



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOPORNA
EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekooporna: Współpraca w zakresie leczenia



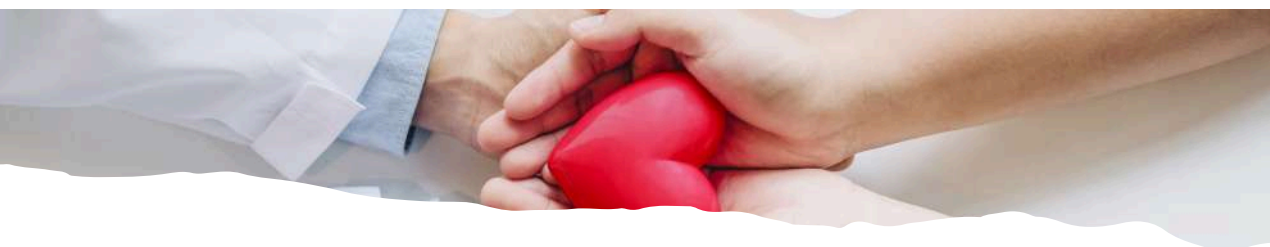
Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Firma wspierająca:

Johnson&Johnson

Depresja jest chorobą uleczalną. Pomimo cierpienia możesz wrócić do pełnego zdrowia i twojego zwyczajnego funkcjonowania w domu, w pracy, wśród przyjaciół. To jednak wymaga czasu i cierpliwości. Prawdopodobnie lekarz zalecił ci odpowiednie leki, być może skierował na psychoterapię, być może sugerował jakieś modyfikacje w twoim stylu życia. Współczesne metody leczenia są skuteczne, jednak wymagają twojego zaangażowania i przestrzegania zaleceń. **Nawet najlepsze leki nie działają, jeśli nie są zażywane regularnie, a nawet najlepszy terapeuta nie dokona za ciebie koniecznych zmian.** Stąd tak ważne jest dobre zrozumienie, czym jest współpraca w zakresie leczenia.

Współpraca z pacjentem (compliance) definiowana jest jako stopień, w jakim zachowanie chorego (tj. zażywanie przepisanych leków, stosowanie się do reżimu dietetycznego czy zmian w stylu życia) odpowiada zaleceniom lekarskim. Definicja ta, aczkolwiek powszechnie przyjęta, wzbudza kontrowersje ze względu na **bierną rolę** przypisywaną pacjentowi, który ma podporządkować się wskazaniom specjalisty. Coraz częściej podnosi się konieczność rzeczywistej **WSPÓŁpracy**, co nakłada na lekarza obowiązek wypracowania wspólnego z pacjentem kontraktu terapeutycznego, opartego na obustronnym rozumieniu oczekiwań i ograniczeń. Takie podejście ma być wyrazem respektowania przez personel medyczny autonomii chorego i jego prawa do własnych przekonań dotyczących choroby i jej leczenia. Stąd termin „współpraca – compliance” jest zastępowany określeniem **adherencja**. Określenie to oznacza zakres, w jakim zachowanie pacjenta koresponduje z uzgodnionymi z lekarzem/terapeutą zaleceniami, zatem zakłada rolę chorego jako partnera w procesie leczenia.





Zjawisko złej/niewystarczającej adherencji obejmuje cały szereg zachowań, takich jak: odmowa skorzystania z pomocy lekarskiej i poddania się procedurom medycznym, nie zgłaszanie się na umówione wizyty, przedwczesne zakończenie leczenia, nie stosowanie się do sugestii lekarza, samowolne odstawianie leków, zmiany ich dawkowania, omijanie dawek, stosowanie innych, niezaleconych preparatów. Nieprzestrzeganie zaleceń może mieć charakter intencjonalny lub niezamierzony. W pierwszym przypadku wynika ze świadomej decyzji pacjenta, w drugim z czynników pozostających poza kontrolą chorego (np. zapominanie o zażyciu leków przez starszą osobę z otępieniem).

Nie ma pacjentów stale wspianiale współpracujących i zawsze nie współpracujących. Poziom współpracy zmienia się w czasie i zależy od bardzo wielu różnych czynników. Większość ludzi cierpiących na zaburzenia psychiczne, w tym i depresję, plasuje się mniej więcej na środku skali, pomijając dawki lub robiąc sobie różnej długości przerwy w dawkowaniu. Nie jest prawdą, że to pacjenci leczenia psychiatrycznie z definicji źle współpracują. Brak współpracy dotyczy średnio ok. 30% osób cierpiących na choroby przewlekłe zarówno somatyczne, jak i psychiczne.

Przyczyny problemów z adhe- rencją/współpracą

Czynniki wpływające na współpracę z chorym można podzielić na 4 grupy:

- **Czynniki związane z pacjentem** (psychopatologia, funkcje poznawcze, współchorobowość, wiek)
- **Czynniki związane ze środowiskiem** (wsparcie społeczne, sytuacja finansowa, nastawienie otoczenia wobec leczenia, stygmatyzacja, media)
- **Czynniki związane z lekarzem** (stosowanie się do standardów leczenia, wiara w skuteczność terapii, relacja z pacjentem, ciągłość kontaktu z pacjentem po ostrej fazie objawów)
- **Czynniki związane z leczeniem** (objawy uboczne, sposób podawania i dawkowania leków, długość leczenia, równoczesne stosowanie kilku leków)



Współpraca stanowi szczególnie problem w schorzeniach, które przebiegają przewlekłe, są skąpoobjawowe, a chory nie ma możliwości bezpośredniego i prostego monitorowania swojej choroby. Z taką sytuacją mamy do czynienia w okresie podtrzymującego i/lub profilaktycznego leczenia zaburzeń depresyjnych. Uzyskałeś poprawę, leczenie okazało się skuteczne, nie odczuwasz już objawów choroby, a konieczność przyjmowania leku taktujesz jako ograniczenie. Uważasz, że dopiero jak nie będziesz musiał zażywać leków, będziesz „w pełni zdrowy”. Zwykle też przerwanie terapii na tym etapie nie powoduje natychmiastowych konsekwencji (z wyjątkiem ewentualnych objawów odstawiennych po niektórych lekach), co utwierdza cię w poczuciu „słuszności” decyzji zaprzestania leczenia. Niestety jej konsekwencje pojawią się później.

Przyczyną złej adherencji mogą być same objawy choroby. Depresja wiąże się z zaburzeniami koncentracji, uwagi i pamięci, apatią oraz słabą motywacją. To może powodować, że zapominasz o lekach. Tu ważna jest pomoc i wsparcie osób z otoczenia. Warto też pomyśleć o przygotowaniu sobie tabletek w odpowiednich pojemniczkach, np. na cały tydzień czy zapisaniu w widocznym miejscu terminu wizyty kontrolnej u lekarza czy sesji psychoterapeutycznej. Depresja to również negatywne myśli i przekonania, skrajny pesymizm, poczucie beznadziejności, niska samoocena. Być może myślisz: **„zażywanie leków świadczy o słabości”, „powinienem sam sobie poradzić z chorobą”, „leki mnie uzależniają”, „zażywając leki nie jestem sobą”**. A może czujesz się tak bezwartościowy i tak beznadziejnie, że myślisz **„nie zasługuję na leczenie”, „mnie już i tak nic nie pomoże”**? Podziel się tymi myślami z lekarzem czy psychologiem i pamiętaj, że to jest głos depresji.

Na zachowania zdrowotne oraz współpracę z lekarzem wpływają twoje przekonania na temat choroby oraz odbiór depresji przez twoich bliskich. Szczególnie istotna jest tu obawa przed stygmatyzacją i odrzuceniem. To może stanowić poważną przeszkodę w poszukiwaniu pomocy lekarskiej w momencie zachorowania. **Pamiętaj, że depresja może dotknąć każdego: bogatego i biednego, ładnego i brzydkiego, wykształconego i bez wykształcenia.** Na depresję chorują również ludzie sławni, podziwiani, odnoszący wielkie sukcesy. Choroba nie jest karą za popełnione przewinienia, nie czyni cię gorszym i mniej wartościowym człowiekiem, chociaż często tak właśnie o sobie myślisz. Pacjenci przekonani o tym, że zaburzenie negatywnie wpływa na ich pozycję w otoczeniu, czyniąc ich „nie zasługującymi na szacunek”, mają tendencję do przedwczesnego przerywania terapii. Warto też porozmawiać z rodziną. Negatywne nastawienie do leczenia osób najbliższych, ich lęk przed stygmatyzacją całej rodziny oraz przekonanie o nie-biologicznych przyczynach depresji, na które pacjent mógłby – gdyby zechciał – mieć wpływ, stanowią często istotną przyczynę odstawiania leków przez chorego. Jeśli taka sytuacja jest ci bliska, zaproponuj osobom z rodziny rozmowę z lekarzem, bądź choćby przeczytanie odpowiednich poradników czy materiałów w internecie (jak na przykład te znajdujące się na [stronie Fundacji Nie Widać Po Mnie](http://www.niewidacpomnie.org)).



W początkowej fazie leczenia poważne wyzwanie dla podtrzymania współpracy stanowi zniecierpliwienie brakiem efektów leczenia w ciągu pierwszych tygodni. Co więcej, dużo wcześniej niż poprawa objawowa mogą pojawić się objawy niepożądane. Tu kluczową rolę odgrywa informacja o opóźnionym początku działania antydepresantów. Warto też mieć świadomość ewentualnych objawów ubocznych. Paradoksalnie na zażywanie leków mniej wpływają działania niepożądane w ostrej fazie choroby niż w długoterminowym leczeniu podtrzymującym i/lub profilaktycznym. Powodem odstawienia leków mogą być, na przykład przyrost masy ciała czy dysfunkcje seksualne. Nie działaj na własną rękę, ale zgłoś te objawy lekarzowi, a on odpowiednio zmodyfikuje terapię.



Kolejną przyczyną braku współpracy to współistnienie innych zaburzeń, a zwłaszcza uzależnień lub nadużywania substancji psychoaktywnych. Jest to szczególnie trudny problem, gdy środki te są przez chorego stosowane do „samoleczenia” i przynoszą szybką, doraźną ulgę. Dzieje się tak niejednokrotnie w przypadku alkoholu czy leków nasennych i uspokajających. Koniecznie zgłoś to osobom leczącym; nie będą cię oceniać czy potępiać, a potraktują to jako problem do wspólnego namysłu i rozwiązania.

Kolejną przyczyną braku współpracy to współistnienie innych zaburzeń, a zwłaszcza uzależnień lub nadużywania substancji psychoaktywnych. Jest to szczególnie trudny problem, gdy środki te są przez chorego stosowane do „samoleczenia” i przynoszą szybką, doraźną ulgę. Dzieje się tak niejednokrotnie w przypadku alkoholu czy leków nasennych i uspokajających. Koniecznie zgłoś to osobom leczącym; nie będą cię oceniać czy potępiać, a potraktują to jako problem do wspólnego namysłu i rozwiązania.

Przyczyną złej współpracy mogą też być czynniki związane z osobą lekarza, jego zrutynizowanym podejściem do pacjenta i brakiem zaangażowania w budowanie dobrej relacji terapeutycznej. Problem może stanowić brak dostępu do lekarza w okresie pomiędzy wizytami oraz mała ilość czasu dla pacjenta. Zastanów się, czy masz w lekarzu wsparcie? Czy czujesz, że jest zainteresowany tobą jako człowiekiem, twoimi sprawami, twoim życiem, a nie tylko objawami? W procesie leczenia to ty musisz czuć się komfortowo. Nie ma idealnych ludzi, dotyczy to również personelu medycznego. Jeśli uważasz, że zupełnie nie możesz „dogadać się” ze swoim lekarzem czy psychologiem, może warto pomyśleć o zmianie.



Czynniki związane z chorobą

- choroba przewlekła, skąpoobjawowa, bez możliwości prostego monitorowania przez pacjenta (np. cukrzyca, nadciśnienie, zaburzenia psychiczne w okresie remisji). Brak bezpośrednich i natychmiastowych konsekwencji odstawienia leków,
- objawy: zaburzenia pamięci oraz koncentracji, poczucie beznadziejności, apatia.

Czynniki związane z pacjentem

- poglądy na temat choroby,
- lęk przed stygmatyzacją,
- współistnienie innych zaburzeń (zaburzenia psychiczne, zaburzenia osobowości, uzależnienia)
- wiek (pacjenci młodzi i w wieku podeszłym).

Czynniki środowiskowe

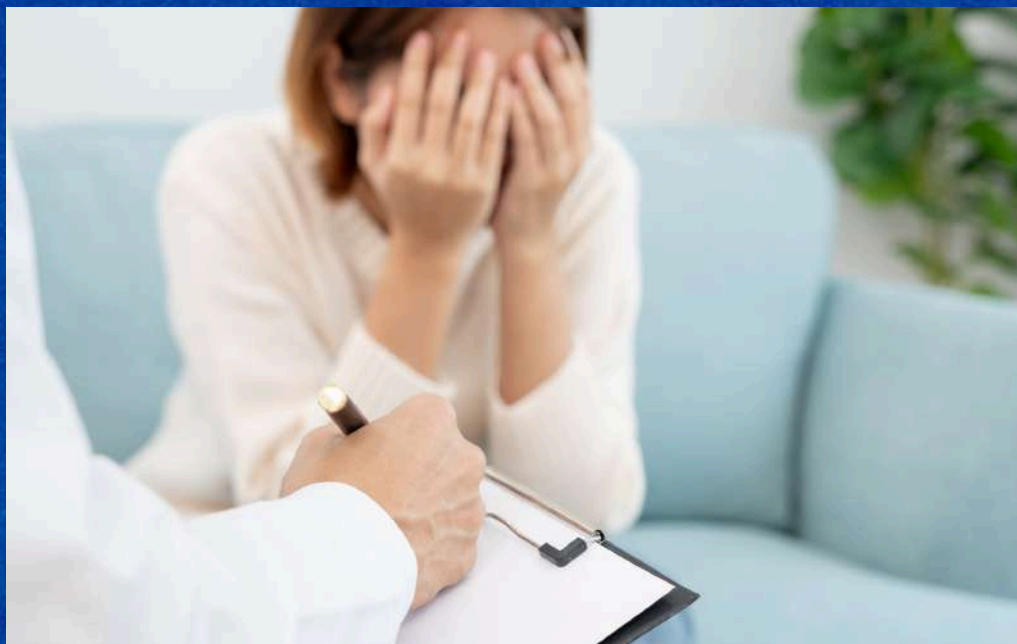
- ocena społeczna choroby i leczenia,
- lęk osób znaczących przed stygmatyzacją,
- izolacja, brak grupy wsparcia,
- samotne zamieszkiwanie,
- bezżenność,
- konflikty w rodzinie,
- sytuacja materialna, lęk o utratę pracy,
- rola mediów.

Czynniki związane z lekarzem

- stopień zaangażowanie lekarza,
- dostępność,
- czas poświęcony pacjentowi,
- wiara lekarza w skuteczność leczenia,
- świadomość możliwości złej współpracy

Czynniki związane z leczeniem

- opóźniony początek działania leku,
- objawy uboczne (zwłaszcza w leczeniu długoterminowym, np. tycie, zaburzenia seksualne),
- brak jednoznacznych dowodów, że niektóre leki wiążą się z lepszą współpracą,
- skomplikowany schemat dawkowania,
- stosowanie kilku leków,
- dawkowanie a tryb życia,
- cena leku,
- skuteczność leku.



Jak poprawić adherencję/współpracę?

Pamiętaj, że zła współpraca niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Najbardziej oczywistym i najpoważniejszym skutkiem złej współpracy z pacjentem jest brak skuteczności terapii, pseudo-lekooporność, niepełna poprawa i/lub pozorna utrata skuteczności przyjmowanego preparatu. Niestosowanie się do zaleceń jest najczęstszym powodem nawrotów choroby, obniżenia jakości życia i funkcjonowania, zwiększa częstość i długość hospitalizacji oraz ryzyko zachowań samobójczych. Dlatego tak ważne są działania poprawiające adherencję. Ulega ona poprawie, jeśli leczenie spełnia oczekiwania chorego, pacjent jest nim usatysfakcjonowany, a równocześnie istnieje jakaś forma nadzoru nad leczeniem (np. pomoc ze strony rodziny czy zainteresowanie lekarza w czasie wizyt kontrolnych stopniem współpracy). Mniejsze prawdopodobieństwo przedwczesnego odstawienia leków wiąże się z włączeniem do programu terapeutycznego psychoterapii.



Kierunki poprawy współpracy

Wypracowanie wspólnego kontraktu terapeutycznego.

Pierwszym etapem jest tu wymiana informacji, rozeznanie, jakie pacjent ma przekonania na temat choroby i jej leczenia oraz psychoedukacja. Następnie negocjowany jest sposób prowadzenia leczenia ze szczególnym naciskiem na czas trwania, możliwe objawy uboczne i konieczność regularnego zażywania leków. Pacjent powinien być traktowany jako partner we wspólnej walce z chorobą. Należy promować aktywną postawę chorego i wsłuchiwać się w jego własne pomysły i strategie radzenia sobie z objawami depresji i niedogodnościami leczenia.

Zabezpieczenie systemu wsparcia.

Temu celowi sprzyja dostępność (choćby telefoniczna) lekarza pomiędzy wizytami kontrolnymi, możliwość szybkiego uzyskania pomocy w razie powikłań czy nasilonych objawów ubocznych, zaproponowanie w początkowej fazie leczenia częstszych wizyt. Niezwykle ważnym elementem jest współpraca z bliskimi pacjenta.

Dostosowanie w miarę możliwości reżimu terapeutycznego do oczekiwań i stylu życia.

Należy brać pod uwagę sytuację finansową pacjenta i dostosować do niej cenę proponowanego preparatu. Częstym oczekiwaniem chorych, zwłaszcza w leczeniu podtrzymującym, jest możliwość prowadzenia samochodu. U osób prowadzących aktywny tryb życia współpracę może determinować sposób dawkowania czy skrópanie w sytuacji konieczności zażywania leków w sytuacjach społecznych (np. w pracy).

Co powinno być przedmiotem rozmowy lekarz-pacjent?

Rozumienie i wyjaśnianie przez pacjenta choroby

Jak definiujesz swój problem? Jakie widzisz przyczyny choroby? Dlaczego i w jakich okolicznościach wystąpiły objawy? Co choroba zmieniła w twoim życiu? Jak ciężki jest to według ciebie stan? Jak długo potrwa? Jak myślisz, jak powinno wyglądać leczenie? Jakiego efektu terapii się spodziewasz?

Społeczne i finansowe bariery współpracy

Czy stać cię na wykupienie leków? Czy wolisz tańsze leki starszej generacji, które są skuteczne, ale mogą wiązać się z większą ilością działań ubocznych? Czy stać cię na psychoterapię?

Lęki i obawy związane z leczeniem

Jakie masz obawy i wątpliwości związane z leczeniem? Czy boisz się objawów ubocznych? Czy obawiasz się, że leki będą zaburzać twoje normalne funkcjonowanie? Czy obawiasz się uzależnienia od leków? Czy są w twoim otoczeniu ważni dla ciebie ludzie, którzy uważają, że nie powinieneś zażywać leków? Czy myślisz, że inni mogą stracić do ciebie szacunek i zaufanie, widząc, że zażywasz leki przeciwdepresyjne? Czy masz wobec proponowanego leczenia jakieś obiekcje natury religijnej lub duchowej?

Kontrakt terapeutyczny i informacje zwrotne

Czy zgadzasz się z leczeniem, o którym rozmawialiśmy? Czy będziesz w stanie stosować się do niego? Czy możesz podsumować, co uzgodniliśmy, abym miał pewność, że dobrze się zrozumieliśmy? Czy jest jeszcze coś, co chciałbyś abym wyjaśnił?

Nie bój się zadawać pytań, dzielić się swoimi obawami i wątpliwościami. Wiele osób ma trudności z przestrzeganiem zaleceń, to może się również zdarzyć tobie.

Doświadczasz choroby w sposób unikalny i najlepiej znasz swoje dolegliwości. Choroba jest chorobą pacjenta, a nie lekarza, także życie pacjenta nie jest życiem lekarza. Lekarz jest ekspertem w zakresie diagnozowania i proponowania leczenia, ale to ty jesteś ekspertem od swojego życia. **Razem z osobami leczącymi tworzysz drużynę, która ma w zgrany sposób współdziałać w walce ze wspólnym wrogiem, jakim jest depresja!**



Bibliografia

1. Blackwell B: Treatment compliance. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000, p. 1893-1898
2. Dudek D: Współpraca z pacjentem depresyjnym. Medipress, Psychiatria, 2006, 2/3
3. Dudek D., Wasik A: Psychofarmakoterapia zgodnie z zaleceniami. W: J. Rybakowski (red): Psychofarmakologia kliniczna. PZWL, Warszawa, 2022, str. 835-850
4. Hummer M, Fleischhacker WW: Ways of improving compliance. In: Lader M, Naber D (eds): Difficult clinical problems in psychiatry. Martin Dunitz, London, 1999
5. Jefferson J: Patients compliance in depression. Am J Manag Care, 2000, 6 (supp), S31-S38
6. Lewis-Fernandez R, Das AK, Alfonso C, Weissman M, Olfson M: Depression in US Hispanics: Diagnostic and management considerations in family practice. J Am Board Fam Pract, 2005, 18, 282-96
7. Sirey JA: Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers B: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatric Services, 2001, 52, 1615-1620
8. Sher I, McGinn L, Sirey JA, Meyers B: Effects of caregivers' perceived stigma and casual beliefs on patient' adherence to antidepressant treatment. Psychiatric Services, 2005, 26, 564-569
9. Sood N, Teglia M, Obenchain RL, Dulisse B, Melfi CA, Croghan TW: Determinants of antidepressant treatment outcome. Am J Manag Care, 2000, 6, 1327-1336

O autorze

– prof. dr hab. Dominika Dudek

Specjalista psychiatra. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Ukończyła studia z wyróżnieniem na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Jest Redaktorem Naczelnym czasopisma Psychiatria Polska oraz członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jej dorobek obejmuje kilkaset publikacji naukowych i szereg książek i rozdziałów w podręcznikach poświęconych psychiatrii. Zajmuje się nauczaniem psychiatrii zarówno lekarzy, jak i studentów. Jest kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Prowadzi liczne wykłady szkoleniowe, organizuje ogólnopolskie konferencje, na które przyjeżdżają setki słuchaczy. Jest współautorem obowiązujących w Polsce standardów leczenia zaburzeń psychicznych.

O Fundacji Nie Widać Po Mnie

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamywania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie. Wierzymy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która pozwoli w przyszłości zmniejszyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na tego typu choroby, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.

Swoje działania dydaktyczne kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać.

Realizując programy psychoedukacyjne, troską otaczamy dzieci i młodzież oraz seniorów, których w sposób szczególny dotyczą takie zaburzenia, jak depresja, lęki i fobie. Jesteśmy autorami, realizatorami lub współrealizatorami przedsięwzięć skierowanych do medyków, którzy ze względu na charakter pracy zagrożeni są zaburzeniami czy wypaleniem zawodowym. Wierzymy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu jego przedstawicielom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.

Nie boimy się trudnych tematów, dlatego wraz z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym przy wsparciu firmy Janssen Polska rozpoczęliśmy kampanię edukacyjną dotyczącą **depresji lekoopornej**. Współpracujemy z najlepszymi specjalistami w swojej dziedzinie – lekarzami psychiatrii, którzy dzielą się wiedzą praktyczną i długoletnim doświadczeniem, aby pokazać, że depresja lekooporna nie jest wyrokiem. Wymusza jedynie konieczność innego, bardziej holistycznego spojrzenia na pacjenta.

Wierzymy, że w każdym ciemnym tunelu jest światło, które trzeba znaleźć i się go chwycić.

FUNDACJA NIE WIDAĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOOPORNA
EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekoooporna -
Współpraca w zakresie leczenia

Ebook powstał przy współpracy z Partnerami:



Firma wspierająca:

Johnson&Johnson