

OKOLNOSTI NEKOMPLIJANTNOSTI SA PSIHOFARMACIMA KOD VANBOLNIČKI TRETIRANIH PACIJENATA SA DIJAGNOSTIKOVANOM PSIHOZOM

UDK 616.89-008.42:615.015

Originalni naučni rad

Mirjana Milović Tatarević¹

Dragana Mraković²

Marko Vuković²

Sažetak

S obzirom na često iskustvo terapeuta sa pogoršanjima koja se javljaju tokom vanhospitalnog lečenja psihofarmacima pacijenata sa dijagnostikovanom psihozom, postavljeno je pitanje koje okolnosti utiču na njenu pojavu, te u kojoj meri neregularno uzimanje terapije i neredovne ambulantne kontrole utiču na pojavu pogoršanja stanja. U prospektivno istraživanje tokom 3 meseca uključeno je 50 pacijenata muškog pola sa dijagnostikovanom psihozom iz dijagnostičkog raspona ICD X F20-F29. Utvrđeno je da je nekomplijansa daleko češći fenomen nego što su očekivanja psihijatra, jer je tek svaki šesti (18%) pacijent u navedenom periodu bio sasvim striktno komplijantan sa terapijom, kao i da je pogoršanje stanja, u vidu relapsa, komorbiditeta i neurološke komplikacije kod 70% pacijenata uslovljeno nekomplijansom. Redovnost dolaženja na kontrolne preglede je u korelaciji sa komplijansom sa psihofarmacima. Na kvalitet komplijanse utiču različiti faktori: priroda bolesti, terapijska situacija i sam pacijent. Terapijska situacija je poligon na kome se može raditi na poboljšanju komplijanse, optimizacijom tretmana kroz režim vanbolničkog lečenja, i time uticati na dalji ishod lečenja.

Ključne reči: komplijansa, psihofarmaci, vanhospitalno lečenje, relaps

¹ Autor za korespondenciju, mirjanatatarevic@gmail.com, SPB "Dr Laza Lazarević", Beograd

² SPB "Dr Laza Lazarević", Beograd

UVOD

Komplijansa se definiše kao saradljivost koju pacijent pokazuje u terapijskom odnosu, a koji se ogleda u doslednom prihvatanju ordinirane terapije (1). Nekomplijansa je čest fenomen u lekarskoj praksi (2). Hronični bolesnici često ispoljavaju nedovoljnu saradnju u režimu lečenja i ordinirane terapije. Psihijatrijski pacijenti su vodeća grupa u nekomplijantnosti. Impresije specijalista psihijatrije i neurospihijatrije su potkrepljene iskustvom da pacijenti nerado, neregularno i delimično ili nikako ne uzimaju terapiju kako je propisana. Terapeut očekuje da je svaki četvrti pacijent nekomplijantan sa propisanom terapijom. Neosporan je medicinski argument da je stepen komplijantnosti siguran prediktor ishoda lečenja.

Kako je većina psihoza, u stvari, doživotno obolenje, to u slučaju lošeg, nepravilnog, manjkavog lečenja ili nelečenja značajne su i šire medicinsko-socijalne implikacije, te je stoga, neophodno je razmotriti i stepen nekomplijantnosti, kao i okolnosti koje je generišu.

Time bi se evidentirale slabe tačke u vanbolničkom tretmanu pacijenata, kako bi se kreirao optimalni modus u održavanju redovnog i pravilnog medikamentoznog lečenja pacijenata sa dijagnostikovanom psihozom i time, iz raspoloživih okolnosti, obezbedio maksimum oporavka.

CILJ ISTRAŽIVANJA

1. Utvrditi stepen i učestalost nekomplijantnosti tokom vanhospitalnog lečenja pacijenata sa dijagnostikovanom psihozom
2. Utvrditi koliko okolnosti neredovnih ambulantnih kontrola utiču na pojavu nekomplijantnosti tokom vanhospitalnog lečenja pacijenata sa dijagnostikovanom psihozom
3. Utvrditi učestalost pogoršanja psihijatrijskog i registrovati eventualno prisustvo pratećeg medicinskog stanja ili relapsa usled nekomplijantnosti.

METOD

U prospektivno istaživanje uključeno je 50 pacijenata, muškog pola, prosečne starosti 35,6 godina (raspon: 22-46) u periodu od 3 meseca (od 01.02.2008. g. do 01.05.2008. g.), nakon jednog ili više hospitalnih tretmana, ispitivanih u okolnostima ambulantnih kontrola, u Dispanzeru SPB "Dr Laza Lazarević" u Beogradu.

Instrument istraživanja je psihijatrijski intervju i neuropsihijatrijski pregled, prateća medicinska dokumentacija, PANS skala kojom je mereno stanje na kontrolnom pregledu, MARS (3) za upitnik procenu saradljivosti i individualni dnevnik medikacije koje su vodili pacijenti ili osoba-pratilač u lečenju.

Kvalitet komplijanse je označavan kao potpuna, parcijalna, slaba i nepostojeća.

Pod *potpunom komplijansom* je podrazumevano da pacijenti propisanu terapiju uzimaju sami, bez intervencije člana porodice, striktno i dosledno u propisano vreme i u propisanoj dozi.

Parcijalna komplijansa je opisana kao nedovoljna doslednost u uzimanju terapije, kada se pacijent delimično pridržava nekog dela terapijskog režima, bilo da se terapija uzima u samoinicijativnom izmenjenom režimu doziranja, bilo da se ne uzima kompletno propisana terapija, već je izmenjena doza, smanjena ili povećana, nekog od psihofarmaka, bilo da pacijent ne uzima samoinicijativno terapiju, već na podstrek ili nagovor ili pod kontrolom saradnika u lečenju.

Pod slabom komplijansom je obuhvaćeno značajno odstupanje od propisanog terapijskog režima, ali da pacijent ipak uzima psihofarmake, u nekom režimu i u nekoj dozi.

Nepostojeća komplijansa je neuzimanje propisane terapije.

REZULTATI

Prema medicinskoj dokumentaciji, od ukupno 50 pacijenata, njih 33 (66%) je imalo dijagnozu F20, 10 (20%) pacijenata je imalo dijagnozu F25, po dva (4%) su imala dijagnozu F 22, odnosno F23, a preostala tri (6%) pacijenta imali su dijagnozu F29.

Sedam (14%) pacijenata su bila na ambulantnom tretmanu nakon prve hospitalizacije, a ostalih 43 (86%) su prethodno bili dva ili više puta hospitalno lečeni.

Kod 36 (72%) pacijenata je registrovano izvesno pogoršanje bilo u psihijatrijskom stanju (lakši ili teži stepen relapsa, bilo da se radilo o psihotičnoj dekompenzaciji, bilo da je došlo do pojave pogoršanja u nekoj od psihičkih funkcija - pojava depresivnosti, pada VND, insomnije, inapetije, hipobulije, pasivizacije, intenziviranja konzumacije duvana, alkohola, pojava autodestruktivnosti, ili heteroagresivnosti, pad radne efikasnosti), bilo do neurološke (akutizacija, subdelirijum) ili somatske simptomatologije (pad ili porast telesne težine, ili zabeležena infekcija ili promena nekog laboratorijskog parametra kao uzgredan nalaz).

U zavisnosti od stepena pogoršanja, bile su preduzimane odgovarajuće mere - hospitalizacija kod 8 (16%) pacijenata, a kod ostalih 28 (56%) korekcija terapije i naložene češće psihijatrijske kontrole, ili /i konsultativni pregled drugih specijalista.

Od 50 pacijenata samo 9 (18%) je imalo potpunu komplijansu, koja je podrazumevala da propisanu terapiju uzimaju sami, bez intervencije člana porodice, u propisano vreme i u propisanoj dozi i pripadali su grupi pacijenata koji su regularno dolazili na ambulantne kontrole u zakazanom terminu, dok u istoj grupi od 35 pacijenata koji su se redovno javljali na kontrole, nije registrovan niti jedan sa nepostojećom komplijansom.

Za razliku od ove grupe, u grupi od 15 (30%) pacijenata koji su označeni kao neredovni u dolaženju na ambulantne kontrole, nije bilo nijednog potpuno komplijantnog, a 8 pacijenata (16%) je bilo sasvim nekomplijantnih.

Kod svih 15 neredovnih na kontrolama je bilo registrovano lakše, umereno do značajno pogoršanje, dok je u grupi komplijantnih i redovnih na kontrolama registrovan jedan pacijent (2%) sa lakšim stepenom pogoršanja, a u grupi parcijalno i slabo komplijantnih, ali redovnih na kontrolama 20 (40%) pacijenata.

Slabo komplijantnih i sasvim nekomplijantnih pacijenata je bilo 29 (58%), a parcijalno i potpuno komplijantnih je bilo 21 (42%).

Faktori koji utiču na kvalitet komplijanse su:

1. *Priroda bolesti*: dijagnoza (4), dužina trajanja bolesti, dužina trajanja lečenja (5), prisustvo pozitivnih simptoma, motivacioni deficit, broj relapsa, priroda sekvela, abuzus, kognitivna oštećenja, ranije registrovana pogoršanja zbog nesaradnje(6,7,8) , dezorganizovanost
2. *Terapijska situacija*: neželjena dejstva (9,10), efikasnost terapije(11) , terapijski režim (12), odnos sa terapeutom (13), učestalost ambulantnih kontrola, cena lečenja (cena leka i pratećih troškova dolaska na pregled)
3. *Pacijent*: crte ličnosti, porodično okruženje, socijalni status, stigma, izolacija, navike i predrasude, uvid.

ZAKLJUČAK

Nekomplijansa sa psihofarmacima je čest problem u psihijatrijskoj praksi, a smatra se krucijalnim faktorom u nastanku relapsa osnovne psihijatrijske bolesti . Uzroke nekomplijanse nalazimo i u prirodi bolesti i u individualnim posebnostima pacijenta i u režimu lečenja. Terapijska situacija je poligon na kome se može raditi na poboljšanju komplijanse, optimizacijom tretmana kroz režim vanbolničkog lečenja, i time uticati na dalji ishod lečenja. Optimizacija tretmana bi uključivala farmakološku formulaciju leka koji je efikasan, priuštiv, lako dostupan, sa minimalnim neželjenim dejstvima i ordiniran u komfornom režimu doziranja, a kroz dovoljno česte vanhospitalne–ambulantne kontrole stanja pacijenta kako bi se potkrepljivao terapijski savez i korigovale uočene slabosti.

REFERENCE

1. Kane JM. Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1983; 44:3-6.
2. Keith SJ, Kane JM. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1308 -1315. .
3. Thompson K., Kulkarni J., Sergejew A.A. *Schizophr Res*. 2000 ; 42 : 241- 247
Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses.

4. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature.
5. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with Schizophrenia. *Psych Serv.* 2004; 55: 886-891.
6. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002; 159: 1653 -1664.
7. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull.* 1997; 23: 637-651
8. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102 (suppl 407): 83-86.
9. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects Kurz M *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 89, Issue s382, Page 11-15, Sep 1994, doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05859.x
10. Gerlach J: The continuing problem of extrapyramidal symptoms: strategies for avoidance and effective treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 23):20-40.
11. Pierre Chue. (2004) Compliance and convenience: do physicians and patients see depot medication differently? *Acta Neuropsychiatrica* **16**:6, 314–318
12. Rodriguez S., Locklear J., Turkoz I., et al: Maintenance therapy with long-acting risperidone: functioning and quality of life in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Posterbook APA 22-26 May 2005, Atlanta
13. Barbui C, Kikkert M, Mazzi MA, Becker T, Bindman J, Schene A, Nosè M, Helm H, Thornicroft G, Tansella M. Comparison of patient and clinician perspectives in the assessment of antipsychotic medication adherence. *Schizophr Res.* 2000 May 5;42(3):241-7.

THE CIRCUMSTANCES OF NON-COMPLIANCE WITH PSYCHOPHARMACEUTICALS IN OUTPATIENTS DIAGNOSED WITH PSYCHOSIS

Abstract

In their practice clinicians often experience the worsening of mental health of patients who are treated with psychopharmaceuticals in out-patient services. The question arises as to the circumstances affecting its occurrence, and to what extent irregular therapy and irregular outpatient control affect the onset of worsening of the condition. In longitudinal study that lasted for 3 months, 50 male patients with diagnosed psychosis from the diagnostic range ICD X F20-F29 are included. Study results showed that non-compliance is a frequent phenomenon, as only one in six (18%) patients was strictly compliant with therapy. Additionally, worsening of the condition, in the form of relapse, comorbidity and neurological complications, was observed in 70% of patients who were not compliant with therapy. The regularity of check-in visits is associated with compliance with psychopharmaceuticals. Various factors influence the quality of the compliance: the nature of the disease, the therapeutic situation and the patient himself. The therapeutic situation is a fruitful area for improving compliance, optimizing the treatment through the outpatient treatment schedule, which will have an impact on the further outcome of the treatment.

Key words: (non-)compliance, psychopharmaceuticals, outpatient treatment, relapse