

SEBESTIGMATIZACE, ADHERENCE K LÉČBĚ A VYSAZOVÁNÍ MEDIKACE U ÚZKOSTNÝCH PORUCH – PRŮŘEZOVÁ STUDIE

původní práce

Andrea Cinculová¹
Dana Kamarádová¹
Marie Ocisková^{1,2}
Ján Praško¹
Klára Látalová¹
Kristýna Vrbová¹
Radim Kubínek¹
Barbora Mainerová¹
Anežka Ticháčková¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta
University Palackého
a Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychologie,
Filosofická fakulta
University Palackého v Olomouci

Kontaktní adresa:

Kontaktní adresa:
MUDr. Andrea Cinculová
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
779 00 Olomouc
e-mail: andrea.cinculova@gmail.com

SOUHRN

Cinculová A, Kamarádová D, Ocisková M, Praško J, Látalová K, Vrbová K, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u úzkostných poruch – průřezová studie

Adherence k léčbě psychických poruch je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících její úspěšnost a druhotně také kvalitu života a sociální adaptaci. Průřezová studie ambulantních pacientů s diagnózou neurotického spektra, do které bylo zařazeno 120 pacientů, měla za cíl zjistit, zda existuje souvislost mezi vysazováním psychofarmak v minulosti, adherencí k léčbě a sebestigmatizací. K hodnocení bylo použito objektivní i subjektivní CGI-S (Clinical Global Impression – Severity), dotazník adherence DAI-10 (Drug Attitude Inventory), míra sebestigmatizace dotazníkem ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale) a demografická data. Všechny metody vyplnilo 98 pacientů. 22 pacientů odevzdalo nedostatečně vyplněné dotazníky nebo dodatečně z různých důvodů nespolupracovalo. Analýza dat ukázala, že míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s věkem, věkem počátku nemoci ani s časem od poslední hospitalizace. Statisticky významně pozitivně však koreluje se závažností poruchy hodnocenou subjektivním CGI-S a objektivním CGI-O, s počtem předešlých

SUMMARY

Cinculová A, Kamarádová D, Ocisková M, Praško J, Látalová K, Vrbová K, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Self-stigmatization, treatment adherence and medication discontinuation in anxiety disorders – cross sectional study

Adherence to the treatment of mental disorders is one of the main factors affecting the success of the treatment and secondarily the quality of life and social adaptation. Cross-sectional study of outpatients with a diagnosis of neurotic spectrum, in which enrolled 120 patients, was designed to determine whether there is a link between self-stigma, adherence to treatment and the discontinuation of psychotropic drugs in the past. All data were obtained in 98 patients, 22 patients returned inadequately completed scales or they did not cooperate. The assessment tools were presented by both objective and subjective CGI (Clinical Global Impression – Severity), DAI-10 (Drug Attitude Inventory), ISMI (the Internalized Stigma of Mental Illness Scale) and demographic data. Analysis of the data showed that the rate self-stigma ISMI did not significantly correlate with age, age of onset of the disease or the time since the last hospitalization. On the other side it significantly correlates positively with the severity of the disorder as assessed by subjective or objective CGI, the number of previous hospitaliza-

hospitalizací, počtem vystřídáných ambulantních psychiatrů, vysazováním medikace v minulosti o vlastní vůli a s dávkou antidepresiva, nikoliv však anxiolytika či antipsychotika. Dále sebestigmatizace statisticky významně negativně koreluje se současnou adharencí k léčbě. Míra adharence negativně koreluje se subjektivním CGI-S i objektivním CGI-O a s pozitivní rodinnou anamnézou. Nekoreluje s věkem, věkem počátku nemoci, trváním nemoci, počtem hospitalizací, počtem vystřídáných psychiatrů ani s dávkami medikace.

Klíčová slova: sebestigmatizace, adharence, vysazování medikace, poruchy neurotického spektra, ISMI, DAI-10.

tions, the number of outpatient psychiatrists staggered, the discontinuation of medication in the past by their own will, and the dose of the antidepressant but not anxiolytics or anti-psychotics. Furthermore, self-stigma significantly negatively correlated with the current treatment adherence. The rate of adherence negatively correlated with the subjective and objective CGI and positive family history. However, it did not correlate with age, age of onset of illness, the duration of illness, the number of hospitalizations, the number of psychiatrists or doses of medication.

Key words: self-stigma, adherence, medication discontinuation, neurotic spectrum disorders, ISMI, DAI-10.

ÚVOD

Adharence k léčbě je definována jako míra, se kterou pacienti v léčbě dodržují doporučení a pravidla spojená s léčbou. Adharence k léčbě psychických poruch je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících její úspěšnost a druhotně také kvalitu života a sociální adaptaci.^{1,2} Částečná nebo plná non-adharence je spojena s horšími klinickými výsledky včetně vyššího užívání urgentní péče, s hospitalizacemi a sebevraždami.^{3,4} Je také spojena s chronicitou onemocnění, náročnějším léčebným režimem, nežádoucími vedlejšími účinky a špatným sociálním fungováním. Faktory, které se podílejí na adharenci, lze rozdělit následujícím způsobem:

1. faktory spojené se samotným onemocněním (především jeho příznaky – např. závažnost deprese, psychotické příznaky, míra naděje, kognitivní deficit, prognóza onemocnění);
2. faktory spojené s osobností pacienta (hodnoty, předpoklady, inteligence, vzdělání, postoj k lékům, náhled, očekávání od léčby, sebestigmatizace apod.);
3. faktory spojenými s prostředím (negativní postoje okolí k pacientovi, léčbě, stigmatizace, osamělost nebo nedostatečná sociální podpora apod.); a
4. faktory spojené s léčbou či lékařem (dostupnost, vztah lékař–pacient, erudice lékaře) a lékem samotným (účinnost, nežádoucí účinky, rychlost nástupu účinku, komfort při užívání, počet denních dávek apod.).

Postoje pacientů k léku mohou být hodnoceny pomocí Drug Attitude Inventory. Dle výsledku dotazníku lze předvídat non-adharenci a vysazení léku.^{5,6} Předpověď pacientovy adharence k léčbě ošetřujícím lékařem pouze na základě klinického úsudku se zdá být nedostatečná.⁷

Dalším důležitým faktorem, který může významně ovlivnit adharenci k léčbě, je míra stigmatizace a sebestigmatizace. Snaha vyhnout se značkování vede k popírání poruchy, odkládání a vyhýbání se léčbě a může být nej-

významnější bariérou „na cestě k pomoci“ u většiny psychických poruch.^{8,9} U úzkostných poruch bývá často významnější strach pacienta ze stigmatizace, který mu může bránit vyhledat adekvátní pomoci u psychiatra, než reálně zakoušená stigmatizace okolím. Sebestigmatizace je postupný proces, během něhož člověk nekriticky přijímá za své negativní hodnocení společnosti, jež se týká rysů, které jsou druhými znevažovány.^{4,10} Podobně jako strach ze stigmatizace, i sebestigmatizace je spojována s nižším dodržováním léčebných postupů.^{2,11–14} Pacienti, kteří předpoklady o psychiatrických pacientech přijali za své, věří méně, že se jejich duševní stav nezlepší, jsou více depresivní a vykazují negativnější sebehodnocení.¹

Cílem naší studie bylo zjistit míru adharence a sebestigmatizace u stabilizovaných ambulantních psychiatrických pacientů s diagnózou poruch neurotického spektra a zjistit vztah mezi adharencí k léčbě a vysazováním předepsané medikace v minulosti. Záměrem studie bylo ověřit následující hypotézy: (a) míra sebestigmatizace a non-adharence souvisí s demografickými daty, jako jsou věk, partnerský vztah, rodinná psychiatrická zátěž, vzdělání; (2) vyšší míra sebestigmatizace je spojena s nižší adharencí k léčbě i častějším vysazováním psychofarmak v minulosti; (3) u pacientů, kteří v minulosti svévolně vysazovali léky, je nižší současná adharence k léčbě a vyšší sebestigmatizace.

METODA

Studie byla nabídnuta všem pacientům s diagnózou úzkostného spektra (úzkostné poruchy, somatoformní poruchy, PTSD, OCD a disociativní poruchy), kteří přišli na kontrolu do ambulance psychiatrické kliniky v období od 1. července do 30. září 2013 a kteří splňovali následující kritéria:

- a) diagnóza poruchy neurotického spektra (F4.X) podle kritérií MKN-10,¹⁵
 b) ochota vyplnit škály,
 c) věk mezi 18 a 75 lety,
 d) kompenzovaná psychická porucha (pacient je schopen docházet na ambulantní léčbu, jeho stav se dlouhodobě nemění a nemusí být hospitalizován).

Do studie nebyli zařazeni pacienti s mentální retardací, organickou psychickou poruchou, závažným tělesným onemocněním a pacienti, kteří byli akutně zhoršení, takže jejich stav vyžadoval hospitalizaci, zvýšení nebo změnu medikace nebo psychoterapeutickou krizovou intervenci. Pacienti docházeli na ambulantní kontroly a byli léčeni standardními léky určenými pro danou diagnostickou skupinu podle doporučených postupů a zásad dobré klinické praxe.

Posuzovací nástroje

ISMI (the Internalized Stigma Of Mental Illness Scale). Škála se skládá z 29 položek se čtyřbodovou stupnicí a měří 5 oblastí internalizovaného stigmatu. Patří mezi ně pocit odčizení a toho, že jedinec není plnohodnotným členem společnosti, míra souhlasu se stereotypy o lidech s duševní poruchou, percepce toho, jak je s pacientem zacházeno od doby stanovení diagnózy, stažení se ze společnosti a stupeň rezistence vůči stigmatu.¹⁶ Škála byla u nás standardizována a česká verze publikována Ociskovou et al.¹⁷

Drug Attitude Inventory (DAI-10) – dotazník hodnotící postoj pacientů k lékům (tab. 1). Pacient se u každé položky vyjádří, zda ji považuje za pravdu, nebo lež. Konstatování se týká účinku léků, jejich potřeby a dobrovolnosti užívání. Inventář hodnotí míru současné adherence (tedy nikoliv, zda v minulosti pacient léky vysazoval, či nikoliv).

CGI (Clinical Global Impression)¹⁸ – celkové hodnocení závažnosti psychopatologie. Zdrojem hodnocení je komplexní hodnocení pacienta lékařem pomocí CGI-O. V její subjektivní verzi (CGI-S) hodnotí svůj celkový stav pacient sám na stupnici závažnosti 1–7, přičemž každý ze stupňů závažnosti má popsane charakteristiky.

Demografický dotazník – obsahuje základní údaje – pohlaví, věk, zaměstnanost, stav, pobírání důchodu, vzdělání, věk nástupu nemoci, délku docházky do ambulance, počet hospitalizací, čas od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů, současnou medikaci a údaj o vysazování medikace v minulosti (na doporučení psychiatra a z vlastní vůle).

Statistické hodnocení a etika

Ke statistickému hodnocení výsledků byly použity statistické programy Prism3 a SPSS.17. Demografická data i průměrná celková skóre v jednotlivých dotaznících a CGI stupnicích byla hodnocena pomocí popisné statistiky; byly zjištěny průměry, mediány, směrodatné odchylky a charakter rozložení dat. Průměry byly porovnávány pomocí t-testů. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů a lineární regrese. Vztah alternativních proměnných (pohlaví, stav, vysazování medikace) byl ověřen Fisherovým testem. K analýze významů jednotlivých korelací jednotlivých faktorů byla použita zpětná kroková

Tab. 1. DAI-10

Drug Attitude Inventory: DAI-10 questionnaire Dotazník postoje k lékům		
Číslo otázky	Otázka	Odpověď P/L (pravda – P, lež – L)
1	Léky mi spíše pomáhají, než mi škodí.	P/L
2	Když beru léky, cítím se divně, jako „nadopovaný/á“.	P/L
3	Užívám léky na základě svého svobodného rozhodnutí.	P/L
4	Když užívám léky, cítím se uvolněnější.	P/L
5	Když užívám léky, cítím se pomalý/á, unavený/á.	P/L
6	Užívám léky, jen když se cítím nemocný/á.	P/L
7	Když užívám léky, cítím se normálně.	P/L
8	Je pro mě nepřírozné, že mé tělo/psychika musí být pod kontrolou pomocí léků.	P/L
9	Když užívám léky, myslí mi to jasněji.	P/L
10	Užívání léků mě chrání před zhoršením nemoci.	P/L
Pokud máte nějaké další komentáře týkající se léků, napište je, prosím, zde:		
Celkové skóre: Zakroužkované odpovědi: Zvýrazněné: +1 bod Nezvýrazněné: -1 bod		

regrese. U všech statistických testů byla za přijatelnou považována 5% hladina statistické významnosti.

Studie byla schválena místní etickou komisí. Výzkum byl proveden v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a doporučením pro Správnou klinickou praxi.¹⁹ Pacienti podepsali informovaný souhlas.

VÝSLEDKY

Popis souboru

S vyplněním dotazníků souhlasilo 120 pacientů s poruchou neurotického spektra. Charakteristika celého souboru je uvedena v tab. 2.

Vyplňování dotazníku bylo dobrovolné. Všechny dotazníky vyplnilo 98 pacientů (81,7 %). Důvody vyplnění jen části dotazníků nebo neúplného vyplnění dotazníků byly různé – nedostatek času, ztráta ochoty vyplnit oba dotazníky během jejich vyplňování, neschopnost soustředit se v čekárně na otázky dotazníku, absence korekčních pomůcek (brýle). Další výsledky jsou kalkulovány u 98 pacientů, u kterých byla získána veškerá data. V žádném z demografických ani klinických parametrů se skupina, která byla vyřazena, statisticky významně nelišila od skupiny, která plně spolupracovala. Z jednotlivých klinických jednotek byla jako hlavní diagnóza nejvíce zastoupena smíšená nebo komorbidní úzkostně-depresivní porucha a porucha přizpůsobení (tab. 3).

Léčba

Z pacientů, kteří vyplnili oba dotazníky, užívalo anti-depresiva 89 pacientů (90,8 %), anxiolytika 20 (20,4 %)

Tab. 2. Demografická a klinická data v průměrech a směrodatných odchylkách u celého souboru a pacientů, kteří vyplnili oba dotazníky

	Věk	CGI-S	CGI-O	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet psychiatrů	Adherence	ISMI
Všichni pacienti	43,13 ± 14,08	3,40 ± 1,57	2,73 ± 1,31	34,96 ± 14,28	1,14 ± 1,82	1,68 ± 1,04	4,57 ± 4,30	59,40 ± 14,60
Ti, kteří vyplnili oba dotazníky	41,86 ± 13,86	3,33 ± 1,53	2,72 ± 1,31	34,51 ± 13,86	1,18 ± 1,94	1,70 ± 1,07	4,11 ± 4,25	59,50 ± 14,84

Tab. 3. Rozložení poruch neurotického spektra, dosažené vzdělání a charakter partnerského vztahu u zkoumaného souboru pacientů

Diagnóza		Vzdělání		Partnerský stav	
Panická porucha	18,4 %	Základní	10,2 %	Svobodní	24,4 %
Sociální fobie	1 %			Svobodní žijící s partnerem	11,1 %
Smíšená/komorbidní úzkostně-depresivní porucha	31,6 %	Vyučení	28,6 %	Rozvedení, bez partnera	12,2 %
Porucha přizpůsobení	27,6 %			Rozvedení, s partnerem	0 %
GAD	4,1 %	Středoškolské s maturitou	39,7 %	V manželství	51,1 %
OCD	5,1 %			Ovdovělí, bez partnera	1,1 %
Jiné (konverzní, somatoformní a neurastenie)	12,2 %	Vysokoškolské	21,4 %	Ovdovělí, s partnerem	0 %

a antipsychotika 18 (18,4%) pacientů. Průměrná dávka antidepressiva byla $37,1 \pm 21,4$ mg (přepočteno na index paroxetinu), anxiolytika $9,4 \pm 6,9$ mg (přepočteno na index diazepamu) a antipsychotika $0,9 \pm 0,6$ mg (přepočteno na index risperidonu). V minulosti byla antidepressiva vysazena u 45,9 % pacientů a 30,4 % pacientů přiznalo vysazování medikace z vlastního rozhodnutí, nikoliv na doporučení lékaře. Největší skupina pacientů žila v manželském svazku (tab. 3). Pozitivní rodinná psychiatrická anamnéza byla zjištěna u 43 pacientů (43,9 %). Pacienti dosáhli nejčastěji středoškolského vzdělání (tab. 3).

Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků v celém souboru ve vztahu k demografickým a klinickým proměnným

Hereditární zátěž

Průměrná míra sebestigmatizace byla u pacientů bez rodinné psychiatrické zátěže nižší než u pacientů s rodinnou zátěží. Tento rozdíl se přibližuje hladině statistické vý-

znamnosti. Adherence k léčbě byla statisticky vysoce významně vyšší u pacientů bez rodinné psychiatrické zátěže. Rozdíly mezi zkoumanými skupinami ve vysazování léků nedosahovaly statistické významnosti (tab. 4).

Pohlaví

Průměrná míra sebestigmatizace byla $59,50 \pm 14,84$ bodu celkového skóre ISMI. Nebyl statisticky významný rozdíl mezi pohlavími. Míra současné adherence k léčbě dosahovala $4,11 \pm 4,25$ bodu v dotazníku DAI-10. Ani zde nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi adherencí u žen a mužů. Frekvence vysazování medikace v minulosti o vlastní vůli byla v celém souboru 28,57 %, opět bez významného rozdílu mezi pohlavími (tab. 4).

Vzdělání

Přestože míra sebestigmatizace s úrovní vzdělání klesá, tyto rozdíly nedosahují statisticky významného rozdílu (tab. 4).

Průměrná míra současné adherence podle úrovně vzdělání má trend opačný, roste u středoškolsky a ještě více u vysokoškolsky vzdělaných pacientů. Rovněž rozdíly

Tab. 4. Sebestigmatizace a adherence k léčbě ve vztahu k demografickým a klinickým datům

	Celkové skóre ISMI	Statistika	DAI-10	Statistika	Vysazování medikace v minulosti	Statistika
Pohlaví						
Muži (n = 32)	59,00 ± 16,34	nepárový t-test: t = 0,2311 df = 96; n. s.	3,63 ± 3,82	nepárový t-test: t = 0,7879 df = 96; n. s.	34,38 %	Fisherův přesný test: n. s.
Ženy (n = 66)	59,74 ± 14,18		4,35 ± 4,46		25,76 %	
Partnerský vztah						
S partnerem (n = 64)	58,38 ± 14,98	nepárový t-test: t = 1,141 df = 88; n. s.	4,18 ± 4,13	nepárový t-test: t = 0,098 df = 88; n. s.	28,6 %	Fisherův přesný test: n. s.
Bez partnera (n = 34)	62,09 ± 14,96		4,27 ± 3,87		35,3 %	
Rodinná psychiatrická zátěž						
S rodinnou zátěží (n = 54)	62,59 ± 13,76	nepárový t-test: t = 1,885 df = 96; n. s. (p = 0,0624)	2,71 ± 4,01	nepárový t-test: t = 3,084 df = 96; p < 0,0027	41,94 %	Fisherův přesný test: n. s.
Bez rodinné zátěže (n = 44)	56,98 ± 15,33		5,26 ± 4,14		27,78 %	
Vzdělání						
Základní (n = 10)	66,5 ± 13,30	one-way ANOVA: F = 1,607 df = 97; n. s.	4,00 ± 3,65	one-way ANOVA: F = 0,9511 df = 97; n. s.	50 %	chí-kvadrát test: n. s. (p = 0,0521)
Vyučení (n = 28)	61,68 ± 13,99		3,07 ± 5,00		39,3 %	
Středoškolské (n = 39)	58,41 ± 15,59		4,39 ± 4,15		25,6 %	
Vysokoškolské (n = 21)	55,29 ± 14,50		5,05 ± 3,56		9,5 %	
Vysazování léků v minulosti						
Vysazovali (n = 28)	65,82 ± 12,98	nepárový t-test, t = 2,756 df = 96; p < 0,01	4,41 ± 4,38	nepárový t-test t = 0,098 df = 88; n. s.	28,6 %	
Nevysazovali (n = 70)	56,97 ± 14,87		3,36 ± 3,89		71,4 %	

v míře adherence hodnocené DAI-10 však nedosahují statisticky významného rozdílu (tab. 4).

Frekvence vysazování léků v minulosti podle úrovně vzdělání byla různá (tab. 4). Nejčastěji vysazovali léky pacienti se základním vzděláním a s vyšším vzděláním klesala frekvence svévolného vysazování medikace. Tento rozdíl se blížil statistické významnosti (chí-kvadrát, $df = 7,722, 3; p = 0,0521$).

Partnerský stav

Při srovnání skupiny pacientů bez partnera a pacientů žijících s partnerem, jsou dosažené průměrné hodnoty sebestigmatizace, adherence i vysazování psychofarmak o vlastní vůli, podobné. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami (tab. 4).

Míra sebestigmatizace a současné adherence k léčbě podle vysazování léků v minulosti

Při porovnání míry sebestigmatizace hodnocené ISMI u pacientů, kteří v minulosti medikaci nevysazovali, a těmi, kteří ji vysazovali, byl zjištěn statistický významný rozdíl mezi skupinami. Pacienti, kteří v minulosti vysazovali léky, vykazovali významně vyšší průměrné skóre sebestigmatizace (tab. 4).

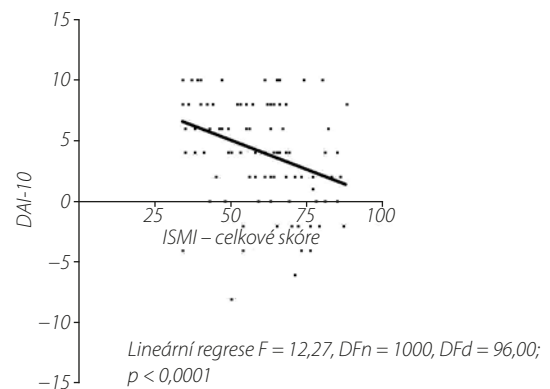
Při porovnání míry současné adherence hodnocené DAI-10 u pacientů, kteří v minulosti medikaci nevysazovali, a těmi, kteří ji vysazovali, nebyl zjištěn statistický významný rozdíl mezi skupinami. Rovněž porovnání aktuální závažnosti poruchy v objektivním CGI ($2,82 \pm 1,35$ versus $2,69 \pm 1,28$; Mannův-Whitneyův test: n. s.) či subjektivním CGI ($3,64 \pm 1,28$ versus $3,2 \pm 1,60$; Mannův-Whitneyův test: n. s.) neukázalo na statistické rozdíly mezi pacienty, kteří v minulosti medikaci vysazovali, a těmi, kteří ji nevysazovali.

Korelace míry sebestigmatizace s demografickými a klinickými daty

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s věkem, věkem počátku nemoci ani s časem od poslední hospitalizace. Statisticky významně pozitivně však koreluje se závažností poruchy hodnocenou subjektivním CGI-S (Spearmanovo $r = 0,4687$; $p < 0,0001$) i objektivním CGI-O (Spearmanovo $r = 0,5156$; $p < 0,0001$), počtem předešlých hospitalizací (Spearmanovo $r = 0,4466$; $p < 0,0001$), počtem vystřídáných ambulantních psychiatrů (Spearmanovo $r = 0,1995$; $p < 0,05$), vysazováním medikace v minulosti o vlastní vůli (Spearmanovo $r = 0,2859$; $p < 0,005$) a s dávkou antidepresiva (Spearmanovo $r = 0,2532$; $p < 0,05$), nikoliv však anxiolytika či antipsychotika. Sebestigmatizace také statisticky významně negativně koreluje se současnou adherencí k léčbě (Pearsonovo $r = -0,3366$; $p < 0,001$). To znamená, že čím větší míru sebestigmatizace pacient vykazuje, tím nižší je jeho adherence k léčbě (obr. 1).

Korelace aktuální míry adherence s demografickými a klinickými daty

Míra adherence hodnocená dotazníkem DAI-10 statisticky významně negativně koreluje se subjektivním CGI-S (Spearmanovo $r = -0,2855$, $p < 0,005$) i objektivním CGI-O (Spearmanovo $r = -0,2724$, $p < 0,005$). Nekoreluje však s věkem, věkem počátku nemoci, trváním nemoci,



Obr. 1. Lineární regrese mezi celkovým skórem v ISMI a adherencí

počtem hospitalizací, počtem vystřídáných psychiatrů ani s dávkami medikace.

Výsledky krokové regresní analýzy

Pokud byla v krokové regresní analýze určena jako závislá proměnná míra sebestigmatizace (měřeno ISMI) a jako nezávislé proměnné vstupovaly DAI-10, CGI-O, dědičnost, zaměstnání, vzdělání (základní a vyučení / maturita a vysoká škola), partnerský stav (s/bez partnera), věk, pohlaví a vysazování či nevysazování medikace v minulosti, postupnými kroky byly určeny dva nejvýznamnější nezávislé faktory ovlivňující sebestigmatizaci, a to DAI-10 a CGI-O, které vysvětlily 27% rozptylu celkového skóre ISMI ($p < 0,0001$). Ostatní faktory byly regresní analýzou potlačeny.

Při stanovení adherence jako závislé proměnné a ISMI, dědičnosti, CGI-O, vzdělání, pohlaví, partnerského stavu, vysazování léků v minulosti, věku a zaměstnání jako nezávislých proměnných vplynuly z postupných kroků analýzy dva nejvýznamnější nezávislé faktory ovlivňující adherenci, a to ISMI a rodinná psychiatrická zátěž. Ty vysvětlily 16,4% rozptylu adherence ($p < 0,0001$). Pokud byla rodinná psychiatrická zátěž pozitivní a nebyly do regrese zadány další faktory, vysvětlovala pozitivní rodinná anamnéza jako jediná nezávislá proměnná 9% rozptylu adherence ($p < 0,005$).

DISKUSE

Studie hodnotila u 98 ambulantních psychiatrických pacientů neurotického spektra vztahy mezi sebestigmatizací, aktuální adherencí k léčbě, vysazováním léků v minulosti o vlastní vůli a demografickými a klinickými daty.

V prvních analýzách jsme zkoumali, zda sebestigmatizace u úzkostných poruch souvisí s demografickými údaji. Z našich nálezů vyplývá, že pohlaví nehraje roli v negativním vnímání sama sebe jako nemocného. Podobně nebyl nalezen vztah k úrovni dosaženého vzdělání nebo přítomnosti či nepřítomnosti partnerského vztahu. Neshoduje se to s výsledky některých jiných studií. Ve studii Girma et al.²⁰ byla podle ISMI významně vyšší míra sebestigmatizace u žen než u mužů a sebestigmatizace klesala s rostoucí úrovní vzdělání. Na druhou stranu, studie Yena et al.²¹ naopak souvislost mezi pohlavím, věkem a sebestigmatizací neprokázala. Temilola et

al.²² zjistili nepřímou úměru mezi výší vzdělání a mírou sebestigmatizace. Rozdílné výsledky těchto studií a naší studie mohou souviset s použitím jiných škál k hodnocení sebestigmatizace, jiným socioekonomickým či kulturním prostředím nebo s účastí jiných skupin pacientů (např. těch, kteří trpí pouze psychózou, nebo pouze hospitalizovaných). V souladu s našimi nálezy je naopak review a metaanalýza 127 článků zabývajících se stigmatizací a sebestigmatizací převážně ve vyspělých zemích,⁴ která nenalezla významný vztah mezi demografickými faktory a sebestigmatizací.

Míra sebestigmatizace je v naší studii významně vyšší u pacientů, kteří v minulosti vysazovali léky. Zda vyšší míra sebestigmatizace předchází svévolnému vysazování léků, nebo vysazování léků a jeho důsledky posilují sebestigmatizaci, nelze z našich dat jednoznačně říci. V korelační analýze se neukázal žádný vztah ke sledovaným demografickým faktorům, kam patřil věk pacientů a věk počátku nemoci. Ovšem závažnost sebestigmatizace souvisí s mírou současné adherence k léčbě, subjektivně prožívanou aktuální závažností poruchy i objektivním klinickým dojmem. Vztah mezi závažností psychopatologie a mírou sebestigmatizace uvádí i review a metaanalýza Livingstona a Boydové.⁴ Ocisková et al.²³ v studii u hospitalizovaných pacientů zaznamenali statisticky signifikantní souvislost mezi stupněm úzkostných příznaků a sebestigmatizací. Otázkou je, jaký je kauzální vztah mezi mírou sebestigmatizace a tíhou úzkostných příznaků. Pokud je pacient závažněji nemocen, zpravidla dostává vyšší dávky antidepresiv a je častěji hospitalizovaný. To vše může vést k vyšší míře sebestigmatizace. Nebo se naopak vyšší míra sebestigmatizace již na počátku léčby může podílet na menším efektu farmakoterapie. Dle Ociskové et al.²³ je u hospitalizovaných neurotických pacientů významná nepřímá úměra mezi subjektivní i objektivní mírou zlepšení pacienta v léčbě a mírou sebestigmatizace na počátku léčby. Důležitou otázkou také je, zda je míra sebestigmatizace v čase stabilní, nebo kolísá v závislosti na kompenzaci psychického stavu. Na tyto otázky však naše průřezová studie nedokáže odpovědět.

Současná adherence k léčbě v našem souboru nesouvisela s pohlavím, úrovní dosaženého vzdělání (byť se zde dostává až k hranici významnosti), či přítomností partnerského vztahu. Rovněž nebyl nalezen vztah s věkem pacienta, trváním nemoci, počtem hospitalizací, počtem vystřídaných psychiatrů, ani s dávkami medikace. V některých studiích tomu bylo jinak. Ve studii Grila et al.²⁴ u panické poruchy našli autoři souvislost mezi vzděláním a adherencí k léčbě. Pacienti s nižším vzděláním byli méně adherentní. Naopak Santana et al.²⁵ u pacientů s OCD zjistili, že jedinci s nižším vzděláním zůstávali v terapii déle. Vysvětlit rozdíly mezi našimi výsledky a výsledky těchto studií je možné užším diagnostickým zaměřením těchto studií, malým počtem zařazených pacientů a použitím jiných hodnotících nástrojů.

V naší studii jsme zjistili významný vztah mezi adherencí a sebestigmatizací, a to v korelační analýze i krokové regresi, která vyloučila méně významné proměnné. Tento nálezy je v souladu s výsledky Sireyho et al.,¹¹ kteří zkoumali adherenci při užívání antidepresiv u depresivních pacientů a zjistili, že prediktory lepší adherence jsou niž-

ší vnímaná stigmatizace okolím i nižší sebestigmatizace. Matas et al.²⁶ ve svém souboru pacientů prokázali lepší adherenci u pacientů žijících v partnerském svazku. V naší studii se vztah adherence a partnerského vztahu neukázal. Rozdíl může jít na vrub jiné populace pacientů, kdy Matas et al.²⁶ začlenili také pacienty se schizofrenií a bipolární poruchou, zatímco naše studie se zaměřila pouze na pacienty s poruchami neurotického spektra.

Aktuální adherence k léčbě není rozdílná u pacientů, kteří v minulosti léky vysazovali, a těmi, kteří nikoliv. Míra současné adherence však významně negativně souvisí se subjektivně prožívanou závažností poruchy i jejím objektivním hodnocením. Pacient, který se sám cítí a je i lékařem viděn jako více nemocný, zároveň vykazuje horší adherenci k léčbě. Opět je otázkou, jaký je kauzální vztah. Na to však z našich údajů odpovědět nedokážeme.

Vysazování medikace o své vůli přiznávají podobně často ženy i muži. To je v souladu se závěry jiných autorů.²⁷ Vysazování psychofarmak je podle našich dat málo závislé na vzdělání, byť zde byl patrný trend k menšímu vysazování u pacientů s vyšším vzděláním. Zdá se také, že partnerský vztah před vysazováním léků nemusí chránit. V metaanalýze Taylora et al.²⁸ zjistili, že u úzkostných poruch dokončí léčbu bez vysazení medikace jenom asi polovina pacientů. V jejich souboru měly na vysazování nejvyšší podíl předsudky v rodinném prostředí, nízká motivace k léčbě u pacienta a přítomnost osobnostní psychopatologie. Vysazování léků v minulosti v našem souboru nesouviselo se současnou závažností poruchy ani se současnou adherencí k léčbě. Naopak Grilo et al.²⁴ zjistili, že čím vyšší je subjektivně vnímaná závažnost úzkosti, tím častěji pacienti léčbu přerušují. Opačný je výsledek studie Toniho et al.,²⁹ kdy bylo častější přerušování léčby antidepresivy spojeno s nižší závažností panické poruchy.

Omezení studie

Jedním z omezení studie je fakt, že data byla sbírána z dotazníků, které pacienti vyplňovali sami, a kromě demografických dat, objektivního CGI a dávek medikace mohla být data modifikována různou motivací pacientů. Výsledky dotazníků, zejména adherence, mohou být ovlivněny vztahem k lékaři, obavou, že jej zklamou, i snahou ukázat se v lepším světle. Přes 18 % pacientů dotazníky nevyplnilo nebo je vyplnili jen částečně, a tak jsou informace o míře jejich sebestigmatizace, adherence a vysazování léků v minulosti nedostatečné a nemohly být započítány do celkových výsledků. Přestože se tito pacienti, kteří ze studie vypadli, v demografických ani klinických datech nelišili od těch, kteří ve studii plně spolupracovali, může to být právě podskupina pacientů, která má výraznější problémy s adherencí a vysazováním léků.

Dalším omezením studie se zdá být řada diagnóz, kde jsou jednotlivé poruchy zastoupené velmi nerovnoměrně. Také se v úvahu nebrala různorodost medikace. Důležitým omezením je malá velikost souboru. A konečně také nepoužití standardního diagnostického interview.

Výsledky jsou průřezové a nemohou zachytit možnou dynamiku při změnách psychického stavu. Nejsou informace o stabilitě sebestigmatizace v čase, adherence se může měnit v rámci změn stavu.

ZÁVĚR

Adherence k léčbě se v poslední době stala opakovaně zmiňovanou podmínkou úspěchu léčby. Možnosti zvýšení adherence zahrnují motivaci a řádné poučení nemocných o nezbytnosti dodržování doporučeného léčebného režimu a seznámení s následky nonadherentního chování. Jako důležitý faktor v adherenci se jeví také stigmatizace a sebestigmatizace pacienta. Sebestigmatizace statisticky významně

negativně koreluje s mírou adherence a je nižší u pacientů žijících v partnerském vztahu, u pacientů méně často hospitalizovaných, užívajících nižší dávku antidepresiva a u pacientů s nižším počtem ambulantních psychiatrů, které jedinec vystrídal. Pokud budou tyto výsledky ověřeny dalšími studii, velkou perspektivou pro zvýšení adherence mohou být strategie na snížení sebestigmatizace, které mohou být prováděny pomocí systematické psychoedukace pacientů nebo v rámci psychotherapeutického vedení.

LITERATURA

- Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33 (1): 192–199.
- Ustündağ MF, Kesebir S. Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. *Turk Psikiyatri Derg* 2013; 24 (4): 231–239.
- Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 692–699.
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2010; 71: 2150–2161.
- Brook OH, van Hout HPJ, Nieuwenhuyse H, de Haan M. Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomised controlled trial. *European Neuropsychopharmacology* 2003; 13 (5): 334–354.
- Tay SE. Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007; 45 (6): 29–37.
- Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26 (5): 331–342.
- Camp DL, Finlay WML & Lyons E. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 823–834.
- Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*. 2009; 9: 61.
- Corrigan PW, Rafacz J, Rüsch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2011; 189 (3): 339–343.
- Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479–481.
- Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008; 32: 485–495.
- Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010; 180 (1): 10–15.
- Padurariu M, Ciobica A, Persson C, Stefanescu C. Self-Stigma in psychiatry: ethical and bio-psycho-social perspectives. *Romanian Journal of Bioethics* 2011; 9 (1): 76–82.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.
- Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 2014; 55 (1): 221–231.
- Ocisková M, Praško J, Dostálová J, Kamarádová D, Látalová K, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110 (6): 301–310.
- Guy W (ed.). ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, U.S. DHEW; 1976.
- EMA, 2002: <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20.3.2009.
- Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Müller N. Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst* 2013; 7 (1): 21. doi: 10.1186/1752-4458-7-21.
- Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH. Self-Stigma and Its Correlates Among Outpatients With Depressive Disorders. *Psychiatric Services* 2005; doi: 10.1176/appi.ps.56.5.599.
- Temilola MJ, Adegoke AO, Olaolu AT, Adegboyega O, Olaide AK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*. 2013; 3 [Epub ahead of print].
- Ocisková M, Praško J, Látalová K, Kamarádová D, Grambal A, Sigmundová Z, Sedláčková Z. Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110 (3): 233–243.
- Grilo CM, Money R, Barlow DH et al. Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Compr Psychiatry* 1998; 39 (6): 323–332.
- Santana L, Versiani M, Mendlowicz MV, Fontenelle LF. Predictors of adherence among patients with obsessive-compulsive disorder undergoing naturalistic pharmacotherapy. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30 (1): 86–88.
- Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry* 1992; 14: 124–130.
- Bulloch AGM, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*; 10.1007/s00127-009-0041-5.
- Taylor S, Abramowitz JS, McKay. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2012 Jun; 26 (5): 583-9. doi: 0.1016/j.janxdis.2012.02.010.
- Toni C, Perugi G, Frare F, Mata B, Akiskal HS. Spontaneous treatment discontinuation in panic disorder patients treated with antidepressants. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 (2): 130–137.