

Joanna Meder, Magdalena Tyszkowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Lekooporność rzekoma

Pseudo-resistance to drug therapy

Abstract

As many studies have proved, about 20–30% schizophrenic patients do not response on proper pharmacological treatment. This problem, called pharmacoresistance, is not always the result of a lack of drug effectiveness. It is often caused by irregular treatment, dose decreasing or drug withdrawal by the patient.

This paper describes a lack of patient compliance and its causes as well as attempts to break down the barriers. Some European researches findings on compliance in schizophrenia treatment (eg ADHES) are presented. The problem is equally common among patients in all European countries.

Clinical observations show benefits of long-acting drugs in out-patient setting as a high efficient treatment.

key words: *schizophrenia, treatment efficacy, patient compliance, long-acting drugs*

Wstęp

W przeszłości wyleczenie pacjenta ze schizofrenią polegało na zlikwidowaniu objawów pozytywnych w takim stopniu, aby pacjenta można było wypisać ze szpitala. Współczesne podejście do leczenia schizofrenii stawia sobie za cel pełny powrót pacjenta do społeczności. Realizacja takiego zadania wymaga wysiłku nie tylko ze strony lekarza, ale również terapeutów, rodziny, przyjaciół pacjenta oraz różnego rodzaju pracowników socjalnych opiekujących się chorymi psychicznie w środowisku.

Kiedy pacjent ze schizofrenią trafia do psychiatry, warto możliwie jak najszybciej określić cele terapii, a potem sukcesywnie je urealnian. Warto także, w miarę możliwości, traktować pacjenta po partnersku i uwzględniać wpływ czynników z jego otoczenia na przebieg zdrowienia lub brak poprawy.

Do czego dążymy, mówiąc, że leczymy pacjentów ze schizofrenią?

Wyzdrowienie, w znaczeniu długotrwałego braku objawów chorobowych i niezależnego społecznego funkcjonowania, w przypadku schizofrenii jest rzadkie, ale możliwe. Pełna niezależność w funkcjonowa-

niu i jednocześnie niewykluczenie ze społeczności są uznawane za wskaźnik potwierdzający wyleczenie z „objawów”. Statystycznie na wyzdrowienie może liczyć 10–20% pacjentów.

O remisji dość często wspomina się w codziennej praktyce. Dopiero jednak niedawno powstały kryteria, które, jeśli będą stosowane powszechnie, pozwolą mieć pewność, że kiedy lekarze praktycy mówią o remisji, to mają na myśli ten sam stan kliniczny pacjenta: konkretny, spełniający określone warunki. Zgodnie z wytycznymi opublikowanymi w 2005 roku przez zespół ekspertów zgromadzony wokół Nancy Andreasen [1], remisję w przebiegu schizofrenii można rozpoznać wówczas, gdy: przynajmniej przez 6 miesięcy nasilenie 8 wyodrębnionych objawów w Skali Zespołu Pozytywnego i Negatywnego (PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale*) było najwyżej łagodne (0–3 pkt). Pozostałe przypadki, w których pacjent pozytywnie zareagował na leczenie i jego stan jest stabilny, określamy jako poprawę. W tej sytuacji niektóre objawy psychopatologiczne nadal występują w nasileniu umiarkowanym lub większym albo stan zmniejszenia nasilenia objawów do stopnia minimum łagodnego trwa zbyt krótko, poniżej 6 miesięcy.

Zdarza się, że leczenie nie przynosi spodziewanych rezultatów, mimo zastosowania leków zgodnie z zasadami farmakoterapii. Czy jest to prawdziwa lekooporność? A może jest to nie mniej kłopotliwa lekooporność rzekoma?

Adres do korespondencji: dr hab. med. Joanna Meder
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
Magdalena Tyszkowska, lek. psychiatra
Janssen-Cilag
ul. Szyszkowa 20, 02–285 Warszawa
e-mail: mtyszkow@jnpl.jnj.com

Na drodze do osiągnięcia remisji często trzeba najpierw odkryć, a potem pokonać różne bariery związane z wybranym konkretnym lekiem lub przeciwnie dotyczące sfery pozafarmakologicznej.

Bariera związana z leczeniem

W pierwszej kolejności psychiatra zwykle sprawdza prawidłowość wdrożonej terapii, zwłaszcza farmakoterapii. Lek powinno się zastosować w odpowiedniej dawce i z odpowiednią częstością oraz w formie akceptowanej przez pacjenta. Należy go odpowiednio dobrać pod względem skuteczności leczenia objawów występujących u pacjenta oraz tolerancji, uwzględniając przy tym stan somatyczny i inne stosowane jednocześnie leki. Takie myślenie weryfikujące wybór leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie jest oczywiste, zgodne z zasadami sztuki lekarskiej i najczęściej przeprowadzane w praktyce. Jest konkretne i stosunkowo łatwe do sprawdzenia. Jeśli mimo poprawności wdrożonej farmakoterapii nie ma poprawy przez 4–6 tygodni, myślimy o braku skuteczności, o oporności na dany lek. Przy powtarzającym się braku odpowiedzi po zastosowaniu kolejnych 2 leków przeciwpsychotycznych — o schizofrenii odpornej na leczenie. Czy na podstawie takiego obrazu zawsze można mówić o oporności na leczenie?

Planując osiągnięcie pełnej remisji, powinno się uwzględniać również czynniki „miękkie”, pozafarmakologiczne. Niewykluczone, że mogą one w bardzo wielu przypadkach decydować o osiągniętym wyniku lub jego braku. Podjęcie terapii schizofrenii jest rodzajem kontraktu między pacjentem a lekarzem. Obie strony mają swoje ograniczenia i dodatkowo funkcjonują w otoczeniu społecznym, które w znacznym stopniu modeluje ich zachowania.

Bariera związana z lekarzem

Jakość kontraktu terapeutycznego i jego efektywność w dużym stopniu zależą od postawy psychiatry. Lekarz, zwłaszcza opiekujący się chorym przewlekle, poprzez aktywne, indywidualnie dostosowane do pacjenta podejście może być głównym motorem skutecznej, długoterminowej terapii opartej na dobrej współpracy.

Odwrotnie, znaczącą barierą może się okazać brak skutecznej komunikacji, słaby kontakt terapeutyczny, nieadekwatna ocena działań niepożądanych, słabe monitorowanie terapii w opiece pozaszpitalnej. Psychiatra odpowiada za dostarczenie pacjentowi adekwatnej wiedzy na temat choroby, stosowanej terapii i nauczenie pacjenta rozpoznawania objawów zbliżającego się nawrotu. Za nawiązanie skutecznego,

uwzględniającego potrzeby pacjenta kontaktu terapeutycznego odpowiedzialność ponosi lekarz. Pacjent musi wierzyć, że lekarz interesuje się jego osobą, jego zdrowiem. Wtedy ma szansę na nawiązanie pełnej współpracy i pełną remisję.

Dodatkowo, jeśli lekarz ma utrwalone nawyki, sztywność w przepisywaniu leków, to być może nie wybierze najbardziej odpowiedniego leku dostosowanego do indywidualnych potrzeb danego pacjenta. Skutkiem tego będzie osiągnięcie poprawy mniejszej od potencjalnie możliwej [2].

Bariera związana z systemem

psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Pobyt w szpitalu psychiatrycznym wiąże się dla pacjenta zazwyczaj z urazem chociażby ze względu na społeczną dyskryminację tej specjalności. Jeżeli uświadomimy sobie dodatkowo, jak w polskich warunkach wyglądają oddziały psychiatryczne, to można łatwo przewidzieć, że zwłaszcza w przypadku pierwszych zachorowań można się spodziewać ich negatywnego wpływu na przebieg leczenia i nastawienie pacjenta do podjęcia współpracy. Ograniczenia w finansowaniu dotyczą nie tylko warunków socjalnych szpitali, ale również samego leczenia i zawężają możliwości dostosowywania terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta. Zrozumiały w takiej sytuacji brak współpracy pacjenta z „systemem” może się objawiać nieprzestrzeganiem regulaminu szpitalnego czy wręcz odmową udziału w terapii, na przykład grupowej. Niedociągnięcia organizacyjne w zakresie koordynacji całościowego leczenia i rehabilitacji pacjenta mogą zniweczyć wstępnie osiągnięte pozytywne rezultaty w leczeniu fazy ostrej. Należy jeszcze wspomnieć w tym miejscu o wiedzy i postawie wszystkich pracowników służby zdrowia, którzy mają kontakt z pacjentem. Niejednokrotnie na skutek niedociągnięć, w sposób niezauważalny w czasie pobytu w szpitalu, pacjent traci zaufanie i chęć współpracy z kimkolwiek z „tego systemu”. Po przebytych „urazach” pobytu w szpitalu chory w opiece ambulatoryjnej może zademonstrować „postawę niewspółpracującą” — zaprzestać przyjmowania leków lub przyjmować je niezgodnie z zaleceniami, może nie zgłosić się do Poradni Zdrowia Psychicznego na wizytę poszpitalną lub kontrolną, nie stosować się do zaleceń w terapii behawioralnej lub socjoterapii.

Pacjent, który nie ma zaufania do lekarza i nie odczuwa zainteresowania tego lekarza swoją osobą, nie zaakceptuje leczenia, nie będzie współpracował w terapii.

Bariera związana z pacjentem

Co dla pacjenta oznacza poprawa? Dopiero po zadaniu takiego pytania pacjentowi i sobie samemu lekarz powinien zacząć myśleć o strategii leczenia. Wtedy dopiero zdobywa podstawę do zbudowania prawdziwego sojuszu terapeutycznego z pacjentem, do długoterminowej z nim współpracy. Jeżeli pacjent ma aktywnie współpracować z lekarzem, na miarę swoich możliwości musi być zainteresowany leczeniem i czuć, że terapia dotyczy jego osoby. **Pacjent powinien najpierw zaakceptować postawiony cel terapeutyczny, a dalej ustaloną przez lekarza terapię.** Z punktu widzenia pacjenta najbardziej motywujące jest osiągnięcie subiektywnie dobrego samopoczucia, samodzielnego funkcjonowania i satysfakcji.

- Duggins i Shaw [3] badali hospitalizowanych pacjentów ze schizofrenią i pytali o ich satysfakcję z leczenia, traktując ją jako główny czynnik sukcesu terapii. Badacze wyodrębnili grupy czynników wpływających na samopoczucie pacjentów. Do czynników źle działających na pacjentów należą:
- utrata autonomii, powodująca spadek energii i poczucie bycia więźniem;
 - obawa przed agresją; przestrach lub poczucie zagrożenia ze strony innych pacjentów na oddziale, którzy bywają agresywni fizycznie;
 - regulamin szpitalny: jedzenie wywołujące mdłości, rutynowe czynności oddziałowe i mieszane oddziały kobieco-męskie; obchód lekarski wywołujący zdenerwowanie i lęk.

Wśród czynników związanych ze zdrowiem psychicznym pacjenta autorzy wspominają o wpływie przekonania psychotycznych pacjenta i jego rozumienia istoty choroby na możliwość porozumienia z nim. Nie bez znaczenia jest fakt, że nikt specjalnie nie oczekuje, że satysfakcja pacjenta będzie wysoka. **W badaniu tym pacjenci podkreślali, jak ważna jest dla nich komunikacja i dobra relacja z personelem medycznym.** Fleischhacker i wsp. [4] badali czynniki prognostyczne, które mogą świadczyć o podwyższonym ryzyku braku lub utraty współpracy. Wśród nich rozróżnili:

- czynniki zależne od pacjenta, jak: objawy psychopatologiczne i współchorobowość;
- czynniki środowiskowe, w tym wsparcie społeczne, czynniki finansowe, nadzór nad przebiegiem terapii, dostęp do psychiatrycznej pomocy specjalistycznej;
- czynniki zależne od lekarza, jak sojusz terapeutyczny i dostarczanie informacji;
- czynniki zależne od terapii, jak: działania niepożądane, sposób dawkowania, forma podania i polipragmatyzacja.

Autorzy podkreślają wielowarstwowość i złożoność podłoża braku współpracy wśród pacjentów ze schizofrenią. Dodatkowo inne jeszcze czynniki, jak: ograniczenia finansowe, brak ubezpieczenia pacjentów, wczesny początek choroby, wątpliwości pacjenta dotyczące skuteczności leczenia, deficyty poznawcze i słabe porozumienie między lekarzem a pacjentem, mogą dalej zwiększać prawdopodobieństwo słabej współpracy. Pamiętanie o tych czynnikach ma duże znaczenie, gdyż lekarze często zbyt optymistycznie oceniają stosowanie się swoich pacjentów do zaleceń, a pacjenci nie ujawniają spontanicznie swojego braku współpracy w terapii. Potwierdzają to również wyniki badania *Adherence to Treatment in Schizophrenia* (ADHES) w Polsce, które dotyczyło oceny współpracy w leczeniu schizofrenii przez psychiatrów, pacjentów i ich rodziny. Skutkiem takiej zafalszowanej oceny może być błędne wyciąganie wniosków o słabej skuteczności leków, nieuwzględniające wpływu pozafarmakologicznych czynników na przebieg terapii.

Ostatnio Fleischhacker i wsp. [4], Compton i wsp. [5], Keith i Kane [6], Perkins [7] wskazują, że do najważniejszych **wskaźników ryzyka** wystąpienia trudności w nawiązaniu współpracy należą: młody wiek, podeszły wiek, zwłaszcza z towarzyszącymi zaburzeniami pamięci i orientacji, płeć męska, brak zatrudnienia, niski status socjoekonomiczny, bezdomność lub złe warunki mieszkaniowe, słabe społeczne funkcjonowanie przedchorobowe, samotność — brak oparcia, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, wczesny początek choroby, duże nasilenie objawów negatywnych i zaburzenia funkcji poznawczych już na początku zachorowania, niski lub bardzo wysoki wyjściowy IQ.

W innym badaniu Hudson i wsp. [8] **opisali zgłoszone przez pacjentów bariery utrudniające współpracę i leczenie: stygmatyzacja — 34% pacjentów, działania niepożądane leków — 32% pacjentów, problemy z pamięcią — 28% pacjentów, brak oparcia w otoczeniu — 27% pacjentów, obawa przed lekiem psychotropowym — 13% pacjentów, zaprzeczanie chorobie — 9% pacjentów, brak zaufania do lekarzy — 8% pacjentów, trudne dawkowanie leku — 4% pacjentów.**

Ascher-Svanum i wsp. [9] w prospektywnym naturalistycznym badaniu obejmującym 1579 chorych na schizofrenię, leczonych lekami przeciwpsychotycznymi, wyodrębnili 7 czynników ryzyka, które najbardziej korelowały z brakiem współpracy. Do czynników tych należały: słaby wgląd, negatywna postawa w stosunku do choroby i subiektywna reakcja na lek, wcześniejszy epizod braku współpracy, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, krótki czas trwania cho-

roby, niewłaściwy czas wypisu ze szpitala i słaby kontrakt terapeutyczny.

Olfson i wsp. [10] porównywali pacjentów ze schizofrenią niewspółpracujących z zachowanym wglądem i niewspółpracujących bez wglądu. Jako przyczynę braku współpracy wymieniają oni w swojej publikacji niektóre objawy psychopatologiczne w przebiegu schizofrenii — objawy pozytywne przyczyniające się do braku wglądu, zaprzeczaniu istnienia choroby i konieczności leczenia. Około 30% chorych na schizofrenię, którzy nie współpracują, nie ma świadomości swojej choroby. Pacjenci niewspółpracujący i bez wglądu mają dłuższe okresy braku współpracy, częściej całkowicie zaprzestają przyjmować leki, częściej mają zaostrzenia i są hospitalizowani. Interwencje psychologiczne, w tym rodzinne, odnoszą u nich mniejszą skuteczność. Częściej występowały u nich bardziej nasilone objawy pozytywne bezpośrednio przed epizodem braku współpracy i bardziej nasilone negatywne po epizodzie. Rzadziej, w porównaniu z pacjentami z zachowanym wglądem, byli w stanie podjąć jakąkolwiek pracę. Olfson [10] w swojej pracy zaobserwował, że u pacjentów z wglądem częściej stwierdzano w wywiadzie: przeżyty epizod depresji, uzależnienie i bezdomność. Z kolei Compton [5] przedstawił brak lub niedostateczny wgląd jako główny czynnik braku współpracy, a jako przyczyny wymienił nasilone objawy pozytywne, dezorganizację pojęciową, wrogość, podejrzliwość oraz objawy negatywne objawiające się obniżoną możliwością wyrażania woli i motywacją do działania, w tym uczestniczenia we własnym leczeniu. Ponadto zaburzenia funkcji poznawczych, wyrażające się zaburzeniami pamięci, które mogą uniemożliwiać samodzielne przyjmowanie leków i skuteczną psychoedukację, dotyczącą choroby i leczenia.

Bariery związane z osobami bliskimi pacjentowi (rodziną, opiekunami)

Z punktu widzenia pacjenta jego najbliższe otoczenie w największym stopniu może wpływać na jego motywację do leczenia. Postawa najbliższych osób wobec chorób psychicznych, ich wiedza i przekonania na temat psychiatrów, leków psychotropowych i przebiegu schizofrenii mogą stanowić wyrocznię dla pacjenta. Fleischhacker [4] w swojej pracy podkreślił, że lekarz powinien przekazać pacjentowi i członkom jego rodziny spójną informację pochodzącą od całego zespołu terapeutycznego. Pozytywne wsparcie najbliższego otoczenia zarówno w zakresie pomocy finansowej, wsparcia psychicznego, jak i pomocy w czynnościach dnia codziennego jest realnie jednym z naj-

bardziej motywujących czynników. Według Comptona i Saenger [5], rodzinę i opiekunów pacjenta zawsze powinno się uwzględniać w planowaniu strategii leczenia i obejmować również psychoedukacją i terapią. Rodzina może być kluczowym ogniwem w kontrolowaniu pacjenta, służyć pomocą w przypomnianiu o przyjmowaniu leków zgodnie z zaleceniami, służyć pomocą we wczesnym wykrywaniu objawów zbliżającego się zaostrzenia czy niestosowania się pacjenta do zaleceń. Nieoceniona jest także pomoc rodziny w re-edukacji pacjenta w zakresie umiejętności społecznych czy tworzeniu leczniczego klimatu przez świadome unikanie „nadmiernego wyrażania emocji” jako czynnika prowokującego nawrót. Środowisko rodzinne jest najbliższym otoczeniem pacjenta ambulatoryjnego i wsparcie ze strony najbliższych lub jego brak mogą mieć największe znaczenie dla podtrzymania remisji.

Ocena stopnia braku współpracy przez pacjentów, ich rodziny oraz lekarzy psychiatrów często znacznie się różni.

Potwierdziły to wyniki badania ADHES, które przeprowadzono w latach 2003–2005 w 12 krajach europejskich w ramach grantu edukacyjnego firmy Janssen-Cilag. Badanie miało na celu ocenę współpracy chorych na schizofrenię przy przyjmowaniu leków. W Polsce badanie odbyło się w czerwcu 2005 roku w ramach Tygodnia Współpracy w Leczeniu Schizofrenii [11]. Anonimowe ankiety wypełniło 203 lekarzy psychiatrów pracujących w psychiatrycznych ośrodkach ambulatoryjnych na terenie całego kraju, 2009 leczonych przez nich pacjentów chorujących na schizofrenię oraz 1791 członków rodzin tych pacjentów. Wśród ankietowanych 85% pacjentów twierdziło, że regularnie stosuje się do zaleceń lekarskich. Tylko 48% lekarzy i 73% członków rodzin podzielało tę opinię. Wśród czynników w największym stopniu wpływających na przestrzeganie stosowania się do zaleceń psychiatry najczęściej wskazywali na deficyty funkcji poznawczych, zwłaszcza zaburzenia pamięci u pacjentów, brak poczucia choroby i negatywne czynniki ze strony środowiska pacjenta. Potwierdziła się również hipoteza, że wraz z wiekiem pacjentów zwiększa się ich akceptacja konieczności stałego przyjmowania leków, a tym samym współpraca. Pacjenci bezkrytycznie i w lepszym świetle przedstawiają siebie i swoje dostosowywanie się do zaleceń lekarskich niż widzą to ich opiekunowie oraz lekarze. Większość psychiatrów (61%) uważa, że konieczne jest przypomnianie pacjentowi o potrzebie przyjmowania leków przez rodzinę i opiekunów. Ich zdaniem pacjenci najczęściej zapominają o przyjmowaniu leków, ale przyznają również, że około 59% chorych intencjonalnie przerywa leczenie w momencie dobrego samopoczucia

cia. Członkowie rodzin pacjentów uważają, że w 66% przypadków pacjenci zapominają o stosowaniu leków, a w 53% przypadków intencjonalnie przerywają leczenie. Wyniki badania w Polsce nie odbiegają od średniej uzyskanej wśród innych krajów europejskich uczestniczących w badaniu w każdym z przedstawionych aspektów problemu współpracy w leczeniu schizofrenii. Wskazuje to na rozpowszechnienie tego problemu i jego znaczny wpływ na uzyskiwane efekty leczenia.

Barieri psychospołeczne.

Stygmatyzacja nadal istnieje i odstrasza

Piętno choroby oddziałuje na poszczególne jednostki. Osoby z chorobą psychiczną zaprzeczają istnieniu problemu, nie szukają profesjonalnej pomocy, nie szukają informacji na temat choroby.

Stygmatyzacja dotyka również rodziny i społeczności chorego, którzy uważają, że lepiej nie przyznawać się do istnienia choroby psychicznej we własnym otoczeniu. Chory psychicznie rzuca cień na całą rodzinę. W takiej sytuacji nie wymienia się informacji na temat choroby i możliwości uzyskania pomocy, nie rekomenduje się leczenia na podstawie doświadczeń, jak to ma miejsce w przypadku innych dolegliwości.

Nawet środowisko administracji państwowej wykazuje oznaki ulegania stygmie chorób psychicznych i niechętnie zajmuje się tą dziedziną medycyny. W Polsce psychiatria jest dyskryminowana przy zawieraniu kontraktów z NFZ i przez brak przydzielania środków na zapewnienie dostępu do nowoczesnego leczenia. W Stanach Zjednoczonych Medicare — jeden z największych, najbardziej popularnych programów zdrowotnych — gwarantuje leczenie ambulatoryjne z 20-procentową dopłatą pacjenta, natomiast w przypadku choroby psychicznej wymagana dopłata wynosi 50% [12].

Konsekwencje braku współpracy to częstsze nawroty choroby, niepełne remisje i wyższe koszty leczenia

Ascher-Svanum i wsp. [9] przeprowadzili 3-letnie prospektywne naturalistyczne badanie obejmujące grupę 1906 pacjentów. Zajmując się konsekwencjami istnienia barier i braku pełnej współpracy w leczeniu, wyszczególnili skutki personalne i społeczne, które ściśle są ze sobą powiązane. Należą do nich:

- zaostrenie choroby;
- zwiększone ryzyko samobójstwa, agresji, zachowań ryzykownych;
- pogorszenie ogólnego stanu zdrowia;
- degradacja w społecznym i zawodowym funkcjonowaniu;
- zwiększone koszty opieki zdrowotnej.

W badaniu Olfson i wsp. [13] oceniali współpracę 213 chorych na schizofrenię lub zaburzenie schizofektywne przez 3 miesiące po ich wypisaniu ze szpitala z zaleceniem przyjmowania leków przeciwpsychoetycznych. Porównanie między grupą pacjentów współpracujących i niewspółpracujących umożliwiło nie tylko wyodrębnienie czynników predystynujących do wystąpienia braku współpracy, ale również porównanie częstości i intensywności wykorzystywania systemu opieki psychiatrycznej w postaci nagłych hospitalizacji lub interwencji na izbach przyjęć. Pośrednio można wnioskować, że pacjenci, którzy nie współpracują w terapii, generują więcej kosztów związanych z wykorzystywaniem psychiatrycznego systemu opieki zdrowotnej.

Strategie pokonywania barier i poprawy współpracy powinny obejmować działania w obszarze farmakologicznym i psychospołecznym

Głównym zadaniem jest **wybór optymalnego leku** dla danego pacjenta. Lek dobrany pod względem skuteczności, tolerancji, wygody stosowania i akceptowany przez pacjenta jest podstawą skutecznej terapii. Bardzo ważny jest wybór leku, który w najmniejszym stopniu ogranicza funkcjonowanie życiowe pacjenta pod względem stylu życia, kosztów leczenia, diety, widocznych, uciążliwych działań niepożądanych. W przypadku pacjentów, u których występuje problem z przestrzeganiem zaleconego schematu dawkowania, dużą korzyścią dla pacjenta będzie dążenie do maksymalnego jego uproszczenia. Dawkowanie leku raz dziennie jest już standardem. Jeszcze lepsze efekty w monitorowaniu przyjmowania leków uzyskuje się, stosując lek w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Nowoczesne technologie wytwarzania leków w postaci tabletek OROS zapewniają z kolei ściśle kontrolowane uwalnianie substancji czynnej, brak występowania większych wahań stężenia leku w organizmie i praktycznie wyeliminowanie wielu objawów niepożądanych, co skutkuje poprawą tolerancji i akceptacji leku przez pacjenta.

Problem braku współpracy w leczeniu schizofrenii i jego negatywny wpływ na efekty leczenia ciągle jest aktualny. Mimo rosnącej świadomości zagadnienia, od 3 dekad nie zmienia się częstość występowania braku współpracy. Szacuje się, że 40–50% pacjentów ze schizofrenią nie współpracuje z lekarzem. Konieczne jest inne podejście całego zespołu terapeutycznego, który kontaktuje się z pacjentem.

Atreja i wsp. [14] wyróżnili strategie poprawy współpracy, dzieląc je na 6 kategorii. Autorzy dla każdej kategorii proponują konkretne specyficzne interwencje.

1. Uproszczenie dawkowania
 - odpowiednie dostosowanie czasu, częstości i wielkości dawki do zwykłych aktywności dziennych pacjenta;
 - stosowanie pomocy typu budziki i pudełka na leki.
2. Dostarczanie wiedzy
 - dyskusje między lekarzami, pielęgniarkami i farmaceutami (wymiana poglądów, spostrzeżeń, informacji);
 - dostarczanie ulotek z informacjami o chorobie, możliwościach leczenia;
 - zamieszczanie informacji w Internecie na stronach dotyczących zdrowia psychicznego.
3. Modyfikowanie przekonań pacjenta
 - oszacowanie wpływu postrzeganej sceptyczności, zaostżeń oraz korzyści i przeszkód przez pacjenta;
 - stosowanie nagradzania w terapii, przystosowywanie oczekiwań i ustaleń do aktualnych możliwości pacjenta.
4. Komunikacja z pacjentem i rodziną
 - aktywne słuchanie i dostarczanie jasnej bezpośredniej informacji;
 - włączanie pacjenta w podejmowanie decyzji;
 - przysyłanie przypomnień pocztą, e-mailem lub telefonicznie;
 - adekwatna opieka, zaplanowanie wizyt;
 - wizyty domowe, wsparcie rodziny, konsultacje.
5. Porzucenie uprzedzeń
 - dostosowanie poziomu edukacji do możliwości zrozumienia pacjenta.
6. Okresowa ocena stosowania się do zaleceń
 - dzienniczki (*self-reports*);
 - liczenie tabletek, kontrola stężenia leku w surowicy i w moczu.

Aquilla i wsp. [15] podkreślają **rolę rodziny** w zdrowieniu pacjenta. Czasami rodzina jest barierą w uzyskaniu poprawy. Najczęściej jednak posiada duży potencjał, aby być najważniejszym sprzymierzeńcem w dążeniu do reintegracji społecznej pacjenta. Bardzo ważne jest objęcie rodziny pomocą psychospołeczną, która oznacza edukację, pomoc w rozwiązywaniu problemów i interwencję kryzysową. Rodzina powinna być częścią rozwiązania problemu, a nie problemem.

Ważnym elementem wsparcia pacjenta powinien być sprawny i spójny system psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Podstawą jego działania jest zespół terapeutyczny dobrze komunikujący się ze sobą i z pacjentem oraz z jego otoczeniem. Krytycznym momentem dla uzyskania długotrwałej remisji jest czas wypisu ze szpitala. Aby podtrzymać uzyskane efekty i zawarty kon-

trakt terapeutyczny, czas między wypisem a pierwszą wizytą poszpitalną powinien być jak najkrótszy, a częstość kolejnych wizyt powinna być z góry ustalona. Niezgłoszenie się pacjenta do poradni po wypisie powinno być natychmiast zauważone. W takim przypadku należy wdrożyć odpowiednie postępowanie ze strony opieki środowiskowej, które zapobiegnie niekontynuowaniu terapii przez pacjenta. Najlepszym rozwiązaniem byłyby mieszane zespoły terapeutyczne, w skład których wchodziłoby pracownicy szpitalni i ambulatoryjni, tak aby pacjent w każdym miejscu miał ciągłość opieki [5].

Dzięki postępowi farmakoterapii możliwe jest coraz bardziej precyzyjne, dostosowane do potrzeb danego pacjenta, stosowanie leków przeciwpsychotycznych. Dużym osiągnięciem było wynalezienie leku atypowego II generacji w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu (Rispolept Consta). Taka postać leku jest dużym ułatwieniem również dla personelu sprawującego opiekę nad chorym. Umożliwia natychmiastowe wykrycie nieprzyjęcia dawki leku i daje szansę zapobiegnięcia nawrotom przez odpowiednio wcześniej wdrożoną interwencję. Dawkowanie w postaci zastrzyku 2 razy w miesiącu jest wygodne dla pacjenta i najczęściej akceptowane przez niego. Zapewnia także regularny kontakt ze służbą zdrowia.

Nowe kryteria wyzdrowienia, uzyskiwania remisji przez pacjentów ze schizofrenią koncentrują się wokół aspektów funkcjonowania pacjenta. Profesor Philip Gorwood (INSERM, Paris) w czasie kongresu Europejskiego Kolegium Neuropsychofarmakologicznego (ECNP, *European College of Neuropsychopharmacology*) we wrześniu 2006 roku przedstawił stanowisko ekspertów francuskich, w którym remisję opisano przez funkcjonowanie w 5 obszarach:

- 1) codzienne życie — samodzielne realizowanie swoich potrzeb w zakresie prowadzenia domu, dbania o siebie, zarządzania finansami, komunikowania się i przemieszczania;
- 2) aktywność — personalna, społeczna i zawodowa;
- 3) relacje społeczne — rodzina, przyjaciele, życie seksualne i emocjonalne, korzystanie z podstawowych społecznych struktur, brak agresji i zachowań antyspołecznych, empatia interpersonalna i pomoc;
- 4) jakość przystosowywania się do wymagań terapii i choroby, do stresu i nieoczekiwanych problemów, samoocena i poczucie niezależności;
- 5) zdrowie i leczenie — dbanie o zdrowie, obserwacja rytmów biologicznych i funkcjonalnych repertusji działań niepożądanych leczenia.

Spełnienie kryteriów remisji ma znaczenie nie tylko

z punktu widzenia oceny skuteczności terapii, ale jest oczekiwane ze strony pacjenta.

Zaniedbanie uzyskania akceptacji i współpracy ze strony pacjenta w procesie całego leczenia, nieuwzględnienie wpływu najbliższych mu osób oraz szeroko pojętych czynników psychospołecznych może decydować o wystąpieniu „lekooporności rzekomej” i być znaczącą przeszkodą w drodze do wyzdrowienia.

Spośród strategii mających poprawić współpracę i efekty leczenia schizofrenii kluczowe wydaje się objęcie szczególną opieką ludzi młodych i krótko chorujących, którzy najczęściej zaprzestają przyjmowania leków po uzyskaniu pierwszej poprawy. Intensywna edukacja powinna obejmować nie tylko pacjentów,

ale także ich najbliższe otoczenie — rodzinę, bliskich znajomych. Pewna grupa pacjentów, u których głównym problemem jest konieczność codziennego przyjmowania leków, może osiągnąć znaczne korzyści ze stosowania nowoczesnych leków o przedłużonym działaniu.

We wszystkich przypadkach **myślenie o pacjencie ze schizofrenią jako o osobie, zawsze chociaż w pewnym stopniu świadomej siebie i powiązanej różnymi wielokierunkowymi interakcjami ze swoim środowiskiem**, a nie tylko jako o obiekcie farmakoterapii i serwisu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, powinno przynieść najlepsze, możliwe w danym przypadku wyniki — prawdziwy powrót do społeczeństwa.

Streszczenie

W badaniach wykazano, że około 20–30% pacjentów prawidłowo leczonych farmakologicznie nie reaguje na leczenie. Problem ten nazywa się lekoopornością. Nie zawsze wynika to z braku reakcji na lek, tylko z faktu nieregularnego leczenia, zmniejszenia dawki lub odstawienia leków przez samego pacjenta.

W niniejszym artykule opisano brak współpracy z pacjentem, jego przyczyny i próby przełamania oporów. Przedstawiono także niektóre wyniki europejskich badań współpracy w leczeniu schizofrenii, na przykład ADHES, aby pokazać, że problem ten dotyczy w równym stopniu pacjentów we wszystkich krajach Europy.

Obserwacje kliniczne wykazały, że w leczeniu ambulatoryjnym jedynie leki o przedłużonym działaniu spełniają kryterium dobrego skutecznego leczenia.

słowa kluczowe: schizofrenia, skuteczność leczenia, współpraca z pacjentem, leki o przedłużonym działaniu

PIŚMIENICTWO

- Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M., Lasser R.A., Marder S.R., Weinberger D.R. Remission in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 441–449.
- Corrigan P.W., Liberman R.P., Engel J.D. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp. Community Psychiatry* 1990; 41: 1203–1211.
- Duggins R., Shaw I. Examining the concept of patients satisfaction in patients with diagnosis of schizophrenia: a qualitative study. *Psychiatric Bulletin* 2006; 30: 142–144.
- Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors Influencing compliance in Schizophrenia patients. *J. Clin. Psychiatry* 2003; 64 (supl. 16): 10–13.
- Compton M.T., Saenger E. Treatment nonadherence among individuals with schizophrenia: risk factors and strategies for improvement. *Medscape ACCME program nr 5356* (2006).
- Keith S.J., Kane J.M. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J. Clin. Psychiatry* 2003; 64: 1308–1315.
- Perkins D.O. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63: 1121–1128.
- Hudson T.J., Owen R.R., Trush C.R. i wsp. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65: 211–216.
- Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D., Lacro J.P., Dolder C.R. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotics medication in the treatment of schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67: 453–460.
- Olsson M., Marcus S.C., Wilk J., West J.C. Awareness of Illness and Nonadherence to Antipsychotic Medications Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2006; 57 (2).
- Jarema M., Meder J., Araszkievicz A., Chadzyska. Adherence To Antipsychotic Treatment. *Adhes Program in Poland*. Poster presented at 14th European Congress of Psychiatry; 4–8.03.2006. Nicea; Francja.
- Prakash S.M., Satcher D., Culpepper L.A. Surgeon General’s Report on the Stigma of mental Illness: Have We Made progress? *PsychCME TV evidence-based education program index: 3786* by Duke University Medical Center in Durham, North Carolina, 12.05.2004.
- Olsson M., Mechanic D., Hansell S., Boyer C.A., Walkup J., Weiden P.J. Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000; 51 (2): 216–222.
- Atreja A., Bellam N., Levy S.R. Strategies to Enhance Patient Adherence: Making It Simple. *Medscape General Medicine* 2005; 7 (1): 4.
- Aquila R., Weiden P.J., Emanuel M. Compliance and the Rehabilitation Alliance. *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (supl. 19): 23–27.