

## Jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia?

*How to deal with the patient who refuses treatment?*

KATARZYNA PROT-HERCZYŃSKA

Z Zespołu Leczenia Domowego IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Na przykładzie historii dwóch pacjentów pozostających w opiece środowiskowej, autorka analizuje proces włączania pacjenta do terapii. Pokazuje, jak metodą stałego utrzymywania kontaktu z pacjentem oraz realizowania jego bieżących potrzeb można uzyskiwać pozostawanie pacjenta poza szpitalem, a czasem, po latach, zmieniać jego postawę wobec leczenia. Proponuje odejście od myślenia, jak uzyskać stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza na rzecz myślenia o potrzebach pacjenta i rzeczywistej z nim współpracy.*

**SUMMARY.** *On the example of history of two patients submitted to community care the process of involving the patient in therapy is analyzed. It is shown how through maintaining contacts with the patient and helping him/her to meet his/her daily needs it is possible to keep the patient in the community, and with time, after many years, to change his/her attitude towards treatment. The author suggests that instead of trying to obtain patient compliance with the doctor's orders, therapists should focus on the patient's needs and actual collaboration with him or her.*

---

**Słowa kluczowe:** opieka środowiskowa / stosowanie się do zaleceń / współpraca / schizofrenia  
**Key words:** community care / compliance / collaboration / schizophrenia

---

Z badań przeprowadzonych w różnych krajach wynika, że około połowa pacjentów zgłaszających się do lekarza zarówno z przyczyn somatycznych [18], jak z powodów psychiatrycznych [4], nie przestrzega jego zaleceń. Istotna różnica między pacjentami „somatycznymi” a „psychiatrycznymi” widoczna jest w typie korelacji pomiędzy nasileniem objawów a przestrzeganiem zaleceń lekarza. U pacjentów chorych somatycznie duże nasilenie dolegliwości zwiększa motywację do leczenia i postępowanie zgodne z zaleceniami lekarza. U pacjentów psychiatrycznych nasilenie objawów i złe przystosowanie społeczne prowadzi do przerywania terapii [3]. Pacjenci ci są więc bardziej predysponowani do nawrotu choroby i bardziej zagrożeni hospitalizacją [13].

Badania dotyczące stosowania się pacjenta do zaleceń lekarza (*compliance*) dotyczą

przede wszystkim pacjentów z chorobą przewlekłą lub długotrwałą, w której regularne przyjmowanie leków wymaga szczególnej motywacji pacjenta. W psychiatrii problem ten rozpatrywany jest więc głównie w odniesieniu do pacjentów psychotycznych chorujących przewlekłe lub z częstymi nawrotami, a tym samym ze wskazaniem do długotrwałej farmakoterapii. Miernikiem przestrzegania zaleceń jest przede wszystkim regularne przyjmowanie leków oraz zgłaszanie się na umówione wizyty.

Chen dokonuje obszernego przeglądu literatury dotyczącej przyczyn przerywania przez pacjenta leczenia w systemie opieki środowiskowej [5]. Na tej podstawie formułuje następujące zalecenia dla opieki środowiskowej, których celem jest utrzymanie pacjenta w leczeniu.

- 
- Przed wypisem ze szpitala lub po konsultacji w izbie przyjęć pacjent powinien mieć umówioną wizytę w ambulatorium.
  - Im częstsze wizyty tym bardziej pacjent przestrzega umówionych terminów.
  - Należy przypominać pacjentowi o terminie wizyty drogą listowną lub telefoniczną.
  - Psychoedukacja dotycząca planu leczenia, działania leków zwiększa gotowość pacjenta do przyjmowania leków
- 

Ważną rolę odgrywa także kontakt z rodziną pacjenta zarówno w formie nieustrukturyzowanej [4], jak i w formie usystematyzowanego planu uczenia o objawach choroby oraz stosowanych lekach [8, 12, 15]. W literaturze zajmującej się przestrzeganiem przez pacjenta zaleceń lekarza podkreślane są korzyści związane ze stosowaniem preparatów depot [11] oraz rolę właściwego rozpoznawania i leczenia objawów ubocznych [10, 17].

Prace omawiające przestrzeganie przez pacjenta zaleceń koncentrują się na grupie pacjentów, która już podjęła (dobrowolnie bądź nie) leczenie i z pewnych przyczyn je przerwała. Mało uwagi poświęca się pacjentom odmawiającym podjęcia leczenia, czy też inaczej mówiąc, procesowi włączania pacjenta do leczenia. Grupę odmawiającą podjęcia terapii stanowią pacjenci przewlekle psychotyczni, niekrytyczni wobec objawów choroby, nie godzący się na przyjmowanie leków w żadnej postaci. W takiej sytuacji ustalenie jasnego kontaktu z pacjentem jest niemożliwe.

Opisane poniżej przypadki pokazują, jak opieka środowiskowa metodą stałego utrzymywania kontraktu z pacjentem oraz realizowania jego bieżących potrzeb może używać pozostawianie pacjenta poza szpitalem, a czasem, po latach, zmieniać jego postawę wobec leczenia.

### **Maria**

Maria, lat 48, lecząca się od dwudziestu lat z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, jest przewlekle psychotyczna. Mieszka

z mężem, upośledzonym umyślowo alkoholiem. Jest pod opieką Zespołu Leczenia Domowego od 10 lat. Początkowo sama pacjentka oraz jej mąż byli wrogo nastawieni do interwencji terapeuty prowadzącego. Terapeuta, broniąc Marię przed agresją męża, naraził się na groźbę pobicia przez męża i jego kolegów. Sama pacjentka postrzegała osoby z ośrodka jako winne jej częstych i zawsze przymusowych hospitalizacji (w okresach zaostrzeń była agresywna wobec sąsiadów). Głównym problemem małżeństwa są stałe kłopoty finansowe. Znajduje to swój wyraz w obrazie zaburzeń Marii. Przejawia ona przewlekłe urojenia zbliżone do katatymicznych fantazji. Nie jest biedną kobietą z Bródna, ale właścicielką kopalni złota pod ziemią, królową mieszkającą w chmurach lub wychodzącą z morza syreną. W okresach szczególnie trudnych finansowo zaburzenia te nasilają się i rzeczowy kontakt z Marią staje się niemożliwy. Tak więc znaczna część oddziaływań terapeuty nastawiona była na współpracę z Ośrodkiem Opieki Społecznej celem uzyskiwania stosownej pomocy finansowej. Maria często zgłaszała się do niego z prośbą o interwencję w ośrodku, a także celem pożyczania drobnych sum pieniędzy, które zawsze zwracała. Stały kontakt z pacjentką zorientowany głównie na pomoc finansową oraz interwencje w środowisku (rozmowy z sąsiadami na temat choroby pacjentki) spowodował, że zaczęła postrzegać Zespół jako swoje główne źródło oparcia. Wyraziła rok temu zgodę na preparaty depot, sama zgłasza się na iniekcje. Po raz pierwszy wyraziła zgodę na hospitalizację na oddziale całodobowym, gdzie została dowieziona samochodem terapeuty prowadzącego. Pozostaje psychotyczna, ale funkcjonuje dobrze, poprawiły się relacje z sąsiadami, niektórzy z nich widząc jej trudną sytuację zapraszają ją czasem na posiłki. Lek traktuje jako „preparaty wzmacniające”. Sytuacja finansowa pacjentki nie zmieniła się, ale Maria lepiej kontroluje wydatki. Regularnie opłaca świadczenia za dom, zwraca długi, kontroluje wydatki męża na alkohol.

**Jan**

Jan, lat 49, do momentu zgłoszenia do ośrodka 5 lat temu nie leczony psychiatrycznie. Do ośrodka zgłosiła się żona pacjenta – cudzoziemka słabo mówiąca po polsku, z prośbą o interwencję. Mąż był przewlekle psychotyczny od 2 lat. Przejawiał dość usystematyzowany system urojeń ksbonych i prześladowczych. Dekompensacja psychotyczna nastąpiła za granicą, gdzie pacjent pracował. Żona dość długo nie zdawała sobie sprawy z zaburzeń pacjenta, gdyż ciągle kontrola służb bezpieczeństwa, o której mówił, była rzeczywistym elementem w ich pracy. Dopiero relacjonowane przez męża poczucie ciągłej obserwacji przez kamery, podsłuchiwanie, adresowania do niego programów telewizyjnych przekonało ją, że ma do czynienia z osobą chorą. Po powrocie z zagranicy pacjent nie podjął pracy uważając, że nie może pracować dla „komunistów stale rządzących Polską”. Nie wyrażał zgody na żadną formę leczenia ani kontaktu. Wizyta domowa i rozmowa z psychiatrą nie zmieniła jego postawy. Do ośrodka zgłaszała się żona pacjenta czując się samotna i pozbawiona oparcia w obcym kraju. W ciągu 3 lat zgłosił się także parokrotnie pacjent. Zgłaszał się głównie podczas długich pobyków żony u swojej rodziny, twierdził, że wizyty mają charakter „prywatny”, że zgłasza się na jej prośbę. Nie godził się ani na farmakoterapię ani na wystąpienie o rentę. Punktem zwrotnym stało się zagrożenie pacjenta odpowiedzialnością karną: ze względu na brak dochodów nie płacił alimentów na dziecko z pierwszego małżeństwa. Zaakceptował wydanie zaświadczenia do sądu o chorobie i będące jego konsekwencją wystąpienie o rentę. Stały kontakt oraz udzielenie pomocy w sytuacji trudnej doprowadziło do wytworzenia zaufania pozwalającego na rozpoczęcie leczenia. Sam pacjent opisał tę sytuację następująco: „Mam do pani zaufanie, bo moja żona uważa, że jest pani osobą godną zaufania”. Rozpoczął farmakoterapię, którą kontynuował w formie preparatu depot, pomimo dużych trudności

z doborem odpowiedniej dawki leku. Po ustąpieniu objawów psychotycznych przeszedł okres depresji spowodowanej konfrontacją ze swoją sytuacją życiową. Pozostał całkowicie niekrytyczny do objawów choroby występujących w przeszłości. Uważał, że prześladowania wobec niego ustały, ale doprowadziły go do ruiny finansowej. W tym okresie zasadniczą rolę odgrywała psycho-terapia skoncentrowana na ukazywaniu pacjentowi jego mocnych stron, uczenie go spojrzenia nie z perspektywy tego co stracił, ale aktualnych sukcesów życiowych. Zaczął podejmować kolejne prace, początkowo znacznie poniżej swoich możliwości. Obecnie wykonuje atrakcyjną pracę w swoim zawodzie, pozwalającą utrzymać rodzinę i zawiesić świadczenia rentowe.

**KOMENTARZ**

Powyższe przypadki ilustrują, jakimi możliwościami oddziaływań dysponuje opieka środowiskowa w odniesieniu do pacjenta odmawiającego leczenia.

Maria – pacjentka chroniczna, pozbawiona oparcia w rodzinie, okresowo bardzo agresywna sprawiała wrażenie osoby, której losem będzie ciągle hospitalizacja psychiatryczna. Dobre rozpoznanie potrzeb i skuteczne interwencje środowiskowe dały możliwość stopniowej poprawy współpracy z pacjentką.

Jan – pacjent nie spełniający kryteriów do hospitalizacji wbrew woli, z przewlekłym procesem psychotycznym rokował stopniową deteriorację w środowisku. Oparcie dawane żonie oraz utrzymywanie kontaktu z pacjentem, mimo niejasności ról i braku możliwości ustalenia jakiegokolwiek kontraktu, doprowadziło do zaakceptowania przez Jana roli pacjenta i rozpoczęcia farmakoterapii. Istotnym czynnikiem wpływającym na rozpoczęcie współpracy była w obu przypadkach stałość terapeuty prowadzącego. Jan przez 3 lata od pierwszego kontaktu do rozpoczęcia leczenia miał kontakt z jedną osobą. Maria przez 8 lat od objęcia opieką do rozpoczęcia regularnej farmakoterapii

dwukrotnie zmieniała terapeutę. Każdorazowo była wcześniej informowana i przygotowywana do tej zmiany, terapeuci stosowali się do znanych już pacjentce reguł właściwych dla działalności ośrodka. Badania potwierdzają korzystny wpływ ciągłości terapeutycznej na współpracę z pacjentem po hospitalizacji [9], przerywanie przez pacjentów terapii po zmianie terapeuty [2, 13].

Jakkolwiek trudno jest niesystematyczne wizyty Jana oraz interwencje środowiskowe w otoczeniu Marii określić jako psychoterapię, niewątpliwie można mówić o istotnym związku pomiędzy pacjentem a terapeutą prowadzącym. Według badań Atwood i Becka [1] pacjenci choronicy czterokrotnie częściej kontynuowali farmakoterapię, jeżeli towarzyszyły jej oddziaływania psychoterapeutyczne.

Tak więc odpowiedź na pytanie zawarte w tytule może brzmieć:

- 
- utrzymywać kontakt,
  - budować relację terapeutyczną,
  - nie odrzucać inicjatywy pacjenta lub rodziny nawet, jeżeli ich oczekiwania wydają się odległe od bezpośredniego celu leczenia,
  - być cierpliwym,
  - podążać za potrzebami pacjenta.
- 

Postulat podążania za potrzebami pacjenta odmawiającego podjęcia leczenia oznacza też konieczność weryfikacji stanowiska, zgodnie z którym to pacjent jest wyłącznie odpowiedzialny za stosowanie się lub niestosowanie się do zaleceń lekarza. Zalecenia lekarza muszą być częścią oferty skierowanej pod adresem pacjenta, oferty odpowiadającej jego potrzebom i oczekiwaniom [6, 16]. Proces leczenia polega na współpracy pacjenta i lekarza, a nie na jednostronnym ustalaniu przebiegu terapii. Kubacki [14], analizując czynniki wpływające na opór w psychofarmakoterapii, określa proces leczenia jako relację pomiędzy tera-

peutą, lekiem a pacjentem. Dencker i Liberman akcentują potrzebę zmiany myślenia na temat relacji z pacjentem – skoncentrowanie się na problemach we współpracy (*collaboration*), a nie oskarżanie pacjenta o „brak motywacji”, czy nie stosowanie się do zaleceń (*noncompliance*) [7].

Wydaje się, że takie właśnie myślenie – elastyczne dopasowywanie się ośrodka do aktualnych potrzeb pacjenta doprowadziło w opisywanych przypadkach do sukcesu terapeutycznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Atwood N, Beck J: Service and patient predictors of continuation in clinic-based treatment. *Hosp. Community Psychiatry* 1985, 36, 865–869.
2. Backland F, Lundwall L: Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bull.* 1975, 82, 738–783.
3. Bartko G, Herczeg I, Zador G: Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1988, 77, 74–76.
4. Bebbington P: The content and context of compliance. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9, 41–50.
5. Chen A: Noncompliance in community psychiatry: A review of clinical interventions. *Hosp. Community Psychiatry* 1991, 42, 282–287.
6. Dencker S, Dencker K: The need for quality assurance for better compliance and increased quality of life in chronic schizophrenic patients. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9, 35–40.
7. Dencker S, Liberman R: From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9, 75–78.
8. Falloon I, Mc Gill C, Williamson M, Razzani J, Moss H, Gilderman A, Simpson G: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985, 42, 887–896.
9. Fink E, Heckerman C: Treatment adherence after brief hospitalization. *Compr. Psychiatry* 1981, 22, 379–385.
10. Fleischhacker W, Meise U, Gunter V, Kurz M: Compliance with antipsychotic drug treatment:

- Influence of side effects. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 11–15.
11. Gerlach J: Depot neuroleptics in relapse prevention: Advantages and disadvantages. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9, 17–20.
  12. Goldstein M: Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 54–57.
  13. Green J: Frequent rehospitalization and non-compliance with treatment. *Hosp. Community Psychiatry* 1988, 39, 963–966.
  14. Kubacki A: Opór w psychofarmakoterapii. *Psychiatr. Pol.* 1982, 16, 297–306.
  15. Liberman R, Massel H, Mash M, Wong S: Social skills training for the chronic mental patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1985, 36, 396–403.
  16. Talbott J, Bacharach L, Ross L: Noncompliance and mental health systems. *Psychiatric Ann.* 1986, 16, 596–599.
  17. Whitworth A, Fleischhacker W: Adverse effect of antipsychotic drugs. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9, 21–27.
  18. Wright E: Non-compliance – or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993, 342, 909–913.

*Adres: Dr Katarzyna Prot-Herczyńska, Zespół Leczenia Domowego IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN, ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa*