

To są trudni pacjenci

dr hab. n. hum. Agnieszka Maryniak

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa



Depresja o różnym nasileniu, zarówno tak zwana duża depresja, jak i objawy depresyjne, jest uznawana za istotny czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego [1]. Ponadto w ostatnich publikacjach wykazano, że dobry nastrój może stanowić swoistą ochronę przed ich wystąpieniem [2].

Wyniki zaprezentowane w pracy Piwońskiego i wsp. [3] są zatem szczególnie niepokojące. W analizowanej grupie ponad 30% badanych prezentowało objawy depresji. Można się zastanowić, czy na tak wysoki odsetek osób z objawami depresyjnymi nie wpłynął kontekst badania: odpowiedź na pytania o stan zdrowia, nałogi, a także o sytuację socjoekonomiczną prowadzi do zaktualizowania w świadomości doświadczanych problemów. Po oświadczeniu, że ma się kilka różnorodnych dolegliwości, nie przestrzega się zaleceń lekarza i nie próbuje walczyć z nałogami, trudno jest zgodzić się ze stwierdzeniem: „Myślę, że nie popełniam większych zaniedbań”, „Nie martwię się o swoje zdrowie” czy też „Nie czuję się winny...” — a takie pozycje zawiera Skala Depresji Becka wykorzystywana w badaniu WOBASZ. Jednak nawet jeśli odsetek osób z objawami depresyjnymi jest nieco zawyżony, nie zmienia to wymowy uzyskanych wyników — duża część badanej populacji to osoby chore lub zagrożone chorobą układu sercowo-naczyniowego, raczej smutne niż wesołe, aktualni lub przyszli pacjenci lekarza rodzinnego i kardiologa. A są to (lub będą) pacjenci szczególnie trudni. Pacjenci z objawami depresyjnymi, poza omawianym przez autorów niekorzystnym stylem życia, mogą bowiem charakteryzować się także: • wzmożonym odczuwaniem objawów związanych z rozpoznaniem u nich chorobami, ich większym dezorganizującym wpływem na codzienne życie, gorszą podatnością na terapię; • niespecyficznymi objawami, trudnymi do interpretacji (tzw. *medically unexplained symptoms*) [4]; • obniżeniem sprawności funkcji poznawczych, przede wszystkim uwagi i pamięci; • trudnościami w kontakcie podczas wizyt u lekarza: mało- lub wielomówność, liczne dygresje, podawanie niepełnych informacji; • brakiem motywacji lub psychicznych możliwości do przestrzegania zaleceń lekarskich (wynikającym np. z wyuczonej bezradności, niskiego poczucia własnej sprawności); • odczuwaniem i prezentowaniem niezadowolonych z opieki lekarskiej; • zwiększonym ryzykiem wystąpienia ciężkiej depresji [5].

Aby zalecana terapia miała szansę być skuteczna, pacjenci z objawami depresji, współwystępującymi ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, wymagają szczególnego podejścia w procesie leczniczym. Sugestie dotyczące zmian trybu życia powinny być przekazywane stopniowo (początkowo koncentracja na celach najprostszych do osiągnięcia, podkreślanie drobnych sukcesów, np. zamiast: „musi pan wreszcie rzucić palenie” — „bardzo dobrze, że udało się panu ograniczyć liczbę wypalanych papierosów do kilkunastu dziennie, może teraz spróbujemy ich liczbę jeszcze trochę zmniejszyć” — dzięki temu pacjent otrzymuje pozytywny komunikat, jest wzmocniony w poczuciu możliwości radzenia sobie; analogicznie można przekazywać wskazania dotyczące diety, aktywności fizycznej itp.). Kategoryczne zalecenia radykalnych zmian najczęściej nie przynoszą pozytywnych rezultatów, pogłębiają natomiast poczucie bezradności, wpływają na dalsze obniżenie nastroju i w efekcie mogą nasilać zachowania niepożądane.

W miarę możliwości są wskazane częstsze wizyty u lekarza, pozwalają one bowiem monitorować przebieg terapii, stanowią dodatkowy czynnik motywujący dla pacjenta [6]. Ze względu na mogące występować u tych chorych problemy z uwagą i pamięcią, zalecenia powinny być dokładnie zapisane i omówione. Konieczny może być szczególny dobór leków — preferowane powinny być te, które są przyjmowane rzadziej (np. raz a nie trzy razy dziennie), co zmniejsza ryzyko pomijania dawek. Z kolei, jak pokazują badania WOBASZ, osoby z objawami depresji często cierpią na kilka schorzeń równocześnie, mają też gorszy status socjoekonomiczny, co także należy uwzględnić w planowanej terapii.

Piśmiennictwo

1. Rugulies R. Depression as a predoctor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med*, 2002; 23: 51–61.
2. Davidson KW, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-years incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *Eur Heart J*, 2010; 31: 1065–1070.
3. Piwoński J, Piwońska A, Sygnowska E. Do depressive symptoms adversely affect the lifestyle? Results of the WOBASZ study. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 912–918.
4. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major Depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*, 2003; 54: 216–226.
5. Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord*, 2004; 79: 71–79.
6. Ford DE. Optimizing outcomes for patient with depression and chronic medical illnesses. *Am J Med*, 2008; 121: 38–44.