

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

původní práce

Kristýna Vrbová<sup>1</sup>  
 Dana Kamarádová<sup>1</sup>  
 Klára Látalová<sup>1</sup>  
 Ján Praško<sup>1</sup>  
 Andrea Cinculová<sup>1</sup>  
 Radim Kubínek<sup>1</sup>  
 Barbora Mainerová<sup>1</sup>  
 Marie Ocisková<sup>1,2</sup>  
 Anežka Ticháčková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika psychiatrie,  
 Lékařská fakulta University  
 Palackého a Fakultní nemocnice  
 Olomouc

<sup>2</sup>Katedra psychologie,  
 Filosofická fakulta University  
 Palackého v Olomouci

## Kontaktní adresa:

MUDr. Kristýna Vrbová  
 Klinika psychiatrie  
 I. P. Pavlova 6  
 779 00 Olomouc  
 e-mail: krist@atlas.cz

## SOUHRN

Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických 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 psychotické poruchy měla za cíl zjistit, zda existuje souvislost mezi vysazováním psychofarmak v minulosti, současnou adherencí k léčbě a sebestigmatizací. Účast ve studii byla nabídnuta 90 pacientům, avšak podmínky pro zařazení splnilo pouze 74 z nich. K hodnocení bylo použito objektivní i subjektivní CGI-S (Clinical Global Impression – Severity), dotazník adherence DAI-10 (Drug Attitude Inventory), míra sebestigmatizace hodnocená dotazníkem ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale) a demografická data. Dotazníky odevzdalo 79 pacientů, u 5 však byly neúplně nebo nedostatečně vyplněné. Plná data byla získána u 74 pacientů. Analýza dat ukázala, že míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s většinou demografických faktorů (věk, věk počátku nemoci, pohlaví, vzdělání, stav, zaměstnanost, trvání nemoci, počet hos-

## SUMMARY

Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Ticháčková A. Self-stigma, adherence and discontinuation of medication in patients with psychotic disorders – cross-sectional study

Adherence to the treatment of mental disorders is one of the main factors affecting the success and secondarily the quality of life and social adaptation of the patients. Cross-sectional study in 90 outpatients with a diagnosis of psychotic disorders was designed to determine whether there is a link between self-stigma, adherence to the treatment and the discontinuation of medication in the past. The methods of evaluation were objective and subjective CGI (Clinical Global Impression), the adherence questionnaire DAI-10 (Drug Attitude Inventory), the self-stigma scale ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), and the demographic data questionnaire. All the data were obtained from 74 patients, 5 patients completed questionnaires inadequately or did not cooperate sufficiently. Analysis of the data showed that the overall level of self-stigma assessed by ISMI did not correlate significantly with majority of demographic factors (age, age of onset of the disease, gender, education, marital status, employment, duration of illness, number of hospita-

pitalizací, dávka antipsychotika). Statisticky významně negativně však koreluje se současnou adhezencí k léčbě.

**Klíčová slova:** psychóza, schizofrenie, schizoafektivní porucha, sebestigmatizace, adherence.

lisations and the dose of an antipsychotics). However, there was a statistically significant negative correlation between self-stigma and current treatment adherence.

**Key words:** psychosis, schizophrenia, schizoaffective disorder, self-stigma, adherence.

## ÚVOD

Většina jedinců s diagnózou schizofrenie se musí vypořádat s nějakou formou stigmatizace.<sup>1,2</sup> Stigmatizace odkazuje na stereotypní sadu negativních postojů, zavádějících přesvědčení a obav z diagnózy schizofrenie, které jsou ovlivněny tím, jak je tento syndrom chápán ostatními. Pohled veřejnosti na schizofrenii je utvářen nedostatkem znalostí, předsudky a diskriminujícím chováním a může být dále umocněn vědecky zjednodušujícím důrazem na biogenetický model nemoci ze strany části odborníků.<sup>3–5</sup> Hrozba stigmatizace může vést ke zpoždění ve vyhledání psychiatrické pomoci a podpůrných sociálních služeb.<sup>6</sup> Následné psychologické a sociální újmy mohou mít další negativní vliv na onemocnění samotné a vést k dalšímu narušení psychických funkcí. Kromě toho mají předsudky a diskriminace související se schizofrenií za následek špatnou spolupráci v léčbě.<sup>7</sup> Povědomí o nemoci a náhled mohou vést k lepším funkčním výsledkům, ale pokud náhled doprovází přijetí stigmatizujících postojů, je pravděpodobnější, že náhled zhoršuje sociální fungování, snižuje naději a sebevědomí.<sup>8</sup>

Většina výzkumů v oblasti stigmatizace zkoumá negativní reakce běžné populace na osoby se schizofrenií. Méně často jsou zkoumány postoje samotných pacientů, kteří jsou této stigmatizaci vystaveni. Sebestigmatizace je proces, ve kterém si pacient přisuzuje hanlivou nebo sociální handicapující nálepku, zvnitřňuje ji a očekává, že se k němu lidé budou chovat negativním způsobem, odmítat jej nebo jím pohrdat.<sup>9–11</sup> Po zvnitřnění tento proces funguje samostatně, aniž by si člověk musel být vědom, co tím činí sobě i nejbližším.<sup>12,13</sup> Internalizace stigmatu začíná ve chvíli, kdy si jedinec všimne, že se vůči němu druzí začínají chovat jinak, méně přívětivě, a uvědomí si předsudky, které k takovému jednání vedou. Poté začíná věřit, že jsou názory a postoje společnosti vůči lidem s duševní poruchou opodstatněné. V poslední fázi vztahuje stereotypy na sebe, nekriticky jim věří a jedná v souladu s nimi.<sup>14</sup> Výsledky z posledního systematického přehledu<sup>15</sup> ukazují, že třetina až polovina pacientů s poruchou schizofrenního spektra se za své onemocnění stydí a prožívá odcizení jako nejčastější aspekt sebestigmatizace. Sebestigmatizace v tomto přehledu predikovala závažnější depresi, větší sociální úzkosti, nižší kvalitu života, menší sebevědomí, horší sociální fungování, menší míru naděje, horší odbor-

né fungování, horší výsledky léčby, méně podpory a horší spolupráci v léčbě. Sebestigmatizace je spojena s poklesem sebevědomí a sebevědomí, horším sociálním a pracovním fungováním, zvýšenou závažností příznaků a poklesem spolupráce v léčbě.<sup>9,16–21</sup> Poslední evropské studie uvádějí prevalenci sebestigmatizujících postojů u jedinců trpících závažnými psychickými poruchami okolo 40 %.<sup>22,23</sup> Čím více pacient a jeho rodina cítí psychiatrickou diagnózu jako stigma, čím častěji se setká se stigmatizací u zdravotního personálu a čím více očekává odmítnutí spolupracovníky či přáteli, tím je léčba svízelnější. Podobné předsudky panují i o samotné psychiatrické léčbě. Kromě značkování psychické poruchy je to další důvod vyhýbání se psychiatrii, i když je zjevné, že dotyčný léčbu potřebuje. Psychofarmaka (zejména antipsychotika) jsou pokládána za málo účinné látky, které nejsou vhodné pro kauzální léčbu, jen tlumí a „oblbnou“, mohou vyvolat závislost, případně negativně ovlivňují mozek i tělo. Stigma tedy zhoršuje spolupráci při braní léků. Sebestigmatizace vede ke strachu, který je zdrojem psychické zátěže, jež nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění.<sup>24</sup>

Negativní důsledky nonadherence se projevují v mnoha oblastech. Zvyšuje se riziko dalšího relapsu po vysazení medikace, dlouhodobý průběh psychotického onemocnění je celkově závažnější s nutností častějších hospitalizací. Z psychosociálního hlediska souvisí nonadherence zejména s nedostatečným náhledem nemoci,<sup>25</sup> strachem ze stigmatizace a sebestigmatizací,<sup>26,27</sup> špatným terapeutickým vztahem a odrazováním pacienta od užívání medikace jeho blízkými.<sup>12</sup> Snaha vyhnout se značkování vede k popírání poruchy, odkládání nebo vyhýbání se léčbě a představuje tak významnou bariéru v cestě k pomoci.<sup>28–30</sup>

Fung et al.<sup>31</sup> zkoumali vztah mezi sebestigmatizací, adhezencí k léčbě, závažností psychopatologie, náhledem a ochotou navázat terapeutickou spolupráci. Do studie bylo zařazeno 105 pacientů se schizofrenií z pěti psychiatrických zařízení v Hong Kongu. Výsledky ukázaly na přímý účinek sebestigmatizace a tíže psychopatologie na horší fungování v psychosociální oblasti a nepřímý vliv náhledu nemoci a ochotě k terapeutické spolupráci na celkovou adhezenci léčbě. Sebestigmatizace přitom neměla přímý vliv na míru psychopatologie. Tsang et al.<sup>32</sup> následně zkoumali vztah mezi sebestigmatizací, ochotou k tera-

apeutické spolupráci a účasti v psychosociálním programu u 105 nemocných. Mnohočetná kroková regrese ukázala, že jedinci s méně závažným funkčním postižením byli ochotnější navázat terapeutickou spolupráci, vykazovali nižší míru sebestigmatizace a celkově lépe spolupracovali v léčbě.

Cílem naší studie bylo zjistit míru sebestigmatizace a adherence u stabilizovaných ambulantních pacientů s diagnózou schizofrenního okruhu, zjistit jejich vzájemný vztah, dále vztah k vysazování předepsané medikace v minulosti, k aktuální závažnosti nemoci a eventuálně k jiným demografickým datům. Záměrem studie bylo ověřit následující hypotézy: (a) míra sebestigmatizace a nonadherence či vysazování léků je vyšší u mladších pacientů, mužského pohlaví, pacientů bez partnera a s nižším vzděláním; (b) vyšší míra sebestigmatizace je spojena s nižší adherencí a častějším vysazováním psychofarmak; (c) u pacientů, kteří v minulosti svévolně vysazovali léky, je nižší současná adherence k léčbě a vyšší míra sebestigmatizace.

## METODA

### Pacienti

Studie byla nabídnuta pacientům s **diagnózou schizofrenního okruhu** (schizofrenie, schizoafektivní porucha, porucha s bludy), docházejícím na kontroly na ambulanci psychiatrické kliniky, kteří splňovali následující kritéria:

- psychotické onemocnění ze schizofrenního okruhu (F2x.x) podle kritérií MKN-10,<sup>33</sup>
- ochota vyplnit dotazníky,
- věk mezi 18 a 75 lety,
- kompensovaná psychická porucha (pacient je schopen docházet na ambulantní léčbu, jeho stav se dlouhodobě nemění a nemusí být hospitalizovaný).

Do studie nebyli zařazeni pacienti s mentální retardací, organickou psychickou poruchou, závažným tělesným onemocněním a pacienti, kteří byli akutně zhoršeni, 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.<sup>34</sup>

### Posuzovací nástroje

ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) je dotazník, který sestává z 29 položek se čtyřbodovou stupnicí a měří 5 oblastí internalizovaného stigmatu.<sup>35</sup> Patří mezi ně pocity odcizení a toho, že jedinec není plnohodnotným členem společnosti, míra souhlasu se stereotypy o lidech s duševní poruchou, percepce toho, jak je s pacientem nyní, od doby stanovení diagnózy, zacházení, stažení se ze společnosti a stupeň rezistence vůči stigmatu.<sup>36</sup> Škála byla u nás standardizována Ociskovou et al.<sup>37</sup>

**Drug Attitude Inventory** (DAI-10) je dotazník hodnotící postoj pacientů k lékům. Pacient buďto považuje konstatování o lécích za pravdu, nebo za lež. Konstatování se týká jak účinků léků, tak jejich potřeby a dobrovolnosti užívání. Hodnotí míru současné adherence (tedy nikoliv, zda v minulosti pacient léky vysazoval či nikoliv).

**CGI** (Clinical Global Impression<sup>38</sup>) – celkové hodnocení závažnosti psychopatologie. Zdrojem hodnocení je komplexní hodnocení pacienta lékařem. V subjektivní verzi (subjCGI-S) hodnotí svůj celkový stav pacient sám na stupnici závažnosti 1–7, přičemž každý ze stupňů závažnosti má popsane charakteristiku.

**Demografický dotazník** – obsahuje základní údaje – pohlaví, věk, stav, vzdělání, zaměstnanost, invalidita, věk nástupu nemoci, délka docházky do ambulance, počet hospitalizací, doba od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů, aktuální medikace, údaj o vysazování medikace v minulosti (na doporučení psychiatra a z vlastní vůle).

### Statistické hodnocení a etika

Ke statistickému hodnocení výsledků byl použit statistický programy Prism (GraphPad PRISM version 5.0; <http://www.graphpad.com/prism/prism.htm>). 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 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.<sup>34</sup> Pacienti podepsali informovaný souhlas.

## VÝSLEDKY

### Popis souboru

Dotazníky byly nabídnuty celkem 90 pacientům docházejícím se schizofrenním onemocněním na ambulanci psychiatrické kliniky. Vyplňování dotazníků bylo dobrovolné. Dotazníky odevzdalo 79 pacientů, u 5 však byly neúplně nebo nedostatečně vyplněné. Plná data byla získána u 74 pacientů. Důvody vyplnění jen některých dotazníků nebo neúplného vyplnění dotazníků byly nedostatek času, ztráta ochoty vyplnit všechny dotazníky během jejich vyplňování (bylo to únavné), neschopnost soustředit se v čekárně na otázky, absence korekčních pomůcek (brýle). Další výsledky jsou kalkulovány u 74 pacientů, u kterých byla získána veškerá data. Pacienti, kteří byli na základě nedostatečného vyplnění dotazníků vyřazeni ze studie, byli sta-

Tab. 1. Demografická a klinická data v průměrech a směrodatných odchylkách u celého souboru a pacientů, kteří vyplnili všechny dotazníky

	Věk	CGI-S	CGI-O	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet psychiatrů	Procento pacientů, kteří vysadili léky v minulosti
<b>Vyplnili dotazníky (n = 74)</b>	36,95 ± 10,71	2,595 ± 1,706	2,936 ± 1,303	25,68 ± 9,18	3,113 ± 2,277	3,139 ± 2,894	47,3 %
<b>Neúplně nebo nedostatečně vyplnili dotazníky (n = 16)</b>	43,44 ± 16,22	2,563 ± 1,896	2,875 ± 1,628	31,13 ± 14,62	2,938 ± 1,569	2,375 ± 1,857	31,3 %
<b>Statistika</b>	nepárový t-test: t = 2,010 df = 93; <b>p &lt; 0,05</b>	nepárový t-test: t = 0,0681 df = 93; n. s.	nepárový t-test: t = 0,1630 df = 92; n. s.	nepárový t-test: t = 1,936 df = 93; n. s.	nepárový t-test: t = 0,2902 df = 76; ns. s	nepárový t-test: t = 1,012 df = 93; ns. s	Fisherův přesný test: n. s.

tisticky významně starší než skupina, která dotazníky vyplnila (tab. 1). V žádném z demografických (kromě věku) ani klinických parametrů se skupina, která byla vyřazena, statisticky významně nelišila od skupiny, která dotazníky vyplnila.

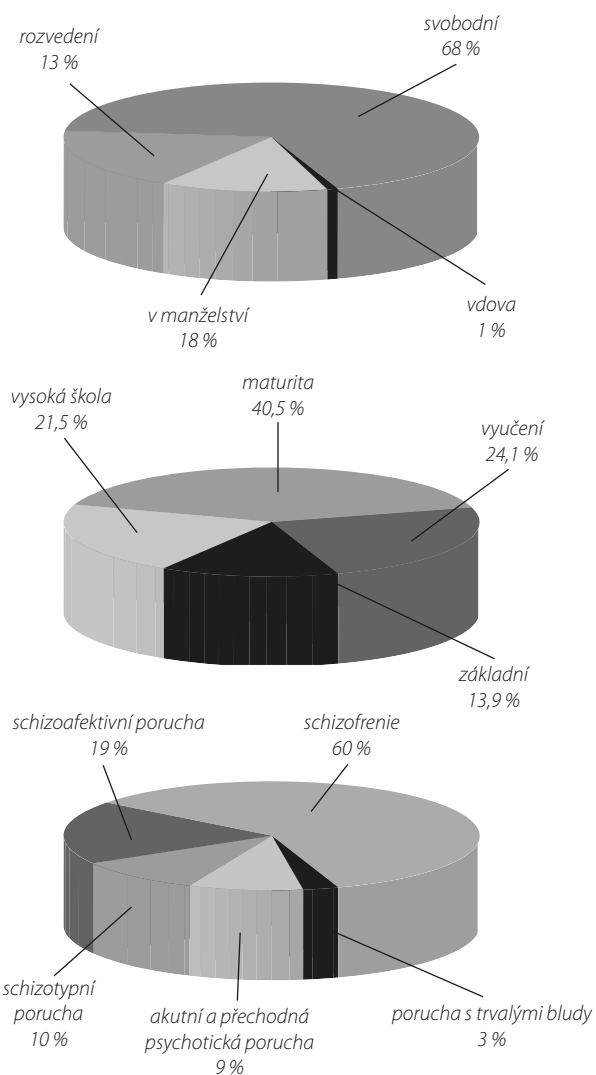
Z jednotlivých klinických jednotek byly jako hlavní diagnóza nejvíce zastoupeny schizofrenie a schizoafektivní porucha, méně pak schizotypní porucha, akutní a pře-

chodná psychotická porucha, porucha s trvalými bludy (graf 1).

V souboru bylo 41,8 % žen. Antipsychotika užívalo v době hodnocení 97,5 % pacientů, antidepressiva 36,7 %, anxiolytika 15,2 % pacientů a tymostabilizéry 8,9 % pacientů. Průměrná dávka antipsychotika byla 4,77 ± 3,15 mg (přepočteno na index risperidonu), antidepressiva 27,37 ± 17,41 mg (přepočteno na index paroxetinu) a anxiolytika 7,11 ± 7,37 mg (přepočteno na index diazepamu) u těch, kteří dané léky užívali. 55,7 % pacientů v minulosti vysadilo medikaci bez domluvy s lékařem. Svobodných bylo 68,4 % pacientů, 17,7 žilo v manželském svazku, 12,7 % bylo rozvedeno a jedna pacientka je vdovou (graf 1).

Skoro polovina (48,1 %) pacientů udávala psychiatricky pozitivní rodinnou anamnézu, z toho 21 % udávalo onemocnění schizofrenního okruhu u svého příbuzného.

13,9 % pacientů mělo pouze základní vzdělání, 24,1 % bylo vyučených, 40,5 % mělo středoškolské a 21,5 % vysokoškolské vzdělání (graf 1).



Graf 1. Procentuální zastoupení typů partnerského vztahu, úrovní dosaženého vzdělání a jednotlivých poruch schizofrenního okruhu u zkoumaného souboru pacientů

### Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků ve vztahu k demografickým a klinickým proměnným

#### Hereditární zátěž

Průměrná míra sebestigmatizace a adherence k léčbě byla u pacientů bez rodinné psychiatrické zátěže prakticky stejná jako u pacientů s rodinnou zátěží. Podobně nebyl zjištěn rozdíl mezi těmito skupinami v počtu pacientů, kteří v minulosti vysadili medikaci o vlastní vůli bez doporučení lékaře (tab. 2).

#### Pohlaví

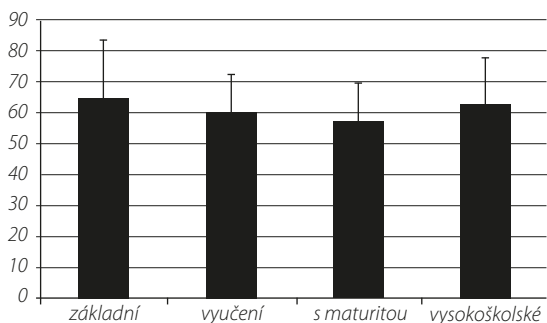
Průměrná míra sebestigmatizace byla u obou pohlaví podobná a mezi pohlavími nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Míra současné adherence k léčbě se rovněž mezi pohlavími v průměru statisticky významně nelišila. Podobně nebyl zjištěn rozdíl mezi pohlavími ve vysazování medikaci o vlastní vůli (tab. 2).

#### Partnerský stav

Při srovnání skupiny pacientů bez partnera (65,8 %) a pacientů žijících s partnerem jsou dosažené průměrné hodnoty sebestigmatizace, adherence i vysazování psy-

Tab. 2. **Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků ve vztahu k hereditární psychiatrické zátěži, pohlaví, partnerskému stavu a vysazování medikace v minulosti**

	Míra stigmatizace	Statistika – porovnání skupin mezi sebou	Adherence k léčbě	Statistika – porovnání skupin mezi sebou	Frekvence vysazování medikace v minulosti	Statistika – porovnání skupin mezi sebou
<b>Rodinná zátěž</b> <b>Bez rodinné zátěže</b>	59,03 ± 12,25 61,55 ± 14,51	Nepárový t-test: t = 0,7991 df = 72; n. s.	3,108 ± 3,928 2,632 ± 4,606	Nepárový t-test: t = 0,4815 df = 73; n. s.	34,0 % 45,2 %	Fisherův přesný test: n. s.
<b>Muž</b> <b>Žena</b>	59,21 ± 12,86 61,71 ± 14,23	Nepárový t-test: t = 0,7969; df = 72; n. s.	3,282 ± 4,690 2,417 ± 3,760	Nepárový t-test: t = 0,8770 df = 73; n. s.	46,3 % 42,1 %	Fisherův přesný test: n. s.
<b>S partnerem</b> <b>Bez partnera</b>	59,10 ± 12,59 60,87 ± 13,89	Nepárový t-test: t = 0,4988 df = 72; n. s.	2,421 ± 4,598 3,018 ± 4,176	Nepárový t-test: t = 0,5247 df = 73; n. s.	55,0 % 35,6 %	Fisherův přesný test: n. s.
<b>Léky vysazovali</b> <b>Léky nevysazovali</b>	61,74 ± 13,31 60,33 ± 13,93	Nepárový t-test: t = 0,4558 df = 76; n. s.	2,800 ± 4,398 2,929 ± 4,375	Nepárový t-test: t = 0,1281 df = 75; n. s.		

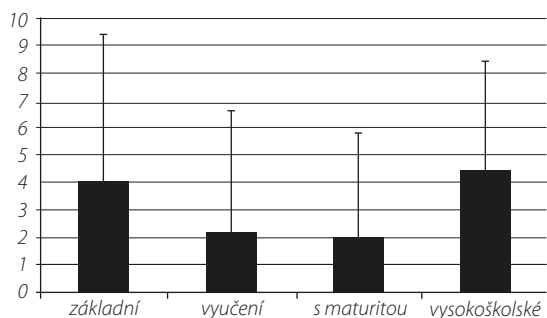
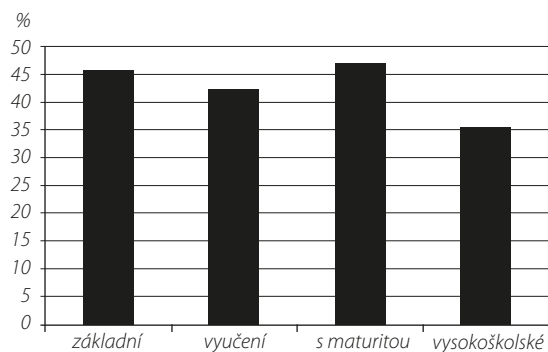
Graf 2. **Průměrné hodnoty celkového skóre ISMI podle úrovně dosaženého vzdělání**

chofarmak o vlastní vůli podobné. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami (tab. 2).

### Vzdělání

Míra sebestigmatizace nesouvisela s úrovní vzdělání (one-way ANOVA:  $F = 0,9657$ ,  $df = 75$ ; n. s.) (graf 2).

Průměrná míra současné adherence se rovněž statisticky významně nelišila podle úrovně dosaženého vzdělání (one-way ANOVA:  $F = 1,652$ ,  $df = 77$ ; n. s.) (graf 3), byť vysokoškolsky vzdělaní pacienti přiznávali vysazování medikace o vlastní vůli méně často (35 %) než ostatní skupiny. Mezi skupinami nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $\chi^2$ -square:  $p = n. s.$ ) (graf 4).

Graf 3. **Průměrné hodnoty celkového skóre DAI-10 podle úrovně dosaženého vzdělání**Graf 4. **Procenta pacientů, kteří v minulosti vysadili medikaci o vlastní vůli, podle úrovně dosaženého vzdělání**

### 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 těch, kteří ji vysazovali, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Při porovnání míry sebestigmatizace v ISMI a současné adherence hodnocené DAI-10 u pacientů, kteří v minulosti medikaci nevysazovali, a těmi, kteří ji vysazovali, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami (tab. 2).

### Vztah sebestigmatizace s demografickými a klinickými údaji

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skóre ISMI nekoreluje významně s věkem, věkem počátku nemoci, počtem hospitalizací, počtem ambulantních psychiatrů, se závažností onemocnění hodnocenou psychiatrem dle CGI i samotným pacientem (subjektivní CGI), ani s dávkou antipsychotika či anxiolytika, ale velmi signifikantně negativně koreluje s adherencí k léčbě a pozitivně s dávkou antidepressiva (tab. 3).

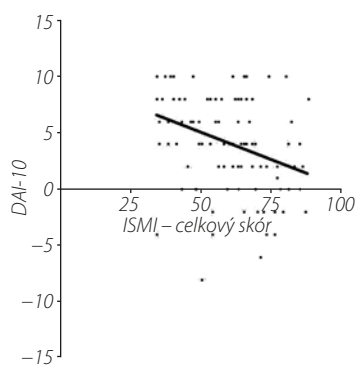
### Vztah aktuální míry adherence s demografickými a klinickými daty

Míra adherence hodnocená dotazníkem DAI-10 statisticky významně negativně koreluje pouze s celkovým ISMI, to znamená, že čím větší míru sebestigmatizace pacient vykazuje, tím nižší je jeho adherence k léčbě (graf 5).

Tab. 3. Korelace ISMI a DAI-10 s demografickými a klinickými daty

	Věk	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet ambulantních psychiatrů	Adherence
Korelace s celkovým skórem ISMI	0,02634 <sup>P</sup> n. s.	0,1416 <sup>P</sup> n. s.	0,1054 <sup>S</sup> n. s.	0,1783 <sup>S</sup> n. s.	-0,3653 <sup>P</sup> <b>p &lt; 0,005</b>
	dávka antipsychotika (index risperidonu, n = 72)	Dávka antidepresiva (index paroxetinu, n = 46)	Dávka anxiolytika (index diazepam, n = 22)	subCGI	objCGI
Korelace s celkovým skórem ISMI	0,1237 <sup>S</sup> n. s.	0,3962 <sup>S</sup> <b>p &lt; 0,01</b>	-0,2311 <sup>P</sup> n. s.	0,04979 <sup>S</sup> n. s.	0,07928 <sup>S</sup> n. s.
	Věk	Počátek nemoci	Počet hospitalizací	Počet ambulantních psychiatrů	ISMI celkový skór
Korelace s celkovým skórem DAI-10	-0,01834 <sup>P</sup> n. s.	0,06027 <sup>P</sup> n. s.	0,02776 <sup>S</sup> n. s.	-0,05435 <sup>S</sup> n. s.	-0,3653 <sup>P</sup> <b>p &lt; 0,005</b>
	dávka antipsychotika (index risperidonu, n = 72)	Dávka antidepresiva (index paroxetinu, n = 46)	Dávka anxiolytika (index diazepam, n = 22)	subCGI	objCGI
Korelace s celkovým skórem DAI-10	-0,02736 <sup>S</sup> n. s.	-0,005841 <sup>S</sup> n. s.	-0,2636 <sup>P</sup> n. s.	-0,1914 <sup>S</sup> n. s.	-0,2075 <sup>S</sup> n. s.

Pozn.: <sup>P</sup> = Pearsonovo r; <sup>S</sup> = Spearmanovo r



Graf 5. Lineární regrese mezi celkovým skórem v ISMI a adherencí

## DISKUSE

Studie hodnotila u 74 ambulantních pacientů s poruchou ze schizofrenního okruhu vztahy mezi sebestigmatizací, aktuální adherencí k léčbě, vysazováním léků v minulosti o vlastní vůli k vybraným demografickým a klinickým datům.

Z nálezů vyplývá, že hereditární zátěž, pohlaví, partnerský vztah, vzdělání ani subjektivní či objektivní hodnocení aktuální závažnosti poruchy nehraje v případě sebestigmatizace významnější roli. Tento nález není ve shodě s výsledky některých dřívějších studií. Například ve studii Girma et al.<sup>39</sup> byla podle ISMI významně vyšší míra sebestigmatizace u žen než u mužů a sebestigmatizace klesala s rostoucí úrovní vzdělání. Podobně Temilola et al.<sup>40</sup> zjistili nepřímou úměru mezi výší vzdělání a mírou sebestigmatizace. Ovšem jiná studie, Yena et al.,<sup>41</sup> naopak souvislost mezi pohlavím, věkem a sebestigmatizací neprokázala. Rozdílné výsledky mohou souviset s rozdílným diagnostickým spektrem v jednotlivých studiích (kdy pouze studie Temiloly et al.<sup>40</sup> měla podobné diagnostické spektrum jako prezentovaná studie), dále s použitím jiných škál

k hodnocení sebestigmatizace a odlišným socioekonomickým či kulturním prostředím. V souladu s našimi nálezy je review a metaanalýza 127 článků zabývajících se stigmatizací a adherencí převážně ve vyspělých zemích,<sup>26</sup> která nenalezla významný vztah mezi demografickými faktory a sebestigmatizací.

Míra sebestigmatizace v naší studii nesouvisela s přiznaným vysazováním léků v minulosti. Ovšem závažnost sebestigmatizace statisticky významně souvisela s mírou současné adherence k léčbě a dávkou antidepresiv. Pacienti s vysokou mírou sebestigmatizace byli méně adherentní k léčbě a užívali vyšší dávky antidepresiv ve srovnání s pacienty, kteří se stigmatizovali méně. V prezentované studii nebyl zjištěn vztah mezi mírou sebestigmatizace a závažností poruchy (hodnoceno CGI), ať byla hodnocena psychiatrem, nebo samotným pacientem. Důležitou otázkou je, zda je míra sebestigmatizace v čase stabilní, nebo kolísá, např. v závislosti na kompenzaci psychického stavu. Na tyto otázky však naše průřezová studie nedokáže odpovědět, protože jsme nesbírali data u pacientů v akutním stavu.

Současná adherence k léčbě v našem souboru nesouvisela s pohlavím, úrovní dosaženého vzdělání (byť se přiblížila až k hranici významnosti), či přítomností partnerského vztahu. Rovněž nebyl nalezen vztah k věku pacienta, trvání nemoci, počtu hospitalizací, počtu vystřídaných psychiatrů, ani k dávkování antipsychotik a anxiolytik.

V některých studiích u jiných psychických poruch došli autoři k odlišným závěrům. Ve studii Grila et al.<sup>42</sup> u panické poruchy našli autoři souvislost mezi vzděláním a adherencí k léčbě. Pacienti s nižším vzděláním byli méně adherentní. Rozdílný výsledek může jít na vrub jinému diagnostickému zaměření této studie, také však malému počtu zařazených pacientů a použití odlišných diagnostických nástrojů.

Matas et al.<sup>43</sup> ve svém souboru 874 ambulantních pacientů prokázali lepší adherenci u pacientů žijících v partnerském vztahu. V prezentované studii se vztah adherence a partnerského vztahu neprokázal. Rozdíl může jít zejména na vrub odlišné populace pacientů, kdy Matas et al.<sup>43</sup> zařazovali do studie kromě pacientů se schizofrenií

také pacienty ostatních diagnostických kategorií (pacienty neurotického spektra, pacienty trpící bipolární poruchou, pacienty s poruchami osobnosti a pacienty zneužívající psychoaktivní látky), zatímco naše studie se zaměřila pouze na pacienty s onemocněním ze schizofrenního spektra.

Nejvýznamnějším nálezem, který prezentovaná studie předkládá, je vzájemný vztah mezi adhezencí a sebestigmatizací. Čím více se pacient stigmatizuje, tím méně je adherentní k léčbě. Tento nález je v souladu s výsledky Sireyho et al.,<sup>18</sup> kteří zkoumali adhezenci při užívání antidepresiv u depresivních pacientů a zjistili, že prediktory lepší adherence jsou nižší vnímaná stigmatizace okolím i nižší sebestigmatizace.

Vysazování medikace o své vůli přiznávají podobně často ženy i muži. Tento nález je v souladu se závěry dalších autorů.<sup>44</sup> Vztah mezi svévolným vysazováním psychofarmak a dosaženým vzděláním v naší studii nedosáhl statistické významnosti, byť zde byl patrný trend k menšímu vysazování léků u pacientů s vyšším vzděláním.

Zdá se také, že partnerský vztah před vysazováním léků nemusí chránit. Vysazování léků v minulosti v našem souboru nesouviselo se současnou závažností poruchy ani se současnou adhezencí k léčbě.

## Omezení studie

Jedním z omezení studie je skutečnost, že data byla sbírána z dotazníků, které pacienti vyplňovali samostatně, a kromě demografických dat, objektivního CGI a dávkování psychofarmak mohla být data modifikována různou motivací pacientů. Poskytnuté údaje, zejména týkající se adherence, mohly být ovlivněny kvalitou terapeutického vztahu, obavou pacienta, že by mohl lékaře zklamat, nebo snahou prezentovat se v lepším světle.

16 pacientů (18 %) dotazníky nevyplnilo vůbec nebo pouze z části. Data od těchto účastníků nebyla do celkových výsledků započítána. Přestože se tyto pacienti, kteří byli ze studie vyřazeni, nelišili v demografických (kromě věku) ani klinických datech od plně spolupracujících pacientů, mohlo se jednat právě o podskupinu, která by měla výraznější problémy s adhezencí, případně svévolně vysazovala léky.

Dalším omezením studie se zdá být několik různých diagnóz v rámci schizofrenního spektra, kde byly jednotlivé poruchy zastoupeny velmi nerovnoměrně a k jejich diagnostice nebylo použito standardního diagnostického interview. Důležité omezení představuje malá velikost souboru. Rovněž nebyla zohledněna různorodost medikace.

Výsledky jsou průřezové a nemohou zachytit možnou dynamiku při změně závažnosti psychopatologie. Nelze se proto vyjádřit o stabilitě sebestigmatizace v čase. Adherence se rovněž může měnit v závislosti na míře kompenzace psychického onemocnění.

## ZÁVĚR

Adherence k léčbě je jednou z nejdůležitějších podmínek úspěchu léčby. Možnosti zvýšení adherence zahrnují motivaci a řádné poučení nemocných o nezbytnosti dodržování doporučeného léčebného režimu a seznámení se s následky non-adherentního chování. Jako důležitý faktor v adhezenci se jeví také stigmatizace a sebestigmatizace pacienta. Pokud budou tyto výsledky ověřeny dalšími studiemi, velkou perspektivou pro zvýšení adherence mohou být strategie na snížení sebestigmatizace, které mohou být prováděny pomocí systematické psychoedukace pacientů nebo v rámci psychoterapeutického vedení.

## LITERATURA

- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 143–155.
- Lee S, Chiu MY, Tsang A, Chui H, Kleinman A. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2006; 62(7): 1685–1696.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 331–334.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007; 190: 192–193.
- Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 34: 984–994.
- Corrigan P, Markowitz F, Watson A. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30: 481–491.
- Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25: 1–2.
- 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.
- Yanos PT, Roe D, Markus K & Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services* 2008; 59 (12): 1437–1442.
- Rüsch N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A Stress-Coping Model of Mental Illness Stigma: II. Emotional Stress Responses, Coping Behavior and Outcome. *Schizophrenia Research* 2009; 110: 65–71.
- Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B, Tošić G. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51: 603–606.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 299–312.
- Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Vilagut G. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 2009; 118: 180–186.
- 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.

15. Gerlinger G, Hauser M, de Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12: 155–164.
16. Cavelti M, Kvigic S, Beck E, Rusch N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 53: 468–479.
17. Kleim B, Vauth R, Adam G, Stieglitz R, Hayward P, Corrigan P. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2008; 17: 482–491.
18. 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.
19. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*; 1999; 25: 467–478.
20. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2010; 13: 73–93.
21. Watson AC, Corrigan PW, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*; 2007; 33: 1312–1318.
22. Brohan E, Elgie R, Satorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research* 2010; 122: 232–238.
23. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action* 2011; 1: 3–10.
24. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012, 12: 239 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/239>.
25. Látalová K. Violence and duration of untreated psychosis in first-episode patients. *Int J Clin Pract* 2014; Mar; 68 (3): 330–335; doi: 10.1111/ijcp.12327. Epub 2014 Jan 28.
26. 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.
27. Outcalt SD, Lysaker PH. The relationships between trauma history, trait anger, and stigma in persons diagnosed with schizophrenia spectrum disorders. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2012; 4 (1): 32–41.
28. 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.
29. Gumley A, O'Grady M, Power K, Schwannauer M. Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38 (11–12): 960–964.
30. Vrbová K, Praško J, Kamarádová D, Černá M, Ocisková M, Látalová K, Sedláčková Z. Comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013; 55 (1–2): 40–46.
31. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a pathanalysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45 (5): 561–568.
32. 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.
33. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.
34. EMEA, 2002: <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20.3.2009
35. Ritscher JB, Otilingam PO a Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003; 121: 31–49.
36. 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.
37. 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.
38. Guy W (ed.). *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, U.S. DHEW; 1976.
39. 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.
40. 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. [E-pub ahead of print]
41. 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.
42. 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.
43. Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of the non compliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry* 1992; 14: 124–130.
44. Bulloch AG, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45 (1): 47–56.