, průměr denní dávky se zvýšil. Fielding udává, že lékoví respondéři (tedy ti, u nichž redukce medikace byla neúspěšná) zaznamenali signifikantní nárůst maladaptivního chování (nejméně 50%).

Jak bylo řečeno, množství jedinců s mentální retardací zřejmě užívá antipsychotika zbytečně.

Je ale také nutno určit skutečnosti, související s jedinci, kteří antipsychotickou medikaci potřebují a s klienty, kteří odpovídají na alternativní léčbu.

Kdybychom identifikovali tyto faktory, ušetříme tím malé, ale signifikantní množství jedinců zbytečných cyklů zmatení, zhoršení a dekompenzací. Briggsová (1989) neshledala žádný rozdíl v cílovém chování mezi respondéry a non-respondéry, ale neuvádí závažnost chování. Heisted, Zimmermann a Doeblner (1982), Poindexter (1989), a Zimmermann et al. (1982), ti všichni uvádějí zvýšenou incidenci maladaptivního chování spojenou s poklesem medikace ale nezmiňují rozdíly mezi jedinci, kde byla medikace úspěšně redukována, a těmi, u kterých jí bylo nutno obnovit.

V prezentované studii byly sledovány záznamy u jedinců přijatých na 75 lůžkovou jednotku pro dospělé s vývojovými problémy (*adults with developmental disabilities, pozn. překl.*). Tato příjmová jednotka je určena pro jedince s mentální retardací v kombinaci s duševním onemocněním nebo s těžkým problémovým chováním.

Autoři si kladli následující otázky:

- a) Mělo by se pokračovat v současné klinické praxi snižování antipsychotik?
- b) Je nějaký rozdíl mezi jedinci, u kterých je možno antipsychotickou dávku redukovat a těmi, kde naopak vzrostla?
- c) Vzhledem k tomu, že v léčbě fyzické agrese a sebepoškozujícího chování jsou účinná i jiná léčiva (Luchins & Dojka, 1989), může tato léčba nahradit antipsychotika, třeba kvůli nižšímu riziku tardivních dyskinezi?

*Dále kráceno:*

### **Metoda:**

Retrospektivně byly sledovány záznamy jedinců, kteří pobýli na zmíněné jednotce mezi lety 1984 a 1989 déle než 6 měsíců. Na této jednotce mají všichni jedinci, užívající antipsychotika behaviorální plán a) snížit frekvenci maladaptivního chování nebo symptomů duševního onemocnění, pro které byla předepsána medikace a b) zvýšit frekvenci chování přiměřeného. Tato data byla hodnocena měsíčně interdisciplinárním týmem a nejméně jednou za 6 měsíců s konzultujícím psychiatrem. Byly činěny pokusy o přerušení medikace, kdekoli



to bylo možné. Medikace se snižovala ze tří důvodů: frekvence cílového chování, resp. symptomů se snížila a zůstala nízká; medikace se ukázala jako neefektivní při redukci symptomů nebo chování; klientovi byla dávka redukována podle státních doporučení alespoň jednou ročně, kdykoli to bylo možné. V posledním případě se medikace opět zvyšovala, pokud se během redukce projevila u klienta signifikantní deteriorace. Důvodem zhoršení mohl být v některých případech odvykací stav, protože v některých případech jej nelze odlišit od zhoršující se psychopatologie (Lucchins, Freed & Wyatt, 1980). K identifikaci pacientů a přepočtu dávky medikace byl zvolen počítačový systém (J. Davis, 1974).

Diagnóza pacientů byla stanovena podle DSM III-R. Další informace se týkaly věku, pohlaví, úrovně mentální retardace (děleno do dvou skupin mírná /střední a těžká/hluboká).

Hlavním hlediskem pokusu autorů redukovat antipsychotickou medikaci bylo použití alternativních léčiv ke zvýšení kontroly nad symptomy. Proto byla určena i frekvence alternativní medikace - lithia, karbamazepinu, buspironu a propranololu. Ve všech případech byla tato medikace předepisována za účelem korekce problémového chování a nikoli pro psychiatrické onemocnění.

### **Záznamy chování:**

Změny v chování byly identifikovány v 13 oblastech (fyzická agrese, destrukce majetku, verbální agrese, nespolupráce, sebepoškozující chování, psychotické chování-halucinace, poruchy nálady, agitace, útky, krádeže, provokace, neadekvátní sexuální chování, obnažování se). Tyto typy chování se dále hodnotily na čtyřstupňové (dle závažnosti) a pětistupňové (dle frekvence) škále.

Byla získána data od 95 klientů, studii kompletně dokončilo 80 klientů. Byly hodnoceny změny v antipsychotické dávce na začátku a konci studie.

### **Výsledky:**

95 jedinců dostávalo antipsychotickou medikaci první tři nebo druhé tři měsíce anebo po celé šestiměsíční období. Jejich průměrný věk byl 32 let, 60% byli muži. 48 jedinců mělo diagnózu psychózy, 47 ne. Počáteční neuroleptická dávka dosáhla 565mg v chlorpromazinových ekvivalentech pro celou skupinu, konečná dávka 479. Tato změna není statisticky signifikantní.

Úroveň mentální retardace nebyla v signifikantní souvislosti s počáteční dávkou nebo změnou v dávce, která poklesla v obou skupinách, tj. jak v souboru 70 mírně /středně retardovaných klientů, tak u 25 těžce/hluboce retardovaných klientů.

Byla zkoumána závislost přítomnosti psychotického onemocnění na antipsychotické dávce. Byl zjištěn signifikantní rozdíl ve změně antipsychotické dávky – u psychotických jedinců došlo ke zvýšení dávky, u nepychotických ke snížení. Tento rozdíl není vysvětlitelný tím, že by psychotičtí jedinci projevovali větší poruchy chování, jejich „index chování“ byl naopak nižší než u druhé skupiny.

Dalším přídatným faktorem, souvisejícím se změnou antipsychotické dávky, bylo užití alternativní medikace za účelem zlepšení kontroly chování. Nikdo z klientů na počátku studie tyto léky neužíval, na konci pak užívalo tuto medikaci 41 jedinců, přičemž 5 z nich užívalo dva takové léky současně. Ti, kteří užívali alternativní medikaci se nelišili od ostatních ani věkem, ani pohlavím, ani úrovní mentální retardace ani přítomností psychotické poruchy, ale byli zpočátku více postiženi ve smyslu poruch chování a dostávali vyšší iniciální dávky antipsychotik. U této skupiny 41 pacientů došlo k průměrnému snížení dávky antipsychotik o 282 mg, u ostatních byl průměrný pokles o 62 mg.

Byla zkoumána i souvislost mezi behaviorálními poruchami a antipsychotickou medikací. Ačkoli počáteční úroveň problémového chování korelovala s iniciální antipsychotickou dávkou, nekorelovala posléze s konečnou dávkou ani se změnou v dávce

antipsychotik. Tak iniciační úroveň problémového chování nesouvisela s postupnou redukcí medikace. Na druhé straně, změna v antipsychotické dávce korelovala se změnou v problémovém chování, za předpokladu že snížená dávka byla vázána na zlepšené chování.

Metodou regresní analýzy byla určena důležitost jednotlivých demografických a klinických proměnných ve vztahu ke změně antipsychotické dávky.

Nejsilnějším prediktorem byla přítomnost psychotického onemocnění, dále užití alternativních léčiv. Věk, pohlaví, počáteční úroveň chování a úroveň mentální retardace neměly žádný význam.

### **Diskuse:**

V této retrospektivní studii se autoři pokoušeli determinovat faktory spojené s redukcí antipsychotické dávky u jedinců s mentální retardací, kteří trpěli psychiatrickým onemocněním a/nebo poruchami chování. Ačkoliv již před studií byla zavedena politika pravidelného snižování antipsychotických dávek, rozhodnutí změnit antipsychotickou dávku nebo začít s užitím alternativní medikace se dalo na základě klinického zhodnocení.

Především nutno poznamenat, že v průběhu celé studie byla redukce antipsychotických dávek spojena spíše se zlepšením chování klientů, než s jeho zhoršením. Tento závěr je v souladu s kontrolovanými studiemi (Singh & Aman, 1981). Vzhledem k tomu, že studie nebyla randomizovaná, není možné rozeznat zda redukce medikace vedla ke zlepšení chování nebo naopak zlepšené chování bylo důvodem ke snížení medikace. Autoři se na základě svých pozorování domnívají, že prvotní byla změna v chování, změna ve vyšší dávky druhotná.

Za druhé – přítomnost psychózy byla spojena s navýšením dávek antipsychotik, zatímco její nepřítomnost se snížila. Vzhledem k tomu, že u většiny jedinců v této studii byla diagnostikována schizofrenie (45 ze 48 klientů s dg. psychózy), může to prostě znamenat, že pacienti se schizofrenií profitují z antipsychotické léčby bez ohledu na úroveň inteligence (Menolascino, Wilson, Golden & Ruedrich, 1986) a obecně vyžadují léčbu těmito prostředky.

Za třetí, užití alternativní medikace bylo spojeno s redukcí antipsychotických dávek. To souhlasí s množící se literaturou o schopnosti těchto neantipsychotických agencií redukovat u jedinců s mentální retardací agresi nebo poruchy chování. Lithium bylo uznáno jako efektivní ve třech kontrolovaných studiích, karbamazepin v jedné a propranolol a buspiron v otevřených studiích. Skutečnost, že užití alternativní medikace bylo spojeno s redukcí antipsychotické dávky i v případech, kdy bylo nutno počítat s vlivem psychózy nabízí, že tato léčiva korigují poruchy chování v obou případech – tj. u psychotických i u nepychotických jedinců.

Vzhledem k tomu, že jedinci s mentální retardací více inklinují k tardivním dyskinezám (Gulatieri, Breuning, Quade & Schroder, 1982), redukce antipsychotické medikace v této populaci musí zůstat prioritou. Tyto výsledky identifikují některé proměnné, které mohou predikovat, kteří jedinci budou úspěšní v redukcí antipsychotické medikace. Nabízejí předpoklad, že jedinci bez psychózy jsou obzvlášť vhodnou skupinou pro tento přístup, zatímco jedinci s psychózou nikoli. Navíc se ukazuje, že redukce antipsychotické medikace může být u některých klientů facilitována užitím alternativní medikace.

To znamená, že by oficiální politika doporučující snižování všech psychotropních dávek u mentálně retardovaných mohla být paradoxně překážkou ke snižování antipsychotické medikace.

## Literatura ke studii<sup>10</sup>:

- Aman, M.G., Field, C.J., & Bridgman, G.D. (1985). City wide survey of drug patterns among non institutionalized mentally retarded persons. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 159-171
- Briggs, R. (1989). Monitoring and evaluating psychotropic drug use for persons with mental retardation: A follow-up report, *AJMR*, 93, 633-639
- Craft, M., Ismail, I.A., Krishnamurti, D., Matthews, J., Reagan, A., North, P. M. & Seth R. (1987). Lithium in treatment of aggression in mentally handicapped patients: A double-blind trial. *British Journal of Psychiatry*, 150, 685-689.
- Davis, J. M. (1974). Dose equivalence of the antipsychotic drugs. *Journal of Psychiatry Research*, 2, 65-69
- Davis, V.J., Cullari, S., & Breuning, S.E. (1982) Drug use in community foster – group home. In S.E. Breuning & A. D. Poling (Eds.), *Drugs and mental retardation*. Springfield, IL: Thomas
- Fileding, L. T., Murphy, R. J., Reagan, M. W., & Peterson, T. L. (1980). An assessment program to reduce drug use with the mentally retarded. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 771-773
- Glaser, B.A. & Morreau, L. E. (1986). Effects of interdisciplinary team review on the use of antipsychotic agents with severely and profoundly mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 371-379
- Gualtieri, T.C., Breuning, S.E., Quade, D., & Schroeder, S. R. (1982). Tardive dyskinesia in mentally retarded children, adolescents and young adults: North Carolina and Michigan studies. *Psychopharmacology Bulletin*, 18, 62-66
- Heistad, G.T., Zimmermann R. L. & Doebler, M.I. (1982) Long – term usefulness of thioridazine for institutionalized mentally retarded patients. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 243-251
- Hill, B., K., Ballow, E., A., & Bruininks, R.H. (1985). A national study of prescribed drugs in institutions and community residential facilities for mentally retarded people *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 268-278
- Inoue, F. (1982) A clinical pharmacy service to reduce psychotropic drug use in an institution for mentally handicapped persons. *Mental Retardation*, 20, 70-74
- Intagliata, J., & Rinck, C. (1985). Psychoactive drug use in public and community residential facilities for mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 268-278
- La Mendola, W., Zaharia, E.S., & Carver, M. (1980). Reducing psychotropic drug use in an institution for the retarded. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 271-272
- Langee, H.R. (1990) Retrospective study of lithium use for institutionalized mentally retarded individuals with behavior disorders. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 448-452
- Lipman, R.S. (1970). The use of pharmacological agents in residential facilities for the retarded. In F.J. Menolascino (Ed.), *Psychiatric approaches to mental retardation* (pp.387-398); New York: Basic Books
- Luchins, D.J., & Dojka D.M. (1989) Lithium and propranolol in aggression and self – injurious behavior in the mentally retarded. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 372-372
- Luchins, D.J., Freed, W.J., & Wyatt, R.J. (1980). Cholinergic supersensitivity in the medical symptom of antipsychotic withdrawal. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1395-1398
- Menolascino, F., Wilson, J., Golden, C., & Ruedrich, S. (1986). Medication and treatment of schizophrenia in persons with mental retardation. *Mental retardation*, 24, 277-283

---

<sup>10</sup> Uvedená literatura se týká přeložené studie je a uvedena v nezměněném znění.

- Poindexter, A.R: (1989) Psychotropic drug patterns in a large ICF/MR facility: A ten- year experience. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 624-626.
- Ratey, J.J., Mikkelsen, E. J. Smith G.S., Upadhyaya, A., Zuckerman S., Martell, D. Sorgi, P. Pollakoff S., & Bemporad, J. (1987). B-blockers in the severely and profoundly mentally retarded. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 103-107.
- Ratey, J.J., & O'Driscoll, G.A: (1989). Buspirone as a habilitation drug for patients with dual diagnosis. *Internal Medicine Certification*, 3, 38-45
- Reid, A.H., Naylor, G.J. & Kay, D.S: G. (1981). A double blind placebo controlled crossover trial of carbamazepine in overactive severely mentally handicapped patients, *Psychological Medicine* 11, 109-113
- Rinck C., Guidry, J., & Calkins, C.F. (1989). Review of states' practices on the use of psychotropic medication. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 657-668
- Singh, N.N., & Aman M.G. (1981) Effect of thioridazine dosage on the behaviour of severely mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 580-587
- Sovner, R. (1986) Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 580-587
- Stone, R.K., Alvarez, W.F., Ellman, G., Hom, A.C., & White, J. F.: (1989). Prevalence and prediction of psychotropic drug use in California developmental center. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 627-632
- Tyrer, S.P., Walsh, A., Edwards, D.E., Berney, T. P., & Stephens, P.A. (1984), Factors associated with a good response to lithium in aggressive mentally handicapped subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 8, 751-755
- Tu, J.B., & Smith J.T., factor associated with psychotropic medication in mental retardation facilities. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 289-295
- White, A.J.R. (1983). Changing patterns of psychoactive drug use with the mentally retarded. *New Zealand Medical Journal*, 96, 686-688
- Worrall, E.P., Moody, J.P., & Naylor, G.J. (1975). Lithium in non manic depressives: Antiaggressive effect and red blood cell lithium values. *British Journal of Psychiatry*, 126, 464-469
- Zimmerman, R.L., & Heistad, G.T. (1982). Studies of long term efficacy of anti-psychotic drugs in controlling the behaviour of institutionalized retardates. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 136-143

**Literatura k tématu:**

Pidrman V., Bouček J., **Psychofarmaka v medicíně**, Grada Publishing 2005

Luchins D.J., Dojka D.M., Hanrahan P., **Factors associated with reduction of antipsychotic medication dosage in adults with mental retardation**, AJMR, 1993, Vol. 98, No. 1

Sprent, S., Conroy, J.W., Fullerton, A., **Statewide Longitudinal Survey of Psychotropic Medication Use for Persons With Mental Retardation: 1994 to 2000**, AJMR, 2004, Vol. 109, No. 4, pp. 322–331.

Newell K. M., **Dynamics of Lip Dyskinesia Associated With Neuroleptic Withdrawal**, AJMR 2000, Vol. 105, No. 4, pp. 260–268.

Newell, K.M., Young G.K., Sprague, R.L., Mahorney S.L., Bodfish J. W., **Onset of Dyskinesia and Changes in Postural Task Performance During the Course of Neuroleptic Withdrawal** AJMR 2002, Vol. 103, No. 4, pp. 270-277

Boyd R.D., **Neuroleptic Malignant Syndrome and Mental Retardation: Review and Analysis of 29 Cases**, AJMR, 1993, Vol. 98, No. 1

Gross E. J., Hull, H.G., Lytton G.J., Hill J.A., Piersel W.C., **Case study of neuroleptic-induced akathisia: Important Implications for individuals with mental retardation** AJMR, Vol. 98, No. 1, 1993, pp. 156-164

Seifertová, D., **Vysazení medikace u schizofrenních poruch**, Psychiatrie pro praxi, 2002, 3, 118-120

## **Závěrečné shrnutí**

Pokusili jsme se shrnout základní skutečnosti, týkající se psychiatrické problematiky mentální retardace, včetně užívání psychiatrické medikace a jeho důsledků. Informace jsou určeny především zdravotnickým i nezdravotnickým pracovníkům v přímé péči o mentálně postižené lidi, ale doufáme, že mohou oslovit i další zájemce z řad odborníků a laiků. Práce se zaměřuje především na některé závažné, málo známé a opomíjené skutečnosti, týkající se antipsychotické medikace. Chce tak přispět k většímu porozumění situaci, ve které se klient, užívající tyto léky nachází. Nepřináší žádné nové významné poznatky, pouze se snaží uspořádat důležité skutečnosti, doposud roztroušené v literatuře.

**Na závěr si dovoluujeme jednoduché shrnutí základních skutečností:**

- **Mentálně postižení lidé trpí stejnými duševními onemocněními jako ostatní populace. Psychiatrická léčba těchto potíží se děje na základě stejných principů.**
- **Pro tuto skupinu je charakteristická rozsáhlá diagnostická oblast poruch chování, která vyžaduje specifické a komplexní přístupy (farmakoterapie, psychoterapie, úprava vnějších podmínek).**
- **Lidé s mentální postihem jsou velmi vulnerabilní vůči vedlejším a nežádoucím účinkům psychofarmak. Vzhledem k jejich komunikačním těžkostem a masovému charakteru péče mohou být tyto projevy přehlédnuty, což může vést k fatálním důsledkům. Klinický obraz těchto účinků je u mentálně postižených lidí často atypický.**
- **Chybí nám podrobnější systém vzdělávání a základní výzkum v této oblasti.**
- **Oproti vyspělým angloamerickým zemím jsme v této problematice asi o 30 let pozadu.**

*Čelákovice, 2007*

## Příloha 1

### Další literatura k tématu: Účinky psychofarmak

Davanzo, P.A. Belin, T.R., Widawski, M.H., **Paroxetine Treatment of Aggression and Self-Injury in Persons With Mental Retardation**, AJMR, Vol.102, No.5, pp.427-437

Studie, zkoumající vliv antidepresiva paroxetinu ze skupiny SSRI na sebepoškozování u 15 pacientů z institucionálních zařízení. Signifikantně byla snížena pouze závažnost agresivity a to po dobu jednoho měsíce, poté účinnost klesla.

Sandman, C., A., Hetrick, W., Taylor D., V., Marion S., D., Touchette, P., Barron, J., Martinez V., Steinberg, R., M., Crinella, F.M.; **Long-term Effects of Naltrexone on Self – Injurious Behavior**, AJMR, Vol.104, No.4., pp.364-375

Práce o výsledcích krátkodobé a dlouhodobé expozici opiátem naltrexonem u pacientů se sebepoškozujícím chováním. U různých podskupin byla pozorována jak zhoršení tak zlepšení, celkově výsledky zatím nelze aplikovat prakticky.

Valdovinos M.G., Caruso, M., Roberts, C, Kim, G., Kennedy, C.H., **Medical and Behavioral Symptoms as Potential Medication Side Effects in Adults With Developmental Disabilities** AJMR 2005, Vol. 110, No. 3, pp. 164–170

Studie se zabývá vedlejšími účinky psychotropních látek, zejména v souvislosti s častými změnami medikace.

Kalachnik, J.E., Hanzel T.E., Sevenich, R., Nardet, S.R : **Benzodiazepine Behavioral Side Effects: Review and Implications for Individuals With Mental Retardation**, AJMR, 2002, 107, No. 5, pp. 376–410.

Práce upozorňuje, že vedlejší účinky benzodiazepinů mohou mít vliv na poruchy chování u mentálně retardovaných pacientů a to i tam, kdy byly předepsány z jiné než psychiatrické indikace (např. neurologické). Tento problém je často přehlížen, ačkoli takové poruchy se dle studie vyskytují u 13% mentálně retardovaných klientů užívajících benzodiazepiny.

## **Příloha 2**

### **Literatura k tématu: Autismus**

#### **Detský autismus a mentálná retardacia**

Pečenák J, Česká a slovenská Psychiatrie, 93/1997, Supplementum 1, pp.9-16

#### **Detský autismus-súčasnú klasifikačné vymedzenia a trendy výskumu**

Pečenák J., Česká a slovenská Psychiatrie, 92, No.5, 1996

#### **Farmakoterapie dětského autismu**

Hrdlička M., Propper L.

Česká a slovenská Psychiatrie , 96, 2000, No.8, pp.420-423

#### **Novinky v oblasti výskumu dětského autismu**

Hrdlička M., Česká a slovenská Psychiatrie, 102, No.1, pp.24-30

#### **Terapie problémového chování u lidí s autismem**

Jůn H., Esprit 3/2006, Česká asociace pro psychické zdraví

#### **Dětský autismus na rozhraní**

Čápková E., Neumann D., Psychiatrie pro praxi, 2001,4, 154-156

#### **Dětský autismus**

Hrdlička M., Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Tis, No.1, 2003

#### **Setting Generalization of Question-Asking by Children With Autism**

Koegel L.K. et al, AJMR 1998, Vol. 102, No. 4., pp.346-357

#### **Mother-Child Relationship Quality Among Adolescents and Adults With Autism.**

Orsmond, G.I., Mailick Seltzer M., Greenberg J.S, AJMR, 2006, Vol. 111, No. 2, pp. 121-137

#### **Intensive Behavioral Treatment for Children With Autism: Four-Year Outcome and Predictors,** Sallows, G.O. and Graupner, T.D., AJMR, 2005, Vol. 110, No. 6, pp. 417-438.

#### **Behavior Problems of Children With Autism, Parental Self-Efficacy, and Mental Health,** Hastings, R.P. and Brown, T. AJMR, 2002, Vol. 107, No. 3, pp. 222-232.

**Autism with hyperlexia:** A distinct syndrome ? Tirosh E., Hanby J., AJMR, 1993, Vol.98, No.1, , pp.84-92

Martin A, Loenig K, Scashill I. et al. **Open-label quetiapine in the treatment of children and adolescents with autistic disorder.** Journal Child Adolesc Psychopharmacol 1999; 9:99-107