Psychologické aspekty adherence profylaktické medikace u migreníků – nástroje pro praxi

Mgr. Jana Černá Tomanová, Ph.D.¹, PhDr. Pavla Banýrová²

¹Psychologická poradna, Liberec

²Lektorka klinicko-pacientské komunikace, Praha

Bez dobré adherence nejsou dobré terapeutické výsledky. V případě obtíží, které jsou velmi často doprovázené psychosociální zátěží, případně komorbiditami i z řad psychiatrických diagnóz, je tento poznatek klíčový. U profylaktické léčby migrén z metastudií víme, že adherence zejména v dlouhodobém horizontu je nízká, tak jako například u režimových opatření pro změnu životního stylu. Existují nástroje a techniky, které mají zdravotníci, a především lékaři, k dispozici, a jejichž osvojením, tréninkem a praktickým využitím lze adherenci pozitivně ovlivnit. Jsou to například zrcadlení emocí, otevřené otázky, ověřování porozumění a celkově budování důvěry ve vztahu s pacientem.

Klíčová slova: adherence, migrény, psychologie, komunikace, vztah lékař pacient, zrcadlení emocí, otevřené otázky, teach back.

Psychological aspects of adherence to prophylactic medication in migraine patients: tools for the practice

When adherence is not good, therapeutic outcomes are not good either. This is a key finding in the case of complaints that are very often accompanied by psychosocial burden and/or comorbidities even from among psychiatric diagnoses. Metastudies have shown that adherence to prophylactic migraine treatment, particularly in the long term, is low, such as that in the case of daily routine measures for the purpose of lifestyle changes. There are tools and techniques that healthcare professionals, and physicians in particular, have at hand which, when adopted, practised, and applied practically, can positively affect adherence. They include, for instance, emotional mirroring, open-ended questions, checking for understanding, and, in general, building a trust-based relationship with the patient.

Key words: adherence, migraine, psychology, communication, physician-patient relationship, emotional mirroring, open-ended questions, teach back.

Pojem, kontext využití

Adherence je klíčový pojem současné medicínské péče o pacienty, který nahradil dříve používaný termín compliance. Ten však vyjadřuje určitou míru pasivity pacienta, zatímco aktuální apel je na aktivní spolupráci pacienta, jeho motivovanost a přebírání zodpovědnosti za terapeutický proces. Tam, kde se setkáváme s dlouhodobým, chronifikujícím onemocněním, je zcela zásadní klinickou dovedností tyto faktory na straně pacienta cíleně pozitivně ovlivňovat. Adherenci definujeme dle Světové zdravotnické organizace jako rozsah, v jakém se chování osoby – užívání léků, dodržování diety a/nebo uskutečnění změny životního stylu –

shoduje s doporučeními poskytovatele zdravotní péče (WHO, 2003). Důležité je uvědomit si podstatu takového chování pacienta. Tou je lidský (nikoli profesní a informačně) rovnocenný vztah mezi ním a jeho ošetřujícím lékařem. Takový vztah vede k tomu, že pacient není pasivně podřízený lékaři a jeho doporučením (jak asociuje starší pojem compliance), ale je osobností schopnou se vědomě, svobodně a aktivně rozhodnout a vytrvat v předepsané farmakoterapii. Zároveň je zodpovědný i ve vztahu k dalším doporučením (úprava životního stylu, režimová doporučení). Souvisejícím a důležitým pojmem tam, kde se setkáváme s mnohaletou terapií (lecdy celoživotní), je peristence. Tím chá-

peme schopnost pacienta vytrvat v terapeutickém režimu a udržovat jej správně, v předepsané formě (Vrablík, 2013).

Adherence a migrény

V otázce adherence profylaktické léčby migrén se lékař potýká se složitým, zdlouhavým a někdy frustrujícím problémem. Jde o komplex symptomů spojených jednak s reálným neurologickým nálezem a onemocněním, a jednak je třeba komplexně a poměrně dramaticky řešit pacientův životní styl, denní režim a postoj k sobě samému a svému onemocnění. Migrény tak poměrně přesně naplňují obraz psychosomatického

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Mgr. Jana Černá Tomanová, Ph.D., poradna.tomanova@gmail.com

Psychologická poradna, K Bucharce 489, 460 08 Liberec

Cit. zkr: Neurol. praxi 2020; 21(2): 125–129

Článek přijat redakcí: 6. 2. 2020

Článek přijat k publikaci: 16. 3. 2020

onemocnění ve smyslu provázanosti psychosociálních charakteristik a chování jedince a organického postižení nervových struktur. Protože jde o vrstevnatý problém postihující nejen fyzickou kondici jedince, ale silně ovlivňují jeho psychickou pohodu, vztahy, profesní uplatnění, rodičovství, zkrátka všechny oblasti kvality života, je na místě komplexní terapie multidisciplinárního charakteru. Vedle specializované neurologické péče je vhodná psychiatrická, psychologická nebo psychoterapeutická léčba, a to v závislosti na komorbiditě nebo na složitosti psychosociálních témat. Terapii lze také kombinovat (například psychiatr plus psychoterapeut). U některých skupin pacientů je dobré doporučit zapojení do patientského programu, ovšem takového, který je veden či garantován odborníky. Podobně jako například pro pacienty s roztroušenou sklerózou, i pro pacienty s chronickou migrénou je vhodný peer program (kontakt s vyškoleným pacientem, který dokáže druhého pacienta provést složitým obdobím, nasměrovat ho k odborné pomoci nebo mu efektivní formou předat dovednosti, tipy, podněty, které povedou ke zvýšení kvality života).

Spirála non-adherence

Spouštěče MMD (Monthly Migraine Days) jsou často závažné životní události, které zároveň působí jako blokátory adherence. Dochází tak k cirkularizaci obtíží, kdy obtíže v osobním (pracovním) životě spouštějí ataky migrén (buď prvovýskyt nebo zhoršení již diagnostikovaných obtíží, ať už v epizodické nebo chronické formě) a zároveň pacientovi brání, aby dodržoval terapeutická a profylaktická doporučení. Zhoršení zdravotního stavu a handicap z něj vyplývající (především psychického a sociálního charakteru) znovu zpětně ovlivňují vyrovnávání se s životní situací nebo řešení nastalého problému. Příkladem může být žena, matka více dětí, která se dostane do finančních obtíží, nedaří se jí nalézt vhodné, dobře placené zaměstnání, proto má několik brigád, je trvale přetížena, což vede ke zhoršení do té doby občasných záchvatů migrén. Její psychický stav a kolísající fyzická kondice se podepisují i na partnerském vztahu. Migrény řeší nadměrnými dávkami dostupných analgetik. Časem se dostane k neurologovi, který předepíše profylaktickou léčbu. Po měsíci užívání si pacientka stěžuje na trvající potíže, dle jejích slov se frekvence záchvatů ani jejich hloubka nijak nemění. Navzdory důrazným varováním dále užívá i vysoké dávky analgetik,

již nejen jednoduchých, ale i kombinovaných, a především manipuluje s dávkováním triptanů. Odmítá jejich vysazení s tím, že když to zkusila, došlo ke zhoršení stavu. Předpisy vztahující se k úpravě životního stylu nedodržuje. Poté, co přijde o jednu z brigád a partner se od ní odstěhuje, přestává dodržovat terapii zcela. Neurolog doporučuje psychiatrickou a psychoterapeutickou péči, která by pomohla pacientce dostat se ze spirály zpět k efektivnímu a zodpovědnému chování vůči sobě samé. Bude třeba pacientku provést i složitou cestu odvykání si od bezprizorního užívání triptanů. Teprve poté, co pacientka nahlédne na kontext a vzájemnou provázanost svých obtíží, bude možné očekávat adherenci i ve vztahu k medikaci.

Protože je migréna neřídka spojená s dalšími důsledky životního stylu, jako je obezita, nadužívání kofeinu, analgetik, jiných drog (vyvolávajících migrenózní ataky), dochází k dalšímu nárůstu non-adherence. U doporučení na úpravu životního stylu (strava, pohyb, spánková hygiena, užívání návykových látek apod.) je dlouhodobá adherence velmi nízká (20–30 %). Nedodržování těchto doporučení dále vede ke zhoršení průběhu a ke zvýšení frekvence MMD. Doporučená profylaxe se tak zařadí k dalším, pacientem neakceptovaným opatřením, a nemůže tak dojít ke kýženému zlepšení stavu. Rozvíjí se bludný kruh, který udržuje pacient sám, ať již vědomě či nevědomky. Řada pacientů i přes varování není schopna omezit užívání akutních analgetik, ač u nich již dojde k rozvoji chronických bolestí. Někdy je také těžké určit, co je příčinou a co následkem abúzu analgetik, zda již dříve rozvinutá chronická bolest, nebo zda se původně jednalo o epizodické ataky a neadekvátně užívanou medikaci nejen k jejich redukci, ale také k domnělé prevenci.

Témata, která lékař v terapii migreníků řeší:

- doporučení k úpravě prakticky všech oblastí životního stylu,
- nadužívání akutních analgetik či závislost na nich,
- dodržování profylaktické medikace,
- psychosociální obtíže pacienta, případná psychiatrická komorbidita (afektivní poruchy, poruchy osobnosti, které jsou zpravidla významnou komplikací terapeutické spolupráce).

Proto lze vhodný způsob léčby zvolit až poté, kdy lékař dobře zmapuje všechny klíčové oblasti

a komorbidity. Práce s pacienty s migrénou vyžaduje pokročilejší dovednosti z klinicko-pacientské komunikace, skutečně dobrou práci s anamnézou a velkou výhodou může být povědomí o psychologických metodách, jako je kognitivně behaviorální terapie a její techniky, motivační rozhovory či práce s kontextem a kladení otevřených otázek. Vždy je na místě důkladně projit aktuální okolnosti a podmínky pacientova života, mít na paměti rizika případných afektivních poruch (reaktivní deprese, depresivní fáze, úzkostná porucha) a závislosti. Časté ataky (i více než polovinu dní v měsíci) jedince oslabí nejen fyzicky, ale především psychicky a sociálně. Objevují se pochybnosti o smyslu vlastní existence, pocity bezvýchodnosti z kruhu záchvatů, strach z dalšího záchvatu v době remise, naučená bezmocnost. Především poslední prožitek, naučená bezmocnost, je výrazným destruktoem adherence. Protože pacienti mívají neřídka pocit, že léčba nefunguje, nebo je tak zatěžující, že nemá z jejich pohledu smysl ji správně užívat, neprojevují prakticky žádnou čitelnou motivaci k tomu, aby svůj stav zkusili ovlivnit, a jen jej trpně snášejí.

Možnosti na straně lékaře

Podmínkou správného užívání profylaktické medikace, a tedy dobré adherence, jsou lidské faktory. Na jedné straně je to informovaný, motivovaný, aktivně spolupracující a kvalitně ošetřený pacient a na straně druhé stojí informovaný, zajímavý se a trpělivý lékař.

Důležitou složkou dobré adherence je edukace, která využívá ověřených psychoedukačních technik a dbá na pravidla a rizika edukování pacientů ve stavu s předpokladem přechodného, krátkodobého narušení kognice. K němu dojde například při prodromech, při bolesti, ale také vlivem psychosociální životní situace pacienta. Kondici kognitivních funkcí (zejména vnímání, paměti a myšlenkových procesů) a také pozornosti je třeba vždy brát v úvahu, průběžně ji hodnotit (i pozorováním, bedlivým vnímáním pacienta) a podle ní volit formu i obsah komunikace s pacientem. Někdy je vhodné k edukaci přizvat blízkou osobu. V důsledku nízké kognitivní kondice pacient nedělá to, co dělat má, léčba z jeho pohledu nefunguje, a proto není motivovaný, aby ji nadále dodržoval. Studie hovoří o tom, že v prvním měsíci užívání předepsané profylaxe je adherence i více než 90 %. Záhy, již ve třetím měsíci užívání však klesá až na hodnoty mezi 35

INZERCE

INZERCE

až 65 % (dle různých studií) a po roce užívání se snižuje na dramatických 20 %, což potvrzuje známé hodnoty adherence u dlouhodobých režimových opatření (Hepp, Bloudek et Varon, 2014). Je třeba pamatovat na to, že míra adherence kolísá v závislosti na zvoleném druhu profylaxe, a to především ve spojitosti s charakterem vedlejších účinků, které daný lék nebo léková kombinace vyvolávají, a také s percipovanou mírou účinnosti terapie (Vanya et al., 2016). Jedna ze studií ukázala, že míra adherence nekolísá v závislosti na počtu předepsaných léků. U jednoho léku je adherence po šesti týdnech prakticky shodná jako v případě až čtyř medikamentů (Dozza et Krymchantowski, 2013). Bližší vysvětlení autoři nepodávají, pouze ukazují, že tento závěr byl v rozporu s původním očekáváním. Tím byla hypotéza, že adherence u profylaktické polyterapie bude nižší než u monoterapie. Praxe ukazuje, že klíčové je nasazení profylaxe podle charakteristik pacienta – šité na míru. Lékař zvažuje komorbiditu (afektivní poruchy, poruchy osobnosti) a obtíže spojené s poruchami životního stylu (obezita, nadváha, ale také podvýživa).

Vrátíme se k nástrojům podporujícím adherenci, které má lékař k dispozici. Ač není popsán jeden spolehlivý nástroj, který by univerzálně

a jednoduše řešil nízkou adherenci, víme, které techniky pomáhají lepším terapeutickým výsledkům a vyšší kvalitě života pacientů.

Účinné techniky jsou především zrcadlení (legitimizace emocí, kterou používáme pro to, abychom uznali pacientovo právo na emoce, na prožívání), parafráze (vlastními slovy zopakujeme to, co říká pacient; proto, abychom dali najevo zájem a to, že ho opravdu vnímáme), kladení otevřených (kontextových) otázek (pacient sám často neví, na co se má zeptat, pomáháme zviditelnit souvislosti obtíží) a metoda teach-back (ověření porozumění, díky němuž pacient aktivně zopakuje, co si z rozhovoru a doporučení odnáší). Jsou to nástroje vyžadující pochopení a nácvik specifických komunikačních dovedností. Jejich osvojením a aktivním používáním si však lékaři či další zdravotníci významně usnadňují práci s pacientem a (zdánlivě paradoxně) zkracují čas, který potřebují k jeho edukaci a argumentaci pro to, aby dodržoval předepsanou terapii. Techniky a komunikační dovednosti jsou cestou k tzv. dovedné komunikaci, která je propojením konkrétních komunikačních nástrojů s osobnostní zralostí, zkušeností a intuicí zdravotníka (Salmon et Young, 2011). Komunikace vedená touto formou je také jedním z faktorů majících vliv na nižší výsledné náklady na léčbu.

Logickým vyvozením je, že pacient, který užívá léky a dodržuje nutná opatření, nemívá takové nežádoucí důsledky nemoci a nepotřebuje další intervenci (leckdy náročnou a nákladnou).

Závěr

Adherence a perzistence v podobě trvalé aktivní a zodpovědné spolupráce s pacientem na jeho léčebném režimu zůstanou i nadále zásadními tématy klinické praxe. Jejich akceptace, osvojení a porozumění principům a kontextu, v němž se odehrává, jsou podmínky dobré praxe vedoucí k vyšší adherenci. Vypořádání se s těmito úkoly může být někdy náročnější a zdlouhavé, ovšem pozitivita na straně nejen pacienta, ale také lékaře, jsou dostatečnou odměnou. Protože motivací k adherenci podporující praxi není jen samotný pacient, ale také osoba lékaře či sestry, kteří by měli chránit své vlastní, především lidské hranice a získávat jistotu i tam, kde ji možná dříve neměli – mimo oblast svých „tvrdých“, profesionálních dovedností a znalostí. Dovedná klinicko-pacientská komunikace „tvrdá“ fakta, informace, doporučení a celý terapeutický plán významně podpoří, zajistí jejich přenos k pacientovi ve formě, která povede k jeho aktivitě a zapojení.

LITERATURA

1. Dozza ALCB, Krymchantowski AV. Adherence to migraine treatment does not depend on the number of prescribed medications. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2013; 71(3): 171–173. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2013000300008>.
2. Hepp Z, Bloudek LM, Varon SF. Systematic Review of Mig-

raine Prophylaxis Adherence and Persistence. *Journal of Managed Care Pharmacy* 2014; 20: 1.

3. Salmon P, Young B. Creativity in Clinical Communication: from Communication Skills to Skilled Communication. *Medical Education* 2011; 45: 217–226.
4. Vanya M, Desai P, Clifford S, Howard K, Lisle TC, Sapra S.

Understanding Patient Adherence to Prophylactic Migraine Medications. *Neurology* 2016; 86: 1.174.

5. Vráblík M. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicina pro praxi* 2013; 10: 11–12.
6. WHO, 2003: dostupné z: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en.