

Szkizofrén betegek terápiás együttműködésének problémái

Okok, következmények, megoldási lehetőségek

Bartkó György

A szkizofrén betegek akár 80%-ánál – hosszú távú gyógyszeres kezelésük egy adott pontján – együttműködési zavarok léphetnek fel. A betegek terápiás együttműködése leggyakrabban részlegesnek mondható, vagyis a gyógyszerszedési utasításokat csak részben tartják be. A részleges compliance korai figyelmeztető jeleit az orvos az alkalmazott szerre adott rossz terápiás válasznak tulajdoníthatja, s ez a kezelés során egy másik, per os antipszichotikumra történő váltoáshoz vezethet. Jelen tanulmány a részleges terápiás együttműködés kialakulásához hozzájáruló tényezőket tárgyalja: csökkent betegségbelátás, a gyógyszereléssel kapcsolatos negatív attitűd vagy szubjektív válasz, kognitív funkciózavar, kezeléssel kapcsolatos mellékhatások, pszichoaktív szerabúzusa, bonyolult gyógyszeresedési előírások. A részleges terápiás együttműködés a relapsusok és az emiatt történő kórházi újrafelvételek leggyakoribb okai között szerepel. A mellékhatás-incidencia (extrapyramidalis tünetek) atípusos antipszichotikumok szedése mellett észlelt csökkenése kedvező lehetőséget teremt a compliance javítására a szkizofrénia fenntartó kezelésében. A tartós hatású injekciós antipszichotikum alkalmazása bizonyítékul szolgál arra, hogy a beteg a szükséges gyógyszerelést megkapta. Az orvos számára elkülöníthetővé válik az eddig rejtve maradt hiányos terápiás együttműködés és a szerre adott kedvezőtlen terápiás válasz. A részleges terápiás együttműködést javító stratégiák között szerepel a tartós hatású, parenteralis bevitelű, atípusos antipszichotikum alkalmazása pszichoedukációval és kognitív-viselkedési intervenciókkal kombinációban.

részleges compliance, szkizofrénia, okok, következmények, compliance-t javító stratégiák

PROBLEMS WITH THE COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS – CAUSES, CONSEQUENCES AND STRATEGIES FOR ITS MANAGEMENT

As many as 80% of patients with schizophrenia have serious problems with the compliance at some point during their course of their treatment. In most cases, patients are partially compliant, taking only a portion of their prescribed medication. Early warning signs of such partial compliance may confuse some clinicians with non-response to treatment and may result in switching these patients to alternative oral antipsychotic drugs. This review focuses on factors that can contribute to partial compliance such as poor insight, negative attitude or subjective response toward medication, cognitive dysfunction, treatment-related side effects, substance abuse and complicated treatment regimen. Partial compliance is among the most common causes of psychotic relapse and the need for rehospitalisation.

The reduced incidence of adverse side effects such as extrapyramidal symptoms with atypical antipsychotic agents has the potential to improve compliance in the maintenance treatment of schizophrenia. Administration of a long-acting injectable antipsychotic provides confirmation of whether patients have taken their medication. Furthermore, it allows physicians to distinguish non-response and non-compliance. Strategies for managing partial compliance include the use of a long-acting injectable atypical antipsychotic, psychoeducation and cognitive-behavioural interventions.

partial compliance, schizophrenia, causes, consequences, strategies for improving compliance

dr. Bartkó György (levelezési cím/correspondence): Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház,
I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály/Jahn Ferenc Hospital,
1st Department of Psychiatry, Budapest;
H-1204 Budapest, Köves u. 1. E-mail: gbartko@axelero.hu

Érkezett: 2005. május 15. Elfogadva: 2005. augusztus 2.

A terápiás együttműködés zavarai kedvezőtlenül befolyásolják a betegségek hosszú távú kimenetelét és a rendelkezésre álló egészségügyi erőforrások ésszerű felhasználását. A legtöbb krónikus betegség kezelésében komoly problémát jelent a betegek hiányos együttműködése a folyamatos gyógyszeresedés terén. Hat hónapos kezelés után a diabéteses betegek 25%-a, a hypertóniás betegek 53%-a tartotta be az előírt terápiás utasításokat. A rheumatoid arthritis két éves kezelése során a betegek 67%-a szedte gyógyszereit az előírtak szerint. Pszichotikus kórképekben a kezelés első hat hónapjában a betegek 12–65%-a hagyta el gyógyszereit, de ez az arány a betegség típusától, a követés hosszától és az alkalmazott vizsgálati módszertől függően akár a 80%-ot is elérheti (1). A hiányos terápiás együttműködés előfordulásának említett nagyságrendjét nem magyarázza a pszichiátriai tünetek – például: gyanakvás, betegségbelátás hiánya – jelenléte. A szomatikus betegségben szenvedők gyakrabban hagyják abba a gyógyszer szedését, ha nincsen aktív – a betegség fennállását jelző – tünetük, például fájdalom. Másrészt nehéz a betegeket meggyőzni a hosszú távú gyógyszeres kezelés szükségességéről, ha a beteg nem észleli azt fizikailag. Hasonló a helyzet a stabil állapotú szkizofrén betegek relapsusprevenciójában. Ha a beteg abbahagyja a gyógyszer szedését, mentesülhet az antipszichotikum esetleges mellékhatásaitól, és javulhat a közérzete. A relapsus a kezelés megszakítása után csak hetek-hónapok múlva alakulhat ki, így a betegnél nem tudatosul a gyógyszer elhagyása és a visszaesés közötti összefüggés (2).

Pszichiáterek körében végeztek felmérést arról, hogyan ítélik meg a terápiás együttműködés kialakításának nehézségi fokát különböző pszichiátriai és szomatikus kórképekben. A megkérdezettek szerint a szkizofrénia terápiájánál csak a fogyókúra kezelésben nehezebb elérni a megfelelő együttműködést (3).

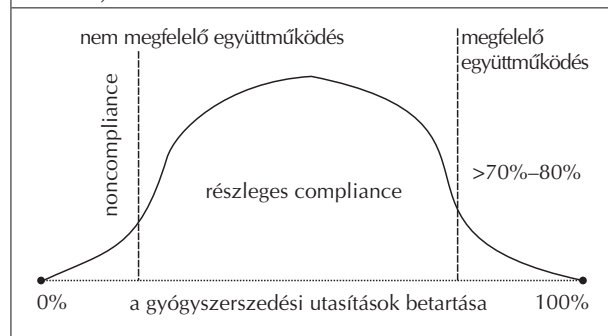
Terápiás együttműködésről általánosságban akkor beszélünk, ha „a beteg elfogadja az ajánlott egészségmagatartást”; ebbe beletartozik mind az egyeztetett időpontokban történő megjelenés, mind a gyógyszerek előírás szerinti szedése (4). A compliance kifejezés egyszerű ténymegállapítás: a terápiás utasítások betartásának mértékét jelzi, vagyis azt, hogy az orvosi tanács mennyire egyezik a beteg magatartásával. Ez a definíció magában rejtja a terápiás együttműködés kutatásának a nehézségeit, mivel a kezeléssel kapcsolatos magatartásnak nincsen objektív mérőeszköze, másrészt a definitív kezelési standardok is hiányosak. Az angol nyelvű irodalomban a compliance szinonimáiként használják az *adherence* és a *concordance* kifejezéseket (3). Hazánkban a compliance kifejezés mellett leginkább a terápiás együttműködés, a beteg-együttműködés, a terápiakövetés és a terápiahűség fogalmak terjedtek el.

Együttműködési problémák

Terápiás együttműködésük alapján a betegek nem oszthatók kategorikusan két csoportra (*compliant/non-*

1. ÁBRA

A compliance spektruma a szkizofrénia kezelésében (2, 3, 5, 6)



compliant). A tartós gyógyszeres terápiában részesülő szomatikus betegek többsége úgy nyilatkozott, hogy kezelése során előfordultak olyan napok, amelyeken nem vette be gyógyszereit. A szkizofrén betegek szélsőséges esetekben elutasítják, illetve azonnal abbahagyják a gyógyszer szedését (*noncompliance*). Jelentős számú beteg azonban többé-kevésbé elfogadja a kezelés szükségességét, de a terápiás előírásokat csak részlegesen tartja be (*részleges compliance*). A mindennapi gyakorlatban a terápiás együttműködést az előírt és a bevett gyógyszerdózis arányában fejezik ki. A részleges compliance koncepciójának bevezetése hasznos, mivel lehetővé teszi, hogy a betegeket kontinuum mentén osztályozzuk, egyik végpontján a gyógyszereszedést teljesen elutasító, másik végpontján a gyógyszereiket az ajánlott dózisban szedő betegekkel (1. ábra) (2, 3, 5, 6).

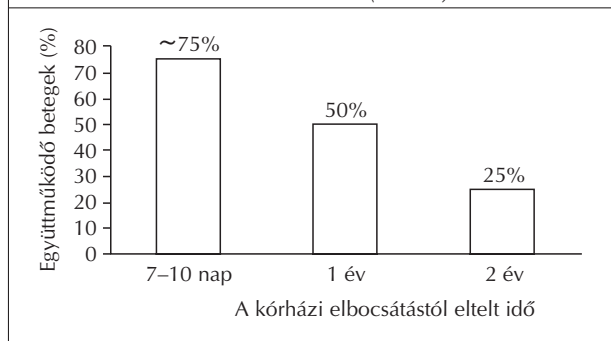
Oehl és munkatársai (6) vizsgálatában a betegek egyharmada csökkentette előírt gyógyszerei dózisát vagy az előírthoz képest kevesebbet szedett belőle. A kórkép fenntartó kezelése során a részleges compliance egyre gyakrabban fordul elő. Az egyik nemrég bemutatott vizsgálatban szorosan ellenőrzött kórházi körülmények között a kezelés megkezdése utáni 7–10 napban a betegek 15–25%-a csak részlegesen tartotta be a gyógyszereszedési utasításokat (7). A részlegesen együttműködő betegek aránya a kezelés későbbi időszakában tovább nőtt, így a kórházi elbocsátástól számított egy éven belül a betegek 50%-ánál, majd két éven belül a betegek 75%-ánál jelentkeztek együttműködési zavarok. Tehát a betegek gyógyszereszedési hajlandósága az idő múlásával egyre hanyatlik (2. ábra) (3, 7, 8).

Szkizofrén betegek esetében a jelenleg rendelkezésre álló módszerekkel nem tudjuk objektíven és megbízhatóan felmérni a terápiás együttműködést. Ez magyarázza a compliance-ráták jelentős eltéréseit a különböző vizsgálatokban, és nehezíti az egyes

A szkizofrén betegek fenntartó kezelését az antipszichotikumok minimálisan hatékony profilaktikus dóziséval kell végezni. A részleges compliance a kisebb fenntartó dózis mellett jelentősen növelheti a relapsus kockázatát.

2. ÁBRA

Az együttműködő betegek aránya az antipszichotikus kezelés különböző időszakaiban (3, 7, 8)



vizsgálatok összehasonlítását is. A gyógyszer újrafelírásából, a visszahozott tabletták megszámolásából levont következtetések és a többféle forrásból történő információszerzés korlátai nyilvánvalóak. A gyógyszer

szérumszintjének mérése sem nyújt megbízható információt, mivel az csak a közvetlenül megelőző időszak gyógyszeresedéséről ad információt. A betegek hajlamosak túlbecsülni a kezelési utasítások betartásának valóságos mértékét. Az orvosok viszont rendszeresen alulbecsülik a terápiás együttműködés előfordulási gyakoriságát (2, 3). A közelmúltban Diaz és munkatársai ígéretes eredményekről számoltak be a gyógyszerelési eseményeket monitorozó rendszer alkalmazhatósági vizsgálata során (9). A rendszer lényege: a gyógyszeresüveg-kupakban mikroprocesszor jegyzi minden egyes nyitás időpontját és tartamát, így becsülhetővé válik a pszichiátriai betegek terápiás együttműködése. Egyik vizsgálatban elektro-

nikus monitorozással a szkizofrén betegek 62%-ánál mutatták ki a hiányos együttműködést, de ezt az orvosok klinikai becslése alapján csak a betegek 5%-ánál valószínűsítették (10).

Az optimális terápiás hatás feltételei

A hazai és nemzetközi kezelési irányelvek alapján az akut szkizofrén epizód tüneteinek stabilizálódása után a visszaesések megelőzése céljából elengedhetetlen a hosszú távú, fenntartó antipszichotikus kezelés. Ennek hiányában néhány éven belül a betegek 90%-ában relapsus következik be. Számos bizonyíték utal arra, hogy a folyamatos kezelés hatásossága felülmúlja az intermittáló fenntartó kezelését. Tartós hatású depó antipszichotikumokkal kezelt betegek – ilyenkor biztosított a gyógyszer bevétele a szervezetbe – esetében a relapsusráta kisebb volt, mint a per os antipszichotikumokkal kezelt betegek esetében (2).

A visszaesések megelőzéséhez szükséges compli-

ance-t több tényező határozza meg. A jelenlegi terápiás ajánlások szerint a szkizofrén betegek fenntartó kezelését az antipszichotikumok minimálisan hatékony profilaktikus dóziséval kell végezni. Ez a dózis kisebb, mint amekkorát korábban és különösen az Egyesült Államokban alkalmaztak. A részleges compliance a kisebb fenntartó dózis mellett jelentősen növelheti a relapsus kockázatát. A relapsus szempontjából veszélyt jelentő dózishatár pontos meghatározása nem lehetséges, hiszen ezt a gyógyszer farmakokinetikai tulajdonságai, a beteg és a betegség jellegzetességei és a beteget körülvevő emocionális légkör is befolyásolják. Számos klinikus szerint, ha a javasolt kezelési adag 70%-ánál kevesebb jut a szervezetbe, a terápia hatástalan lehet, illetve megnő a visszaesések kockázata (3).

Részleges terápiás együttműködés

Háttér

A terápiás együttműködést számos tényező bonyolult interakciója alakítja ki. A szkizofrén betegek terápiás hűségét befolyásoló tényezők többnyire hasonlóak a szomatikus betegségekben ismertekkel, de a betegség és a kezelés jellege néhány speciális problémát is felvet.

A jelenlegi kutatási eredmények (11, 12) általában megegyeznek azokkal a korábbi beszámolókkal, amelyek azt igazolták, hogy a pszichoaktív szerek egyidejű abúzusát leszámítva nincsen olyan önálló demográfiai vagy klinikai változó, amely következetesen összefüggésbe hozható a terápiás együttműködés hiányával.

A betegség pozitív tünetei közül leginkább a nagyzá- sos téveszmék akadályozzák a terápiás együttműködést. Egyes negatív tünetek, például a motivációs deficit, kedvezőtlenül befolyásolják a compliance-t (13). A szkizofrénia gyakori tünete a csökkent betegségbe- látás; számos közelmúltbeli vizsgálat igazolta (14, 15), hogy ez a tünet összefüggést mutat a hiányos terápiás együttműködéssel. Kamali és munkatársai szerint a csökkent betegségbe- látás befolyásolhatja a szkizofrén betegek együttműködését, azonban a pszichoaktív szerek komorbid abúzus a betegségbe- látás mértékétől függetlenül akadályozhatja a betegek együttműködését az antipszichotikus kezelés során (16). Több vizsgálatban mutattak ki összefüggést a kognitív funkciózavar és a terápiás együttműködés között. Nehezen tudták követni a komplex gyógyszerelési utasításokat azok a szkizofrén betegek, akik rosszul teljesítettek a végrehajtott funkciókat vizsgáló Wisconsin kártyaválogatási teszten (17).

Egyes betegek esetében a pszichotikus betegségek- hez kapcsolódó szociális stigma szabhat gátat a javasolt terápia követésének. A konvencionális antipszichotikumok alkalmazásakor gyakran vezetnek a gyógyszeres- dedés abbahagyásához a tolerálhatatlan extrapyramidalis mellékhatások és a tardív dyskinesia. Az atípusos antipszichotikumok mellékhatásai közül első- sorban a súlygyarapodás és a szexuális funkciózavarok

okozhatják a terápia megszakítását (2, 3). A compliance szempontjából az egyik legfontosabb tényező, hogy a beteg érezze a gyógyszer pozitív hatását a tüneteire. A gyógyszeres kezelés kedvező percepciója és a szubjektív jóllét segíti a megfelelő terápiás együttműködés kialakítását. A kezeléssel kapcsolatos negatív beállítódás hátráltatja a terápiás utasítások betartását (13). A neuroleptikumok indukálta dysphoria a compliance rosszabbodásához vezetett és fokozta a suicid magatartás rizikóját (18).

A környezeti tényezők közül pozitív összefüggést mutattak ki a biztonság és a támogatás, valamint a compliance között. A betegek nem kellő tájékoztatása és a betegségükkel kapcsolatos hiányos ismeretek csökkenthetik az együttműködést, mivel a betegekben nem tudatosulnak a gyógyszeres kezelés előnyei. A beteg környezetében a pszichiátriai kezeléssel kapcsolatos negatív attitűdök akadályozhatják a megfelelő együttműködés kialakítását. Az orvos és beteg közötti kapcsolat a terápiás együttműködés alappillére. A bonyolult gyógyszer-adagolási előírások betartása számos betegnek gondot jelenthet (2, 3, 13).

A részleges compliance kialakulásához vezető leggyakoribb okokat az 1. táblázatban foglaltam össze.

Következmények

A részleges compliance jelentőségének alulbecsléséhez vezethet, hogy egy-egy gyógyszeradag kihagyása vagy akár a gyógyszeres kezelés abbahagyása nem jár azonnali következményekkel. A részleges compliance azonban a terápiás hatáshoz szükségesnél alacsonyabb gyógyszer-szintekhez vezet, káros következményeket okozva mind rövid, mind hosszú távon (12, 19). Ha az együttműködési hiányosságok az orvos számára rejtve maradnak, akkor ennek figyelmeztető jeleit és tüneteit az alkalmazott antipszichotikum kérdéses hatásosságával hozhatja kapcsolatba, és a beteget az alkalmazott szere nem vagy csak részlegesen reagálnak minősítheti. Ez terápiaváltáshoz vagy adjuváns szerek alkalmazásához vezethet, ami nyilvánvalóan nem oldja meg a compliance zavarait, és legfeljebb átmeneti javulással járhat (2, 3). Több vizsgálatban kimutatták, hogy az antipszichotikus kezelés elhagyásának időtartamával arányosan növekszik a káros következmények kialakulásának kockázata. Kezdetben csak a funkciócsökkenés jelei észlelhetők, majd a tünetek kiújulnak, kialakul a relapsus, esetleges újbóli kórházi felvétel válhat szükségessé. *Docherty* és munkatársai eredményei alapján a beteg-együttműködés 25%-os romlása a PANSS-összpontszám (PANSS: pozitív és negatív tünetek skálája) négy ponttal való csökkenését jelzi előre, illetve a compliance javulása a pszichopatológiai tünetek hasonló mértékű csökkenésével járhat (3, 5) (3. ábra).

A gyógyszeres kezelés 30 napon túli elhagyása körülbelül négyszeresére növeli a kórházi újrafelvételek kockázatát.

Minden egyes visszaesés tovább rontja a betegség prognózisát – hosszabb idő szükséges az ép működés-

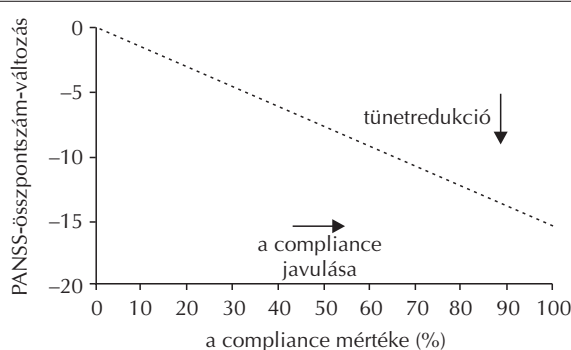
1. TÁBLÁZAT

A részleges compliance leggyakoribb okai szkizofréniában

Csökkent betegségbelátás.
Nem megfelelő tüneti kontroll.
Nem tolerálható mellékhatások.
Gyógyszereléssel kapcsolatos negatív attitűd és kedvezőtlen szubjektív válasz.
Bonyolult gyógyszeresedési előírások.
Pszichoaktív szer abúzus.
Nem megfelelő szociális támogatás.

3. ÁBRA

A pszichopatológiai tünetek változása a compliance javulásával összefüggésben (3, 5)



PANSS: pozitív és negatív tünetek skálája

sek alacsonyabb szintű visszatéréséhez, romlanak a kognitív és a szociális funkciók, nő a terápia rezisztencia és a veszélyeztetett magatartás kialakulásának kockázata –, ezzel egyidejűleg tovább fokozódnak a család és a gondozó terhei, valamint növekszik az egészségügyi források felhasználása is (2, 3). *Eaddy* és munkatársai kimutatták, hogy részleges terápiás együttműködés esetén 49%-kal gyakoribbá váltak a kórházi újrafelvételek, ez 55%-kal nagyobb kórházi költségeket jelentett a megfelelően együttműködő betegekéhez viszonyítva (20). *Knapp* és munkatársai az együttműködési zavar miatti pluszköltséget a fekvőbeteg-ellátásban hozzávetőleg betegenként évi 2500 fontra, a teljes körű ellátásra vonatkozóan pedig mintegy 5000 fontra becsülték (21). *Weiden* és *Olfson* 1993-ban az Egyesült Államokban 800 millió dollárra becsülték a szkizofrén betegek együttműködése hiányából adódó kórházi kezelési költségeket (22).

Compliance-t javító stratégiák

A hiányos terápiás együttműködés jelentős szerepet játszik a relapsusok kialakulásában. Kimutatták, hogy az ismételt kórházba került szkizofrén betegek 73%-a nem tartotta be a kezelési utasításokat (23). A compliance-t javító stratégiák a szkizofrénia fenntartó kezelésének szerves részét képezik.

A hagyományos szerekhez képest a második generációs (atípusos) antipszichotikumok alkalmazása mind a hatékonyság, mind a tolerálhatóság terén klinikailag is jelentős előnyökkel jár. Meglepő, hogy nem sikerült lényeges különbséget kimutatni a compliance-ráták között a per os atípusos és konvencionális szerek adása-

kor (24). Több adat utal viszont arra, hogy az atípusos antipszichotikumok per os alkalmazása jelentősen csökkentette a relapsusok számát a hagyományos szerekkel történő kezeléshez viszonyítva. Orális antipszichotikus kezelés során a terápiás együttműködés javításának egyik lehetséges módja a bonyolult gyógyszeresedési séma egyszerűsítése. Ennek megvalósítását lehetővé teszi, hogy egyes új atípusos antipszichotikumok már napi egyszeri dózisban is alkalmazhatók. Tehát a per os atípusos antipszichotikus kezelés kombinálása más, compliance-t javító stratégiákkal fokozhatja a hosszú távú kezelés eredményességét (2, 3).

A tartós hatású injekciós készítmények adása számos előnyt jelent a szkizofrénia kezelésében. A konvencionális depókészítményekkel kezelt betegek esetében a relapsusfrekvencia csökkenését észlelték a hagyományos antipszichotikumokat szedő betegekéhez viszonyítva (19). Tartós hatású anti-

pszichotikum alkalmazásával nem védhető ki a kezelés teljes elutasítása, de a rejtett, részleges compliance azonnal felismerhetővé válik. Az injekciós kezelés megszakítása esetén is van lehetőség arra, hogy még a tünetek kiújulása előtt beavatkozzunk. Tehát a tartós hatású injekciós készítményekkel kezelt betegek esetében elkülöníthetővé válik a részleges compliance, az együttműködés teljes hiánya, illetve az alkalmazott antipszichotikumra adott rossz terápiás válasz (25). Az egyik vizsgálatban kórházban kezelt betegeket állítottak át per os konvencionális antipszichotikumról depókészítményre. Az átállítás után nőtt a kezeléssel együttműködő betegek száma, később viszont némileg csökkent a számuk (26). Ez arra utal, hogy további intervenciók is szükségesek a konvencionális depókészítmények compliance-t javító hatásának a fenntartására (27).

A betegség természetéről, progressziójáról, a kezelés mellékhatásairól adott megfelelő tájékoztatás segíthet a terápiahűség kialakításában. A pszichoedukáció olyan beavatkozás, amely az információátadás kommunikációját terápiás elemekkel ötvözi. Egy közelmúltbeli összefoglalóban rávilágítottak arra, hogy a betegek edukációs programjai csak akkor gyakorolnak pozitív hatást a terápiás együttműködésre, ha viselkedésterápiás elemeket is alkalmaznak (28). A kognitív viselkedési in-

tervenciók – mint például a „compliance-terápia” – bizonyítottan javítják a betegségbelátást és a terápiás együttműködést (29).

A tartós hatású antipszichotikumok javítják a terápiás együttműködést, de megmaradt a hagyományos szerekre jellemző mellékhatásprofiljuk, ami elsősorban az extrapyramidalis tünetek nagyobb incidenciájában mutatkozik meg, az atípusos szerekkel folytatott kezelés során észleltekhöz viszonyítva (30). A legtöbb beteg, akinek már volt tapasztalata depókészítménnyel, a tartós hatású injekciós szert részesítette előnyben a per os kezeléssel szemben. Akadtak olyan betegek is, akik az injekciós kezelést különböző okokra hivatkozva – a beadás helyén érzett fájdalom, félelem a mellékhatásoktól, „kontrolláltság” érzése stb. – visszautasították (31).

Mindez jelzi a fokozott igényt olyan tartós hatású injekciós atípusos antipszichotikum bevezetésére, amely hatékony a tünetek széles spektrumában, és a konvencionális szereknél kevesebb mellékhatást okoz.

Összegzés

A szkizofrén relapsusok és az ezzel összefüggő ismételt kórházi felvételek leggyakoribb oka a nem megfelelő compliance. A betegek akár 80%-ánál léphetnek fel a per os fenntartó kezelés adott pontján együttműködési zavarok, ez leggyakrabban a terápiás utasítások részleges betartását jelenti, s csak ritkán észlelhető a terápia teljes elutasítása.

A részlegesen együttműködő betegek nem részesülnek a kezelés maximális előnyében, ezért a kezelésre nem vagy csak csökkent mértékben reagálóknak tűnhetnek. A többnyire rejtett, részleges compliance megoldatlan marad, az orvos gyakran terápiát vált, ami legfeljebb csak átmeneti javuláshoz vezethet.

A pszichotikus betegek eredményes kezeléséhez elengedhetetlen a részleges terápiás együttműködés korai felismerése, szükség esetén a megfelelő beavatkozás és a jövőbeni compliance-hiányosságok megelőzése. A tartós hatású injekciós készítmények alkalmazásával azonnal felismerhető és egyben minimalizálható a nem megfelelő terápiás együttműködés. Az atípusos antipszichotikumok szélesebb hatásspektruma és kedvező mellékhatásprofilja előnyösen befolyásolja a terápiahűséget.

A tartós hatású injekciós risperidonkészítmény elsőként egyesíti magában az atípusos antipszichotikus terápia és a tartós hatású injekciós kezelés előnyeit, így további lehetőséget nyújt a részleges compliance megoldásában. A megfelelő terápiás együttműködés kialakításához a fent említetteket más stratégiákkal – kognitív-viselkedési intervenciók, pszichoedukáció – kell kombinálni.

A tartós hatású injekciós készítményekkel kezelt betegek esetében elkülöníthetővé válik a részleges compliance, az együttműködés teljes hiánya, illetve az alkalmazott antipszichotikumra adott rossz terápiás válasz.

IRODALOM

1. Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1203-11.
2. Marder SR. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl):3-9.
3. Keith SJ, Kane JM. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1308-15.
4. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:164-72.
5. Keith SJ, Pani L, Nick B, et al. Practical application of pharmacotherapy with long-acting risperidone for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2004;55:997-1005.
6. Oehl M, Hummer M, Fleishhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 2000;102:83-6.
7. Lam Y, Velligan D, DiCocco M, et al. Comparative assessment of antipsychotic adherence by concentration monitoring, pill count and self-report. *Schizophr Res* 2003;60(suppl1):313.
8. Weiden P, Zygmunt A. Medication noncompliance in schizophrenia. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997;3:106-10.
9. Diaz, Levine HB, Sullivan MC, et al. Use of the medication event monitoring system to estimate medication compliance in patients with schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26:325-9.
10. Byerly M, Fisher R, Whatley K, et al. A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005;133(2-3):129-33.
11. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;10:892-909.
12. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl):25-30.
13. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl):10-13.
14. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, et al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51:216-22.
15. Trauer T, Sacks T. The relationship between insight and medication adherence in severely ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:211-6.
16. Kamali M, Kelly L, Gervin M, et al. Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52: 161-3.
17. Reed RA, Harrow M, Herbener ES, et al. Executive function in schizophrenia: is it linked to psychosis and poor life functioning? *J Nerv Ment Dis* 2002;190:725-32.
18. Awad AG. Antipsychotic medications: Compliance and attitudes towards treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17(2):75-80.
19. Davis J, Metalon L, Watanabe M, et al. Depot antipsychotic drugs: place in therapy. *Drugs* 1994;47:741-73.
20. Eaddy M, Grogg A, Locklear J. Assessment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a Medicaid population. *Clin Ther* 2005;27(2):263-72.
21. Knapp M, King D, Pugner K, et al. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *Br J Psychiatry* 2004;184:509-16.
22. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:419-29.
23. Ayuso-Gutierrez JL, del Rio Vega JM. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28:199-206.
24. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, et al. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002;159:103-8.
25. Valenstein M, Copeland LA, Owen R, et al. Adherence assessment and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001;62:545-51.
26. Weiden P, Rapkin B, Zygmunt A, et al. Post discharge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv* 1995;46:1049-54.
27. Kane JM. Strategies for improving compliance in treatment of schizophrenia by using a long-acting formulation of an antipsychotic: clinical studies. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl):34-40.
28. Merinder LB. Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:98-106.
29. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996;312: 345-9.
30. Davis JM, Janicak PG, Singla A, et al. Maintenance antipsychotic medication. In: Barnes TRE (ed.). *Antipsychotic Drugs and Their Side Effects*. New York, NY: Academic Press; 1993. p. 182-203.
31. Walburn J, Gray R, Gournay K, et al. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 2001;179:300-7.