

List do Redakcji. Udokumentowany uporczywy brak współpracy podczas leczenia schizofrenii – rekomendacje Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii

A letter to the Editor. Documented persistent lack of cooperation during treatment of schizophrenia – recommendations of the National Consultant in Psychiatry

Piotr Gałęcki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Psychiatrii Dorosłych

Leki przeciwpsychotyczne podawane w postaci iniekcji długodziałających (*Long-acting Injectable* – LAI) miały stanowić odpowiedź na pytanie, jak poprawić *compliance* pacjentów cierpiących z powodu schizofrenii. Ciągła terapia przeciwpsychotyczna przyczynia się do znacznego zmniejszenia ryzyka nawrotu [1], a w wypadku schizofrenii przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przychodzi pacjentom z większym trudem niż w wypadku innych chorób przewlekłych, np. astmy lub cukrzycy [2]. Samodzielne odstawienie lub modyfikacja dawki leków przeciwpsychotycznych przez pacjenta może się wiązać ze wzrostem ryzyka hospitalizacji lub targnięcia się na swoje życie. Ryzyko rośnie, im dłuższe są okresy niestosowania leków [3, 4].

Leki przeciwpsychotyczne w formie LAI dają pewność przyjęcia dawki leku, stały, przewidywalny poziom leku we krwi, zachowanie skuteczności pomimo pominięcia dawki i dzięki regularnym kontaktom pacjenta z lekarzem pozwalają na natychmiastowe wykrycie braku współpracy [5].

Zastosowanie LAI, mimo szeregu korzyści dla pacjentów, lekarzy, jak i systemu, pozostaje, zwłaszcza w Polsce, na niskim poziomie. W krajach Europy Zachodniej odsetek pacjentów otrzymujących terapię długodziałającą wynosi średnio 24% [6] i sięga 30% w Wielkiej Brytanii [7, 8], 31% w Finlandii, a w Polsce szacuje się go na mniej niż 10% [9, 10].

Niski odsetek pacjentów otrzymujących LAI w Polsce może wynikać z wielu przyczyn, takich jak brak wiedzy lub przekonania do terapii LAI po stronie lekarzy czy nieskuteczna rozmowa z pacjentem o możliwościach terapeutycznych [10]. Istotne jest, by podejmując decyzję terapeutyczną, mieć zarówno komfort w zakresie wiedzy

dotyczącej wybieranej terapii, jak i pewność co do spełnienia formalności uprawniających pacjenta do otrzymania LAI w ramach refundacji. Kontrowersje i niepokój budził wielokrotnie zapis dotyczący „udokumentowanego uporczywego braku współpracy”.

Wskazówki do stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonym działaniu [11] przygotowane przez zespół ekspertów jasno precyzują, jak powinien być interpretowany ten zapis:

Przez „udokumentowany uporczywy brak współpracy” chorego w leczeniu należy rozumieć długotrwałe (trwające co najmniej 4 tygodnie) i utrzymujące się, mimo prób zmiany postępowania chorego, co najmniej jedno z poniższych zachowań:

- (1) niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zalecanej dawce i w zalecony sposób; przez zalecenia lekarza rozumie się poinformowanie chorego o konieczności i sposobie leczenia (czyli odnośnie do wyboru leku, jego dawkowania i formy podawania leku);
- (2) stosowanie leków i ich dawek niezgodnych z zaleceniem lekarza;
- (3) robienie przerw w przyjmowaniu leków, które nie są zalecane przez lekarza ani uzasadnione medycznie;
- (4) niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza w sytuacji, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków.

Udokumentowanie braku współpracy może odbyć się na przykład przez uzupełnienie zaproponowanego przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne formularza:

http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2011/kwestionariuszHeitzmana167_Psychiatria_Polska_6_2011.pdf

Piśmiennictwo

1. Kane JM. *Schizophrenia*. N. Engl. J. Med. 1996; 334(1): 34–41.
2. Keith SJ, Kane JM. *Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: Our patients can do better*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64(11): 1308–1315.
3. Herings RM, Erkens JA. *Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics*. Pharmacoepidemiol. Drug Saf. 2003; 12(5): 423.
4. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. *Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 2004; 55(8): 886–891.
5. Mathews M, Gopal S, Singh A, Nuamah I, Pungor K, Tan W i wsp. *Comparison of relapse prevention with 3 different paliperidone formulations in patients with schizophrenia continuing versus discontinuing active antipsychotic treatment: A post-hoc analysis of 3 similarly designed randomized studies*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2020; 16: 1533–1542.
6. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, Dios de C, Díaz-Marsá M i wsp. *Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain*. Rev. Psiquiatr. Salud Ment. (Engl. Ed.). 2019; 12(2): 92–105.
7. Barnes TR, Shingleton-Smith A, Paton C. *Antipsychotic long-acting injections: Prescribing practice in the UK*. Br. J. Psychiatry Suppl. 2009; 52: S37–42.
8. Patel MX, Bishara D, Jayakumar S, Zalewska K, Shiers D, Crawford MJ i wsp. *Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2014; 24(4): 499–509.
9. Łoza B, Murawiec S. *Leki przeciwpsychotyczne w postaci długodziałających iniekcji w leczeniu schizofrenii – nowe standardy terapii*. Psychiatria 2015; 12(3): 119–127.
10. Szulc A. *Długoterminowe leczenie schizofrenii – odpowiedzi na nowe wyzwania*. Psychiatria 2016; 13(1): 39–43.
11. Jarema M, Wichniak A, Dudek D, Samochowiec J, Bieńkowski P, Rybakowski J. *Wskazówki do stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonym działaniu*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(2): 225–241.

Adres: Piotr Gałecki
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Klinika Psychiatrii Dorosłych
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159
e-mail: piotr.galecki@umed.lodz.pl

Otrzymano: 23.08.2021
Przyjęto do druku: 26.08.2021