

Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja



¹ Slađana Štrkalj Ivezić

² Lana Mužinić

³ Marijo Vrdoljak

¹ Klinika za psihijatriju Vrapče

² Klinika za psihijatriju Klinička bolnica Dubrava

³ Dom za psihički bolesne osobe, Zagreb

Sažetak



Rad prikazuje različite faktore koji utječu na suradljivost uzimanja antipsihotika s ciljem sveobuhvatnog sagledavanja suradljivosti u uzimanju lijekova osoba oboljelih od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. Pregled literature o suradljivosti pokazuje da su najkonzistentniji faktori povezani s nesuradljivošću nedostatak dobrog terapijskog odnosa s pacijentom i nedostatak uvida u postojanje bolesti, stoga bi vodeće strategije u postupanju sa suradljivošću trebale biti psihosocijalne. Premda su se mnogi pristupi, poput psihoedukacije i motivacijskog intervjuiranja, pokazali korisnima za povećanje suradljivosti, uključujući i terapiju suradljivosti, ne može se zaključiti da je bilo koji pristup bolji. Balansirani pristup psihološkim metodama koje uključuju elemente psihoedukacije, motivacijskog intervjuiranja, stvaranja odnosa povjerenja, aktivno uključivanje u donošenje odluka o liječenju, orijentaciju prema osnaživanju i oporavku, točne informacije o bolesti i liječenju povezane s kontekstom osobnog života pacijenta i perspektivom oporavka te borbu protiv stigme i samostigmatizacije put je koji će pomoći da većina nesuradljivih bolesnika postane suradljiva i da suradljivi ostanu suradljivi.

Glavne riječi: psihoedukacija, suradljivost, antipsihotici

Datum primitka: 01.07.2015.

Datum prihvatanja: 08.09.2015.

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezić, dr. med

Klinika za psihijatriju Vrapče

Bolnička cesta 32, 10 000 Zagreb, Hrvatska

Tel.: 099 227 3390

E-pošta: sladjana.strkalj-ivezic@zg.t-com.hr

Uvod



Psihofarmakološka terapija smatra se nezaobilaznom u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. Liječenje antipsihoticima utječe na smanjenje težine simptoma¹, povlačenje simptoma bolesti² te smanjivanje rizika za pojavu ponovne epizode bolesti, kao i potrebe za hospitalizacijom. Nesuradljivost u uzimanju lijekova povezana je s povećanim rizikom od ponovne pojave bolesti i hospitalizacije te suicidalnim pokušajima³. Posljedice nesuradljivosti dovode do negativnih socijalnih i ekonomskih utjecaja, kako za pacijenta, članove obitelji i službe za mentalno zdravlje tako i za društvo u cjelini⁴. Premda je efikasnost antipsihotika u liječenju oboljelih od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja dokazana u brojnim istraživanjima⁵ te u kliničkoj praksi, odbijanje i prijevremeni

prekid lijekova bez konzultacije s liječnicima česta je pojava i barijera učinkovitom liječenju^{6,7}. Procjenjuje se da najmanje 50 %⁸⁻¹⁰, a prema jednom od najcitiranijih radova iz ovog područja i 58 %¹¹ oboljelih osoba od psihotičnih poremećaja ne prihvaća terapiju ili je ne uzima kako je propisana. Stupanj nesuradljivosti raste tijekom vremena¹², tako da se može očekivati da će oko 80 % oboljelih od shizofrenije tijekom liječenja biti nesuradljivi¹³. Iako je dosta poznato o uzrocima nesuradljivosti i terapijskim pristupima koji povećavaju suradljivost, još uvijek nema efikasnog rješenja za ovaj problem. Suprotno očekivanjima, noviji atipični antipsihotici nisu riješili problem suradljivosti¹⁴, tako da je danas naglasak na traženju učinkovitih metoda rješavanja problema nesuradljivosti na temelju individualnog pristupa.

Što je suradljivost?

Suradljivost se definira kao ponašanje pacijenta koje je u skladu s preporukama liječnika¹⁵, a kada je riječ o lijekovima, suradljivost je stupanj do kojeg se pacijent pridržava uzimanja lijekova prema preporukama liječnika koji je lijekove propisao. U stručnoj literaturi na engleskom jeziku susreću se tri termina koja označavaju suradljivost u uzimanju lijekova; *compliance* (hrv. pristajanje, udovoljavanje, pokoravanje)¹⁶, *adherence* (prisanjanje, pristajanje, slijeđenje)¹⁶ i *concordance* (suglasnost, podudaranje)¹⁶. Iako se sva tri termina označavaju kao *suradljivost*, nisu sinonimi, nego riječi sličnog značenja. U novije se vrijeme upotrebljava engleski izraz *adherence* kao najšire prihvaćen. Do promjene je došlo zbog različitog značenja navedenih riječi u engleskom jeziku. Izraz *adherence* (engl.) široko je prihvaćen u duhu partnerskog odnosa s pacijentom da bi se označilo aktivno sudjelovanje oboljelog u liječenju, gdje je uzimanje lijekova izbor pacijenta, čemu se teži u suvremenoj psihijatriji, u odnosu na *compliance* (engl.), koji više označava poslušnost, paternalistički odnos s pacijentom. Suvremena psihijatrija nastoji ograničiti paternalizam u pristupu samo onim pacijentima kod kojih je to u njihovu interesu, npr. pacijenti koji zbog bolesti imaju poteškoća da donesu odluku, a to je manji broj pacijenata, za razliku od većine pacijenata s kojima je potrebno uspostaviti dogovor o liječenju koji mora biti rezultat zajedničke odluke pacijenta i liječnika. Ima i mišljenja da postoji razlika između termina *adherence* i *concordance* na način da su to dva različita termina u kojem se *adhe-*

rence odnosi na ponašanje, a *concordance* na proces konzultacije između pacijenta i liječnika u kojem se liječnik i pacijent slažu o izboru liječenja¹⁷. Postoji slaganje o tome da odluka o liječenju mora biti donesena u dogovoru s pacijentom nakon informiranog pristanka, kada pacijent dobije dovoljno informacija na temelju kojih bi trebao donijeti odluku, a one uključuju informacije o korisnosti liječenja i posljedicama koje bi eventualno mogle nastupiti.

Uzroci nesuradljivosti

Brojni se faktori povezuju s nesuradljivošću u uzimanju lijekova^{3, 18, 19}. Mnogi pacijenti namjerno prekidaju liječenje kao dio vlastite odluke. To se odnosi na one koji aktualno nemaju simptoma bolesti, bolje se osjećaju, žele se sami liječiti, nemaju povjerenja u liječnika i nemaju dovoljno medicinskih informacija²⁰. Premda su izbor lijeka, njegova učinkovitost i nuspojave važni za suradljivost u liječenju, to nisu vodeći faktori koji utječu na suradljivost. Prednjače psihološki faktori, od kojih se terapijski odnos pokazao najboljim prediktorom suradljivosti, zatim slijede uvid i vjerovanja o bolesti i liječenju, a tek nakon njih drugi faktori poput nuspojava lijeka.

Uvid u bolest, vjerovanja o bolesti i korist od liječenja

Poznato je da veliki broj oboljelih od shizofrenije negira da su bolesni i da im je liječenje potrebno. Negiranje bolesti ili nedostatak uvida te neintegracija bolesti i liječenja u život često su glavni razlozi nesuradljivosti. Brojni razlozi pridonose negiranju bolesti, a povezani su s različitim faktorima ličnosti, odnosom sa službama liječenja i neadekvatnim i/ili nedovoljnim informacijama o bolesti i liječenju. Pобољшanje odnosa s terapeutima, psihološki postupci i informiranje pacijenata sigurno bi mogli pomoći da se poveća razumijevanje i prihvaćanje bolesti. Mnogi pacijenti nisu informirani o svojoj bolesti i liječenju, npr. mnogi ne znaju zašto uzimaju lijekove²¹. Pacijentovo je razumijevanje vlastitog stanja u pozi-

tivnoj korelaciji sa suradljivošću. Tako će pacijenti koji razumiju zašto moraju uzimati lijek biti više suradljivi²². Stoga bi adekvatne informacije o bolesti mogle nekim pacijentima pomoći da postanu ili ostanu suradljivi.

Uviđanje koristi od liječenja uvelike ovisi o uvidu pacijenta da postoji bolest. Smatra se da je uvid u bolest jedan od najčešćih prediktora suradljivosti u liječenju^{18, 23}. Vjeronja o zdravlju važna su za suradljivost i važno je da pacijent vjeruje u korisnost liječenja²⁴. Vjeronja da će lijek izazvati ovisnost negativno djeluju na suradljivost²⁵. Vjeronja pacijenta i vjeronja liječnika o zdravlju i bolesti mogu biti posve različita te to treba uzeti u obzir. Vjeronje u korisnost antipsihotika dosta ovisi o informacijama o bolesti koje pacijent ima i vjeronju o utjecaju liječenja na simptome njegove bolesti²³. Nažalost, mnogi pacijenti napuštaju bolnicu a da im nije jasno zbog čega moraju uzimati lijekove, mnogi krivo razumiju kako bi trebali uzimati lijek, npr. po potrebi²⁶. Uvid u bolest povezan je sa stavovima o zdravlju i bolesti te s informacijama o bolesti. Očekuje se da bi povećanje uvida moglo dovesti do bolje suradljivosti, stoga treba razmisliti o informacijama o bolesti i o stavovima koje bolesnik ima prema bolesti, koji se mogu značajno razlikovati od stavova liječnika. Rad u cilju povećanja uvida mora biti vrlo pažljiv, važno je znati da je stjecanje uvida postupan psihološki proces na kojem je potrebno raditi. Prednost treba dati postizanju odnosa povjerenja prije nego što se počne raditi na uvidu. Potreban je oprez, jer je riječ o psihološki osjetljivom procesu u kojem pacijent postupno mijenja svoje stavove, a ima i svoje reakcije za koje je potrebno vrijeme da se obrade. Kod jednog broja pacijenata liječnik mora biti spreman na to da može doći do pojave depresije kod pacijenta nakon stjecanja uvida²⁷. Informacije o bolesti moraju se uvijek dati u kontekstu nade i oporavka. Doživljaj ponavljane korisnosti od svakodnevnog uzimanja lijeka povezan je i s boljom suradljivošću²⁸. Navedeno saznanje možemo iskoristiti u praksi na način da znamo da je uzimanje lijeka proces i da je potrebno vrijeme da se pacijent sam uvjeri da lijek djeluje. Isto je tako i mijenjanje stavova o bolesti postupan proces, stoga nije potrebno inzistirati na tome da pacijent prihvati naše stavove pod svaku cijenu, nego mu treba omogućiti proces ispitivanja vlastitih stavova i ambivalencije prema liječenju. U ovom procesu treba odrediti vrijeme koje je potrebno da pacijent postigne pozitivne stavove prema liječenju i doživi pozitivno iskustvo korisnosti lijekova. Nefleksibilan odnos liječnika koji inzistira na prihvaćanju njegova modela bolesti neće pomoći u ovom procesu, dapače, bit će prepreka i izgubljena prilika za stvaranje suradljivosti. S druge strane, moramo znati da uvid nije

nužan da bi pacijent uzimao lijek; primjerice, kod nekih suradljivih pacijenata u uzimanju antipsihotika nije pronađen uvid²⁹. Mnogi pacijenti uzimaju lijek samo zato što im je tako rečeno³⁰. Ovo ne znači da moramo odustati od tumačenja informacija pacijentu na način koji je u njegovu interesu, od njegove aktivne uloge u liječenju i rada na izgradnji terapijskog saveza.

Terapijski odnos i suradljivost

Kvaliteta terapijskog odnosa jedan je od najčešćih faktora koji se povezuju sa suradljivošću^{12, 31, 32} i predstavlja najkonzistentniji faktor povezan sa suradljivošću u mnogim istraživanjima¹². Zadovoljstvo pacijenta odnosom liječnik-pacijent dovodi do povećane spremnosti na prihvaćanje savjeta liječnika neovisno o stupnju uvida u bolest. U odnosu liječnik-pacijent potrebno je raditi na terapijskom savezu, zajedničkom radu prema dogovorenom cilju koji potiče aktivnost pacijenta i stavlja ga u ulogu odgovornoga za svoje liječenje. Odluka o uzimanju lijeka mora biti izbor pacijenta u dogovoru s liječnikom na temelju dovoljno informacija o bolesti i korisnosti predloženog liječenja, kao i negativnosti koje bi mogle nastati. Važan je zajednički dogovor o sudjelovanju pacijenta u liječenju. Nažalost, ova dobra prilika za poboljšanje suradljivosti često nije iskorištena jer su osobe sa shizofrenijom rijetko uključene u donošenje odluka o svojem liječenju, a vrlo im često nije rečeno koja je njihova dijagnoza³³ niti su dobile dovoljno informacija o bolesti i liječenju da bi mogle donijeti odluku. Nije neobično da se osoba optužuje za prekid terapije, a kod pacijenta koji ne slijede savjete liječnika češće će biti narušeni terapijski proces. Značajan broj pacijenata ne govori liječniku da su prestali uzimati lijek jer se boje odbacivanja ili im je neugodno razgovarati o nuspojavama kao što su dobivanje na težini ili seksualne nuspojave. Terapijski je savez u smislu dogovora o ciljevima liječenja put prema kojem je potrebno ići. Zbog različitih psiholoških poteškoća u ostvarenju odnosa povjerenja koji može imati osoba oboljela od shizofrenije i drugih poremećaja s psihozom ovaj proces može biti usporen, ali od njega nikada ne treba odustati, s obzirom na to da se u brojnim istraživanjima pokazuje da je ostvarivanje odnosa povjerenja između liječnika i pacijenta jedan od najkonzistentnijih prediktora ishoda liječenja bez obzira na postupke koji se primijenju³².

Nuspojave lijeka i suradljivost

Ekstrapiramidni simptomi najčešće se navode kao razlog prekida uzimanja antipsihotika³⁴. Akineza i akatizija povezane su s izrazitom subjektivnom nelagodnom i negativnim odgovorom na uzimanje antipsihotika^{35,36}. Nuspojave liječenja poput sedacije, porasta težine, seksualne disfunkcije i različitih simptoma povezanih s porastom prolaktina poput galaktoreje i neregularnosti menstrualnog ciklusa također su povezane s nesuradljivošću³⁷. Kada pacijent percipira nuspojave kao netolerirajuće, to će obično dovesti do loše suradljivosti³⁸. S druge strane, pacijent će nastaviti s uzimanjem lijeka usprkos neugodnim nuspojavama ako doživljava da korist od lijeka nadilazi loše strane lijeka, u ovom slučaju nuspojave³⁹. Nuspojave su važne za kvalitetu života i potrebno je osigurati liječenje bez nuspojava ili s minimalnim nuspojavama kada ih nije moguće izbjeći, odnosno potrebno je paziti na to da nuspojave značajno ne remete kvalitetu života niti da pridonose stigmati. Premda su nuspojave važne i jedan od razloga nesuradljivosti, nisu se pokazale kao glavni razlog nesuradljivosti⁴⁰. Za neke je pacijente prisutnost nuspojava značila da lijek djeluje i zbog toga su imali bolju suradljivost⁴¹, što govori u prilog terapijskom savezu kao zaštitnom faktoru suradljivosti.

Prva i druga generacija antipsihotika

Dolazak na tržište antipsihotika druge generacije probudilo je nadu da će zbog smanjivanja ekstrapiramidnih nuspojava doći do povećanja suradljivosti¹³. Nažalost, to se očekivanje nije ostvarilo⁴²⁻⁴⁵. Od atipičnih se antipsihotika jedino klopazin pokazao uspješnim u povećanju suradljivosti, najvjerojatnije zbog toga što se primjenjuje kod terapijske rezistencije na druge lijekove pa se sada korisnost i šteta od uzimanja lijeka promatraju na drugi način, s većom tolerancijom nuspojava. Izbor lijeka vrlo je važan da se izbjegniju nuspojave te poboljšaju neki simptomi poput nesanice, tjeskobe i depresije, što može potaknuti suradljivost⁴⁶.

Drugi faktori povezani s nesuradljivošću

Prisutnost ozbiljnih psihotičnih simptoma bolesti i loš odgovor na primijenjeno liječenje povezani su s nesuradljivošću, odnosno s kvalitetom zadovoljavajućega terapijskog saveza^{31, 47}. Komorbiditet shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja sa zlouporabom psihoaktivnih tvari također loše djeluje na suradljivost¹⁹, kao i kognitivna oštećenja, osobito u izvršnim funkcijama²³. Drugi faktori uključuju način organizacije zdravstvene službe, tako se npr. asertivno liječenje u zajednici povezano s liječenjem u kući pokazalo uspješnim u povećanju suradljivosti⁴⁸. Neadekvatan plan otpusta povezan je s nesuradljivošću. Pozitivni stavovi obitelji prema bolesti²³ i liječenju povećavaju suradljivost, a neugoda povezana sa stigmom liječenja i lijekova smanjuje suradljivost⁴⁹.

Metaanaliza faktora povezanih sa suradljivošću¹⁸ pokazala je da sljedeći faktori nisu konzistentni faktori suradljivosti: demografski podatci i faktori povezani sa psihičkom bolešću: dob, spol, etnicitet, bračni status, obrazovanje, neurokognitivna oštećenja, težina psihotičnih simptoma, tip lijeka, ozbiljnost nuspojava, visoke doze antipsihotika, prisutnost simptoma raspoloženja, način primjene lijeka i uključenost obitelji. Najkonzistentniji je faktor povezan sa suradljivošću dobar terapijski odnos.

Postupci za povećanje suradljivosti

Postupci za povećanje suradljivosti uključuju psihosocijalne postupke, organizirane programe poput asertivnog *case managementa* i farmakološke postupke. Ovdje se opisuju psihološki i psihosocijalni postupci koji mogu poboljšati suradljivost. Psihosocijalni postupci uključuju psihoedukaciju, terapiju suradljivosti i kognitivno-bihevioralnu terapiju⁵⁰⁻⁵⁴. Mada su se mnogi postupci, poput psihoedukacije, motivacijskog intervjuiranja i kognitivno bihevioralne terapije⁵⁵, pokazali korisnima u povećavanju suradljivosti, nijedna metoda nije bila u prednosti. Psihoedukacijom se pacijent i članovi obitelji osnažuju u razumijevanju i što uspješnijem prihvaćanju bolesti i nošenju s njom⁵⁶. Kognitivno-bihevioralna terapija pomaže u boljem nošenju pacijenta sa simptomima te s disfunkcionalnim emocionalnim reakcijama i ponašanjem koje proizlazi iz

postojanja psihotičnih simptoma, boljem testiranju realiteta te razvoju povjerenja⁵⁷. Terapija suradljivosti mora biti uključena u cjelovito liječenje i ne može biti posebno izdvojena. Postupci moraju uključiti rad na prihvaćanju bolesti, povlačenje analognih situacija s kroničnom tjelesnom bolešću i uključivanje pacijenta u donošenje odluke. Liječnik ne smije imati osuđujući stav, mora ohrabriti pacijenta da razgovara o neuzimanju lijekova i anticipirati da je za poboljšanje suradljivosti potrebno vrijeme⁴⁶.

Terapiju suradljivosti (engl. *adherence therapy*) prvi je počeo razvijati Kemp sa suradnicima^{58,59}. Cilj je ove terapije promjena stavova prema uzimanju lijekova, što je za pretpostavku imalo poboljšanje kliničkog stanja i prevenciju recidiva bolesti^{58,59}. Terapija suradljivosti označena je kao kratki terapijski postupak koji se koristi tehnikom motivacijskog intervjuiranja^{60,61}, psihoedukacijom i kognitivnom terapijom^{58,62}. Obično se sastoji od tri do četiri seanse u trajanju od 30 do 60 minuta, a primjenjuje se kao pristup kroz nekoliko faza, što se odnosi na: 1. uvid u povijest bolesti i medikamentoznu terapiju, 2. istraživanje ambivalencije prema liječenju, terapiji održavanja i stigmati te 3. provođenje tehnike rješavanja problema u odnosu na uzimanje lijekova kako bi se uspostavio pozitivan stav prema uzimanju lijekova. Premda je terapija suradljivosti probudila velike nade za uspješno rješavanje problema suradljivosti, analizom različitih istraživanja koja su provjeravala učinkovitost terapije suradljivosti došlo se do zaključka da postoje vrlo ograničeni i nekonzistentni dokazi da terapija suradljivosti dovodi do promjene stavova prema lijekovima te ima utjecaja na simptome i na prevenciju recidiva bolesti i hospitalizacije, stoga se ne preporučuje kao posebna vrsta terapije prema smjernicama NICE-a (*National Institute for Health and Care Excellence*)⁴⁶. Preporučuje se kombinacija različitih psiholoških pristupa, uključujući navedene, u individualni plan liječenja.

Za razvoj terapijskog odnosa povjerenja potrebno je postojanje obostranog povjerenja između pacijenta i liječnika, uz postojanje obostranog poštovanja i zajedničko donošenje odluka povezanih s terapijskim procesom⁶³. Uz to, značajni su čimbenici u razvoju odnosa povjerenja adekvatna i učinkovita komunikacija, osjetljivost na eventualne kulturalne specifičnosti i odsutnost prisile u odnosu⁶⁴. Za razvoj odnosa suradnje između osoblja i pacijenta važno je da se osoblju može pristupiti, da je osoblje neosuđujuće, uključeno, empatično i da poštuje klijentove želje i potrebe⁶⁴.

Psihosocijalni postupci ne djeluju izolirano, dio su nekog plana ili programa liječenja i stoga ih je potrebno primjenjivati prema individualnom planu liječenja i često ih kombinirati. Kada govorimo o psihoedukaciji, postavlja se pitanje kakva je psihoedukacija učinkovita u poboljša-

nju suradljivosti. Prema ranije navedenome o faktorima koji povećavaju suradljivost, psihoedukacija bi se trebala koristiti terapijskom efikasnošću terapijskog saveza, postupnošću stvaranja uvida i razumijevanja svoje bolesti, edukativnim elementima – informacijama o bolesti i liječenju te psihoterapijskim elementima.

U Centru za rehabilitaciju u zajednici Klinike za psihijatriju Vrapče^{65,66} primjenjuju se sljedeći principi psihoedukacije koji su prema našem iskustvu pomogli mnogim pacijentima da povećaju suradljivost u uzimanju lijekova, a rad na suradljivosti jedna je od tema koja se obrađuje u programu rehabilitacije. Edukacija o bolesti⁶⁷ uključuje elemente edukacije i psihoterapije. Riječ je o procesu kroz koji pacijent razumije sve više o psihičkoj bolesti, njezinim simptomima, liječenju i prevenciji recidiva. Cilj je „osnaživanje“ – da pacijent doživljava da je u poziciji da utječe na svoju situaciju, umjesto da ima osjećaj da je prepušten na milost i nemilost bolesti. Može se provoditi individualno i grupno. Pri grupnoj edukaciji pomaže učenje preko iskustva drugih. Pacijent je ekspert putem svojeg vlastitog iskustva, a dijeljenje iskustva u grupi može imati veliki terapijski učinak.

Edukacija o bolesti u sklopu upoznavanja sa simptomima bolesti obuhvaća i plan sprječavanja povrata bolesti, koji uključuje prepoznavanje ranih simptoma bolesti, stresnih okolnosti te ranih postupaka primjene lijekova i psihosocijalnih metoda kako bi se spriječio razvoj epizode bolesti ili značajno pogoršanje kliničkog stanja. Odvija se u atmosferi povjerenja, nade i oporavka, što pomaže oboljelima da prihvate liječenje i u njemu aktivno sudjeluju. Važno ju je pružiti i članovima obitelji oboljelih od shizofrenije⁶⁶, što se u sklopu programa provodi u više grupa članova obitelji.

Sve se informacije o bolesti iznose u kontekstu liječenja i oporavka. S psihoedukacijom je potrebno započeti što ranije, a uvijek nakon akutne faze liječenja, u cilju prevenciranja sljedeće epizode bolesti. Većina oboljelih prihvaća psihobiosocijalni model bolesti i teoriju preosjetljivosti na stres, kao i koncepcije protektivnih i rizičnih faktora. Znanje o vlastitoj bolesti te o protektivnim i rizičnim faktorima osnovna je polaznica programa prevencije recidiva bolesti. U psihosocijalnom je postupku psihoedukacije s pacijentom potrebno prodiskutirati o individualnim rizičnim i protektivnim faktorima, prepoznavanju ranih simptoma bolesti i o tome što poduzeti kada se pojave rani simptomi bolesti. Uglavnom je riječ o sljedećim aspektima: smanjenje biološke vulnerabilnosti (adekvatna farmakološka terapija i suradljivost u uzimanju lijekova), smanjenje negativnog utjecaja stresa, plan povećavanja sposobnosti i vještina potrebnih za samostalan život i rad (rehabilitacija), porast samopouzdanja, otklanjanje samostigmatiza-

cije, bolje nošenje sa stigmom i diskriminacijom, traženje podrške (psihoterapija i rehabilitacija) i rano prepoznavanje simptoma pogoršanja. Pacijente treba potaknuti da identificiraju i njeguju protektivne faktore, a izbjegavaju ponašanja povezana s rizičnim faktorima. Protektivni faktori koji čuvaju od pogoršanja uključuju uzimanje lijekova, izbjegavanje alkohola i droga, uredan san, izbjegavanje nepotrebnog stresa, ovladavanje vještinom uspješnijeg svladavanja stresa, razvoj samopouzdanja, podršku prijatelja i obitelji, vještine svladavanja problema rješavanja svakodnevnih teškoća, zdrave stilove življenja i razumijevanje bolesti u kontekstu vlastitog života. Psihoedukacija obuhvaća i rad povezan sa stigmom i diskriminacijom te uključuje učinkovite strategije u borbi protiv samostigmatizacije, stigmatizacije i diskriminacije. Stigma ponekad može biti veća prepreka u izlječenju od same bolesti, stoga je važno identificirati stavove i iskustva povezane sa stigmom i pomoći pacijentu da stigma ne utječe negativno na njegov život. Odnos stigme i lijekova također se obrađuje. Dakle riječ je o postupku koji kombinacijom informacija o bolesti stavljenih u kontekst vlastitog života, rizičnih i preventivnih faktora te psihološkog razumijevanja bolesti postupno dovodi do uvida i osnažuje pojedince da se konstruktivnije nose s bolešću i njezinim posljedicama.

Zaključak

Premda su otkriveni brojni faktori koji pridonose nesuradljivosti u uzimanju antipsihotika i predložene metode, nesuradljivost je i dalje veliki problem. Izbor lijeka i nuspojave utječu na nesuradljivost i mogu dovesti do nesuradljivosti inače suradljivih bolesnika, ali nisu vodeći razlozi nesuradljivosti. Među vodećim razlozima nesuradljivosti ističu se poteškoće u stvaranju i održavanju terapijskog odnosa liječnik-pacijent i nepostojanje uvida u bolest, stoga psihosocijalni postupci postaju vodeći postupci za povećanje suradljivosti. Liječenje osoba oboljelih od shizofrenije i drugih poremećaja sa psihozom složen je zadatak koji uključuje planiranje različitih postupaka. Balansirani pristup psihološkim metodama koje uključuju elemente psihoedukacije, motivacijskog intervjuiranja i stvaranja terapijskog odnosa povjerenja te aktivno uključivanje u donošenje odluka o liječenju, orijentaciju prema osnaživanju i oporavku, točne informacije o bolesti i liječenju u kontekstu oporavka i borbu protiv stigme i samostigmatizacije put je koji će pomoći da većina nesuradljivih bolesnika postane i ostane suradljiva u uzimanju antipsihotika koji su učinkovita sredstva u liječenju oboljelih od shizofrenije i poremećaja sa psihozom.

Literatura

1. Leo RJ, Regno P Del. Atypical Antipsychotic Use in the Treatment of Psychosis in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal Of Clinical Psychiatry*. 2000;2(6):194-204.
2. AlAqeel B, Margolese HC. Remission in schizophrenia: critical and systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2012;20(6):281-97.
3. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010;176(2-3):109-113.
4. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: Costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184:346-351.
5. Thornley B, Adams C. Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years. *BMJ*. 1998;317(7167):1181-1184.
6. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMJ, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-A review of the past decade. *European Psychiatry*. 2012;27(1):9-18.
7. Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;11(4):147-154.
8. Babiker IE. Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatric Developments*. 1986;4(4):329-337.
9. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1995;21(3):419-429.
10. Nosé M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183:197-206.
11. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*. 1998;49(2):196-201.
12. Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Huppert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2002;28(2):341-349.
13. Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital & community psychiatry*. 1990;41(11):1203-1211.
14. Young JL, Spitz RT, Hillbrand M, Daneri G. Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1999;27(3):426-444.

15. Haynes R, Sackett D, Taylor D, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1979.
16. Filipović R et al, Preradili Bujas Ž et al. *Englesko-Hrvatski Riječnik*. 21. izd. (Filipović R, ed.). Zagreb: Školska knjiga; 1995.
17. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*. 2002;(2):CD000011.
18. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste D V. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(10):892-909.
19. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*. 2000;51(2):216-222.
20. Piette JD, Heisler M, Krein S, Kerr EA. The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due to cost pressures. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(15):1749-1755.
21. Brown KW, Billcliff N, McCabe E. Informed consent to medication in long-term psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin*. 2001;25(4):132-134.
22. Daltroy L, Katz J, Morlino C, Al. E. Improving doctor patient communication. *Psychiatric Medicine*. 1991;2:31-5.
23. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(12):1121-1128.
24. Bebbington PE. The content and context of compliance. *International clinical psychopharmacology*. 1995;9 Suppl 5:41-50.
25. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry*. 1998;173:519-522. doi:10.1192/bjp.173.6.519.
26. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatric services*. 2004;55(8):886-891.
27. Staring ABP, Van Der Gaag M, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, Loonen AJ, Mulder CL. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(6):448-455.
28. Baby R, Gupta S, Sagar R. Attitudes and subjective reasons of medication compliance and noncompliance among outpatients with schizophrenia in India. *The Internet Journal of Epidemiology*. 2009;7(1).
29. Garavan J, Browne S, Gervin M, Lane A, Larkin C, O'Callaghan E. Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *Comprehensive Psychiatry*. 1998;39(4):215-219.
30. Gray R, Rofail D, Allen J, Newey T. A survey of patient satisfaction with and subjective experiences of treatment with antipsychotic medication. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(1):31-37.
31. Fenton WS, Blyler CR, Heinsen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*. 1997;23(4):637-651.
32. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*. 1990;47(3):228-236.
33. Baylé FJ, Chauchot F, Maurel M, Ledoriol AL, Gérard A, Pascal JC, Azorin JM, Olie JP, Löö H. Survey on the announcement of schizophrenia diagnosis in France. *L'Encephale*. 1999;25(6):603-611.
34. McCann T V., Boardman G, Clark E, Lu S. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15(8):622-629.
35. Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 1992;22(3):787-797.
36. Gervin M, Browne S, Garavan J, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Dysphoric subjective response to neuroleptics in schizophrenia: Relationship to extrapyramidal side effects and symptomatology. *European Psychiatry*. 1999;14(7):405-409.
37. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications. *CNS Drugs*. 2007;21(11):911-936.
38. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*. 1994;89 Suppl 3:11-15.
39. Gaszner P, Makkos Z. Clozapine maintenance therapy in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2004;28(3):465-469.
40. Tacchi M, Nendick J, Scott J. Patient choice and improving the uptake of long-acting injectable medication. In: Haddad P, Lambert T, Lauriello J, eds. *Antipsychotic Long-Acting Injections*. New York: Oxford University Press; 2011:185-208.
41. Irwin DS, Weitzel WD, Morgan DW. Phenothiazine intake and staff attitudes. *American Journal of Psychiatry*. 1971;127(12):1631-1635.
42. Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsall HR, Woods SW. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(3):354-360.
43. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents? *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(1):103-108.
44. Gianfrancesco FD, Rajagopalan K, Sajatovic M, Wang RH. Treatment adherence among patients with schizophrenia treated with atypical and typical antipsychotics. *Psychiatry Research*. 2006;144(2-3):177-189.

45. Menzin J, Boulanger L, Friedman M, Mackell J, Lloyd JR. Treatment adherence associated with conventional and atypical antipsychotics in a large state Medicaid program. *Psychiatric Services*. 2003;54(5):719-723. doi:10.1176/appi.ps.54.5.719.
46. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. NICE Clinical Guideline 82.; 2009. Dostupno na: <http://www.nice.org.uk/CG82> [NICE guideline].
47. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, McEvoy JP, Hamer RM, Lieberman JA. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: A randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(1):106-113.
48. Bush CT, Langford MW, Rosen P, Gott W. Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hospital & community psychiatry*. 1990;41(6):647-649.
49. Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71 Suppl 2:20-26.
50. Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*. 1994;24(3):565-578.
51. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002;2:CD002831.
52. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2001;27(1):73-92.
53. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2001;3(2):136-7.
54. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1077-90.
55. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(10):1653-1664.
56. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32 Suppl 1:S1-S9.
57. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review. *Focus*. 2006;4(2):223-33.
58. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 1996;312(7027):345-349.
59. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 1998;172:413-419.
60. Miller RM, Rollnick S. *Motivational Interviewing*. New York; London: Guilford Press; 2002.
61. Barkhof E, Meijer CJ, De Sonnevill LMJ, Linszen DH, De Haan L. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(6):1242-1251.
62. Hegedüs A, Kozel B. Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;23(6):490-7.
63. Farrelly S, Lester H. Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: A critical interpretive synthesis. *Health and Social Care in the Community*. 2014;22(5):449-460.
64. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*. 2008;8:92.
65. Štrkalj Ivezic S, Mužinic L, Vidulin I. Program koordiniranog liječenja (case management) u rehabilitaciji osoba s psihotičnim poremećajem. *Socijalna psihijatrija*. 2009;37:83-91.
66. Brečić P, Ostojić D, Stijačić D, Jukić V. Od radne terapije i rekreacije do psihosocijalnih metoda liječenja i rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika u bolnici "Vrapče." *Socijalna psihijatrija*. 2013;41:174-181.
67. Štrkalj Ivezic S. *Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj. Psihoedukacija između informacije i psihoterapije*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

PSYCHOEDUCATION ABOUT ANTIPSYCHOTICS AS A WAY OF INCREASING ADHERENCE AND TREATMENT EFFICACY

¹ Slađana Štrkalj Ivezić

² Lana Mužinić

³ Marijo Vrdoljak

¹ University Psychiatric Hospital Vrapče

² Department of Psychiatry, University Hospital Dubrava

³ Home for people with psychiatric disabilities, Zagreb

the context of the personal life of the patient and the prospects of recovery, along with the fight against stigma and auto-stigmatization is a way that will help that most non-adherent patients become adherent, and that adherent patients remain adherent.

Abstract

This paper reviews various factors that influence adherence to antipsychotic medication, with the aim of a comprehensive review of adherence to taking medication in patients suffering from schizophrenia and other psychotic disorders. Review of the literature on adherence suggests that the most consistent factors associated with non-adherence are lack of good therapeutic relationship with the patient and lack of insight into the existence of illness, thus suggesting that leading strategies for dealing with non-adherence should be psychosocial. Although many approaches such as psychoeducation and motivational interviewing have proved useful in increasing adherence, including adherence therapy, it can not be concluded that any approach is better. A balanced approach of psychological methods that include elements of psychoeducation, motivational interviewing, creating a relationship of trust, actively engaging in treatment decision-making, orientation toward empowerment and recovery, adequate information about the illness and treatment associated with

Keywords: psychoeducation, adherence, antipsychotics
