

SODELOVANJE PRI ZDRAVLJENJU: CELOSTNA OBRAVNAVA PSIHIATRIČNEGA PACIENTA

ADHERENCE TO DRUG TREATMENT: HOLISTIC APPROACH TO THE PSYCHIATRIC PATIENT

AVTOR / AUTHOR:

izr. prof. dr. Vesna Švab, dr. med., spec.

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: vesna.svab@mf.uni-lj.si

POVZETEK

Opisani so nekateri razlogi za slabo ali dobro sodelovanje pri zdravljenju s psihiatričnimi zdravili in mnenja pacientov o pogostosti in teži neželenih učinkov teh zdravil. Opisana so načela obravnave, ki je povezana z izboljševanjem sodelovanja pri zdravljenju ter temeljna terapevtska izhodišča.

KLJUČNE BESEDE:

sodelovanje pri zdravljenju z zdravili, shizofrenija, mnenja pacientov, kakovost življenja.

POVZETEK

Adherence to treatment with psychopharmacologic drugs are highlighted, as well as main methods for improving adherence and patient satisfaction with drug treatment and basic therapeutic principles.

KLJUČNE BESEDE:

Adherence to drug treatment, schizophrenia, patient preferences, quality of life.

1 UVOD

Vzdrževalno zdravljenje s psihiatričnimi zdravili bistveno zmanjša ponovitve bolezni pri pacientih s shizofrenijo. Zato je veliko truda pri kliničnem delu usmerjenega prav v izboljšanje sodelovanja pri zdravljenju teh pacientov. Po drugi strani pa je dokazano tudi, da do ponovitve bolezni prihaja tudi ob rednem prejemanju psihiatričnih zdravil pri tretjini ali več pacientih v prvem letu po začetku bolezni. Približno polovica pacientov s shizofrenijo ne sledi v celoti navodilom o zdravljenju. To je privedlo do zanimanja za vpliv psihosocialnih dejavnikov na potek shizofrenije. Številni ljudje na sploh in tudi psihiatrični pacienti ne uporabljajo z dokazi podprtih metod zdravljenja, tudi če so te dostopne. Poglavitni razlog so neželeni učinki zdravil, ki jih ameriški avtorji predstavljajo po pogostosti na podlagi rezultatov velike nacionalne raziskave (1).

Najpogostejši razlogi, da pacienti opuščajo terapijo so po njihovem mnenju neželeni učinki, o katerih jih poroča 86%. Prevladujejo ekstrapiramidni simptomi/agitacija, sedacija/kognitivne motnje, prolaktinemija/endokrine motnje ter

metabolne motnje. Pacienti poročajo tudi, da jemanje antipsihotikov vpliva na njihov izgled. Poročajo o povečanju telesne teže, suhih ustih, zadahu, katarktah, hirzutizmu in spremembah glasu. Pojavijo se lahko tiki, spazmi in inkontinenca (2). Seveda pa na jemanje ali ne-jemanje zdravil vplivajo tudi drugi dejavniki, med njimi osebnostni, življenske okoliščine in odnos med pacientom in terapevtom (3). Sodelovanje pri zdravljenju (tudi z zdravili) na primer močno zmanjša sprejem v bolnico proti pacientovi volji (4). Izkazalo se je, da je izbira med zdravljenjem ali nezdravljenjem predvsem odvisna od celotnega konteksta vsakdanjega življenja in potreb, ki jih imajo pacienti (5). Pacienti torej predvsem presojajo kako zdravila vplivajo na kakovost njihovega vsakdanjega življenja. To so delo, družinski stiki, socialni stiki, spolnost, psrtnerstvo, skrb za otroke, skrb za gospodinjstvo in podobno. Povezava med kakovostjo življenja in boleznijo je obojestranska. Shizofrenija vpliva na kakovost življenja, kar je očitno, vendar je tudi kakovost življenja eden izmed napovedovalcev poteka bolezni (6). Človek, ki živi s shizofrenijo v urejenih družinskih, socialnih odnosih in dela v stabilnem in urejenem delovnem okolju ima boljše možnosti za okrevanje in za manj ponovitev bolezni, kot ljudje ki živijo v nestabilnih in slabo kakovostnih okoljih. Neželeni učinki zdravil vplivajo na sposobnost za delo in opravljanje vsakdanjih življenjskih opravil (7).

Eden izmed pomembnih razlogov za opuščanje zdravil je upad čustvenega doživljanja (8). Ne drži torej enostavno, da pacienti čustveno plitvijo, zaradi poteka bolezni, ki pri njih povzroča negativno simptomatiko, temveč gre za kompleksen in obojestranski vpliv bolezni in zdravil, ki je za paciente zelo pomemben in ima pomembne, za ljudi bistvene implikacije, ki so v raziskovalnem in kliničnem delu pogosto zanemarjene. Skandinavska študija je pokazala, da so pri pacientih s shizofrenijo, ki ne jemljejo zdravil redno, eksekutivne funkcije, verbalno učenje, spomin in IQ celo boljši, kot pri pacientih, ki pri zdravljenju dobro sodelujejo, kar pa ne velja za skupno z bipolarno motnjo (9), kar kaže vsaj to, da kognitivna disfunkcija ni razlog za slabo sodelovanje pri zdravljenju, kot smo menili.

Pomanjkanje uvida, pričakovanje ozdravitve, ne pa dolgotrajnega zdravljenja, zloraba substanc, stigma in nezadovoljstvo z odnosom strokovnih delavcev, so razlogi, ki dodatno pripomorejo k nesodelovanju (10).

Na sodelovanje pri zdravljenju je dokazano povezano tudi s samospoštovanjem in samostigmatizacijo (11,12) ter z družinskimi odnosi in vplivi (13).

2 TERAPEVTSKE IMPLIKACIJE

Če želimo vplivati na boljše sodelovanje pacientov pri zdravljenju moramo upoštevati njihova mnenja in to, kako po njihovem mnenju zdravila vplivajo na njihovo življenje. Pacienti so sporočili, da potrebujejo več informacij o njihovih zdravilih, boljše čustveno podporo, dostop do psiholoških terapij in stabilne odnose s strokovnimi delavci (5). Na sodelovanje pri zdravljenju lahko vplivamo z individualiziranimi vedenjskimi pristopi, s katerimi identificiramo osebne življenske cilje pacienta. Te je treba povezati s pozitivnimi učinki zdravil na funkcioniranje, kakovostjo življenja in z življenjskimi cilji (3). Uporabljati je potrebno psihoedukacijo, ki je dokazano uspešna metoda (14) in nepogrešljiv sestavni del zdravljenja shizofrenije (15).

V psihoedukacijskih programih se pacienti in njihovi svoji poučijo o bolezni, njenih vzrokih, posledicah, zdravljenju, neželenih učinkih zdravil, učinkovitosti drugih terapevtskih tehnik in o možnostih za rehabilitacijo. V psihoedukaciji uporabljamo tudi kognitivno vedenjske ukrepe, ki dokazano zmanjšajo pozitivne simptome, funkcioniranje, in motivacijo za zdravljenje predvsem pri pacientih, ki slabo funkcionirajo (16). Te programe so v Sloveniji začeli izvajati že v 2005 in so del rutinske prakse v nekaterih bolnicah in nevladnih organizacijah (17).

Učinkoviti terapevtski ukrepi, ki omogočajo izboljšanje stanja in hitreše okrevanje so torej kognitivno vedenjske psihoterapevtske tehnike, psihoedukacija, družinske intervencije, ki zmanjšujejo stres in čustveno zavzetost v družini, učenje socialnih veščin in kognitivna remediacija, ki izboljšuje kognitivne sposobnosti (18).

Predvsem pa je potrebno sodelovati s pacienti na način, da bodo lahko samostojno dosegli svoje življenske cilje, ki so jih sprejeli na podlagi razumskih odločitev med katerimi je lahko tudi odločitev za zdravljenje bolezni. Takšne odločitve so lahko le posledica sprejemanja bolezni, njenih posledic in lastne odgovornosti. Ljudje z duševnimi boleznimi so tako kot drugi ljudje, sposobni sprejemati pomembne odločitve, kot je to poudarjeno v mednarodnih dokumentih in dokumentih rehabilitacijskih združenj (19).



3 ZAKLJUČEK

Pacienti s shizofrenijo trpijo zaradi neželenih učinkov zdravil, ki jih ovirajo pri njihovem vsakdanjem in poklicnem življenju. Poleg tega psihotropna zdravila spreminjajo posameznikovo psihično stanje, ki je bistveno povezano z občutkom samospoštovanja in identitete v celoti. Odločitev, da bodo jemali zdravila kljub težavam, ki jih povzročajo, je navadno rezultat potrebe, da bi povečali nadzor nad življenjem in izboljšali njegovo kakovost glede medosebnih odnosov, dela in drugega, ter zaključek dolgotrajnega in kompleksnega procesa odločanja. Pomoč pri tem procesu pa lahko nudimo le, če dosežemo pacientovo participacijo v terapevtskem procesu ter delujemo tako, da skušamo zmanjšati stigmatizacijo in samostigmatizacijo.

4 LITERATURA

- Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2012;12:20. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/20>. Dostopano: 1.1.2014
- Seeman MV. Antipsychotics and physical attractiveness. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2011;5(3):142-146.
- Heinssen RK. Improving Medication Compliance of a Patient With Schizophrenia Through Collaborative Behavioral Therapy. *Psychiatric Services* 2002; 53 (3): 255-7.
- Ghaemi SN, Pope HG. Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 1994 2(1):22-33.
- Gibson S, Brand SL, Burt S, Boden ZV, Benson O. Understanding treatment non-adherence in schizophrenia and bipolar disorder: a survey of what service users do and why. *BMC Psychiatry* 2013:153. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695802/> Dostopano: 1.1. 2014.
- Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M. *BMC Psychiatry*. Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3544732/?report=reader> Dostopano: 1.1. 2014.
- Novak L & Švab V. Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results. *Psychiatria Danubina* 2009; 21 (1): 99–102.
- Fischel T, Krivoy A, Kotlarov M, Zemishlany Z, Loebstein O, Jacoby H, Weizman A. The interaction of subjective experience and attitudes towards specific antipsychotic-related adverse effects in schizophrenia patients. *Eur Psychiatry* 2013; 28(6): 340-3.
- Jónsdóttir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, Simonsen C, Engh JA, Ringen PA, Vaskinn A, Friis S, Sundet K, Andreassen OA. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127(1): 23-33.
- Teferri S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC Psychiatry*. 2013;17; 13:168. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686587/?report=classic> . Dostopano: 1.1. 2014.
- Cavelti M, Kvirgic S, Beck EM, Rüschi N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53(5): 468-79.
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12): 2150-61.
- Kocmur M. Psychotherapeutic approaches in the treatment of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett*. 2007;28 (1): 135-45.
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(6) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004189/?report=classic> . Dostopano: 5.1. 2014.
- Motlová L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. 2000;33 (I): 47-8.
- Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(2): 121-7.
- Winkler A. Izobraževanje bolnikov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter njihovih svojcev. V: Švab, V. (ur). *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: ŠENT 2004: 32–6.
- Chien WT, Yip AL. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9: 1311-32.
- Corrigan PW, Angell B, Davidson L, Marcus SC, Salzer MS, Kottsieper P, Larson JE, Mahoney CA, O'Connell MJ, Stanhope V. From Adherence to Self-Determination: Evolution of a Treatment Paradigm for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Services* 2012; <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=477589> Dostopano: 5.1. 2014.