

# A terápia adherencia és a személyiség kapcsolata

SZABÓ GEORGINA<sup>1</sup>, SZITA BERNADETT<sup>1,5</sup>, MICHELE FORNARO<sup>2</sup>, DÖME PÉTER<sup>3,4</sup>, VÁRBÍRÓ SZABOLCS<sup>5</sup> ÉS GONDA XÉNIA<sup>3,6</sup>

<sup>1</sup> Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup> New York Psychiatric Institute, Columbia University, New York City, NY 10032, USA

<sup>3</sup> Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>4</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest

<sup>5</sup> Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>6</sup> NAP-2-SE Új Antidepresszív Gyógyszercélpont Kutatócsoport, Nemzeti Agykutatási Program, Semmelweis Egyetem, Budapest

A hosszú távú terápia nem megfelelő betartása jelentősen befolyásolja a betegség lefolyását és kimenetelét, ezért súlyosan veszélyezteti mind a kezelés hatékonyságát és sikerét, mind a betegek hosszú távú jóllétét. A terápia adherencia rendkívül összetett folyamat, számos kockázati- és védőfaktora azonosított, amelyek közül soknak a háttérben a páciens pszichológiai jellemzői állnak. Számos olyan gyógyszeradherencia-modellt fejlesztettek már ki, amelyek célja a betegek pszichológiai jellemzőinek figyelembevétele, az utóbbi évek kutatásai pedig a különböző személyiségmodellek és a terápia javaslatok betartására vonatkozó viselkedés kapcsolatát vizsgálják. Összefoglaló közleményünkben a szerzők áttekintik az eddigi ismereteket, modelleket, és kutatási eredményeket a személyiség és az adherencia kapcsolatáról, ezek klinikai vonatkozásait, illetve kitekintést nyújtanak a kutatás jövőbeli irányvonalaira.

*(Neuropsychopharmacol Hung 2022; 24(2): 69–77)*

**Kulcsszavak:** adherencia, személyiség, temperamentumok, EPQ, BFQ, TCI, affektív temperamentumok, TEMPS-A

## BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója szerint az adherencia annak a mértéke, hogy a beteg mennyire követi az orvosi utasításokat, beleértve nem csak a gyógyszeresedést, hanem a javasolt életmódbeli változtatásokat, például a gyógyulást elősegítő diétát

vagy testmozgást. A WHO statisztikái szerint krónikus betegségek hosszútávú terápiaja esetén fejlett országokban az adherencia mértéke nem haladja meg az 50%-ot, a fejlődő országokban pedig még ennél is rosszabb az arány. A terápia adherencia – különösen olyan krónikus szomatikus betegségekben, amelyek hosszabb távú vagy folyamatos fenntartó terápia

igényelnek – kulcsfontosságú a tünetek kontrollálásában és a betegségek kiújulásának megelőzésében. A hosszú távú terápiák nem megfelelő betartása negatívan befolyásolja a betegség lefolyását és kimenetelét, ebből kifolyólag súlyosan veszélyezteti mind a kezelés hatékonyságát és sikerét, mind a betegek hosszú távú jóllétét [1]. Ezekon felül, az adherencia szorosan összefügg olyan megelőzhető egészségügyi költségekkel is, amelyek a visszaesésekhez, kiújulásokhoz, az ismételt kórházi felvételekhez, a krónikus betegségek lefolyásához és az ebből eredő csökkent termelékenységhez kapcsolódnak [2], melyek a becslések szerint csak az Egyesült Államokban 100 milliárd USD-t tesznek ki [3].

A hatékony kezelés kiválasztása tehát csak az egyik összetevője a terápiás sikernek, a másik, ugyanilyen fontos és legalább ekkora kihívást jelentő komponens a beteg aktív részvétele az orvosi ajánlások betartása által. A non-adherencia magas aránya az életmódbeli változtatások tekintetében nem is annyira meglepő, hiszen azok sokszor jelentős erőfeszítést és proaktivitást igényelnek a beteg részéről, azonban a kizárólag gyógyszeres kezelések tekintetében sem alakul kedvezőbben a statisztika. Ha az összes orvosi szakterületet együtt tekintjük, becslések szerint a betegek 30-50%-a nem az előírás szerint szedi be a gyógyszereit [3]. Így a terápiás adherencia növelése egyre sürgetőbb közegészségügyi kihívás, olyannyira, hogy a WHO állásfoglalása szerint az adherencia javítása lényegesen nagyobb hatással lenne a lakosság általános egészségi állapotára, mint a specifikus farmakológiai és egyéb orvosi kezelések fejlesztése [3, 4].

### AZ ADHERENCIÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Az adherenciának számos kockázati- és védőfaktora azonosított, melyek a beteggel vagy a beteg környezetével, illetve az orvossal vagy az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos csoportokba sorolhatóak be. Ez utóbbi kategóriába tartozik többek közt az orvos által homályosan megfogalmazott vagy kevés instrukció, a pszichoedukáció hiánya, a polifarmakoterápia, a túl komplex dozírozás, az egészségügyi szolgáltatók támogatásának vagy elérhetőségének hiánya, az alacsony gyakoriságú utánkövetés, a gyenge terápiás szövetség, a nem személyre szabott megközelítés, az ellátáshoz való rossz hozzáférés, a túl hosszú várólisták, a túl sok várakozási idő, illetve olyan gyógyszerek alkalmazása, amelyeknél mellékhatások fordulnak elő, vagy amelyek korábban nem voltak hatásosak. A betegekkel kapcsolatos rizikófaktorok közt sze-

repele az alacsonyabb szocio-ökonómiai státusz, az etnikai kisebbséghez tartozás, a helyi kulturális normák, társas nyomás vagy stigmatizáció hatása, a serdülő, illetve az idős életkor, az időskori magány, a betegséghez társuló pszichiátriai és személyiségzavarok, egyéb komorbid szomatikus betegségek, a kábítószerfogyasztás, a kognitív zavarok, a terhesség, a betegség súlyossága, illetve az elégtelen betegségbe-látás és a negatív gyógyszeres hiedelmek [5].

### ADHERENCIÁT BEFOLYÁSOLÓ PSZICHÉS TÉNYEZŐK

A betegség bio-pszicho-szociális modellje a biológiai, pszichológiai és szociális szempontokat egyformán fontosnak ismeri el a kezelési adherencia megértésében és magyarázatában [6]. Ahogy azt az iménti felsorolásból is láthattuk, a terápiás adherencia rendkívül összetett jelenség, amely több dinamikus és statikus tényezőt is magában foglal, beleértve a pácienssel, a kezeléssel, az orvos-beteg kapcsolattal és a környezettel kapcsolatos komponenseket, amelyek közül soknak a háttérben a páciens pszichológiai jellemzői állnak. Ráadásul, a kezelés betartását akadályozó kézzelfoghatóbb akadályokkal szemben, a pszichológiai korlátok nagyobb kihívást jelentenek és összetettebbek, így nehezebb azonosítani és kezelni őket [7]. E pszichológiai korlátok fontos összetevői – vagy éppen meghatározói – közé tartoznak a betegek személyiség- és temperamentum-tényezői, amelyeket korábban kevésbé vizsgáltak ebben a kontextusban, jóllehet ezek az érzelmek, a kogníciók, az attitűdök és a reakciók meghatározása révén erősen összefüggenek az adherenciával. Az utóbbi időben azonban egyre gyakrabban merül fel, hogy a személyiség jelentős hatással lehet számos betegség hosszú távú lefolyására és kimenetelére, és a gyógyszeradherencia is fontos tényező lehet ennek a hatásnak a közvetítésében [8]. Egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy a jó kezelési terv megköveteli a páciens olyan jellemzőinek figyelembevételét is, mint a beteg korábbi személyes tapasztalatai, a betegséggel kapcsolatos meggyőződése, illetve az fizikális- és pszichés állapotának, valamint személyiségének és temperamentumának felmérése. Ezt a változást jelzi a „compliance”-ről mint „engedelmesség”-ről az „adherence”-re mint „együtműködés”-re való szakirodalmi paradigmaváltás is a betegnek az előírt kezeléssel való együtműködési hajlandóságának leírásában, melynek kiváltója, hogy a passzív és engedelmes beteg fogalmát felváltotta az aktív beteg koncepciója, mely a beteg részéről a klinikus ajánlásának

megfelelő magatartást feltételez a kezelés minden összetevőjére vonatkozóan, beleértve a gyógyszeres kezelést, a javasolt életmód betartását, valamint a megbeszélte időpontokban és további vizsgálatokon való megjelenést [2].

Jelen tanulmány célja, hogy összefoglalja az eddigi ismereteket, modelleket és kutatási eredményeket a személyiség és az adherencia kapcsolatáról.

## GYÓGYSZERADHERENCIA MODELLEK ÉS A SZEMÉLYISÉG

Számos olyan gyógyszeradherencia-modellt fejlesztettek már ki, amelyek célja a betegek pszichológiai jellemzőinek figyelembevétele. Ezek közé tartozik például Rosenstock Egészség-hiedelem (Health Belief) modellje [9], amely kiemeli az egészségügyi problémákra való hajlammal és azok súlyosságával kapcsolatos hiedelmek fontosságát, melyek szerepet játszanak az egyén egészséggel kapcsolatos viselkedésének meghatározásában. Ilyen hiedelem lehet bármilyen észlelt akadály, amelyről a beteg úgy gondolja, hogy az útjába állhat, olyan információknak való kitettség, amelyek cselekvésre késztetik, az arról való vélekedés, hogy mekkora hasznot húzhat az egészséges viselkedésből, hogy mennyire gondolja magát fogékonyak a betegségekre, hogy mennyire észleli fenyegetőnek a megbetegedés következményeit, illetve hogy mennyire bízik abban, hogy a kezelés sikeres lesz. Ezek a hiedelmek a cselekvés észlelt előnyeivel és akadályaiival, az én-hatékonysággal és a környezet visszajelzéseivel együttesen határozzák meg az egészségügyi fenyegetés kezelésére irányuló magatartásban való részvételt.

A Tervezett viselkedés elmélete (TPB, Theory of Planned Behaviour) [10] szerint a viselkedés egyaránt függ a motivációktól és a képességektől. Az adherenciát számos faktor befolyásolhatja, többek közt a betegnek az elvárt terápiás viselkedéshez kapcsolódó attitűdje, a viselkedési szándék, a szubjektív normák, ami az egyén azon hiedelmeihez kapcsolódik, hogy a számára fontos személyek úgy gondolják-e, hogy neki a kezelési tervnek megfelelően kell viselkednie, a társadalmi normák, a beteg észlelt ereje, ami elősegítheti vagy akadályozhatja az adott viselkedés végrehajtását, illetve az észlelt viselkedéskontroll, ami arra utal, hogy a beteg mennyire érzi könnyűnek vagy nehéznek az elvárt viselkedés betartását.

A Szükség-aggodalom rendszer (NCF, Necessity-Concerns Framework) [11] szerint a felírt gyógyszerekkel kapcsolatos hiedelmeket két fő csoport alkotja: egyrészt a kezelés szükségességéről való személyes meggyőződés, másrészt a lehetséges káros

következményekkel kapcsolatos aggodalmak. Ezen faktorok együttes mérlegelése határozza meg a beteg adherenciával kapcsolatos döntéseit.

Az Információs-motivációs stratégiai modell (IMS, Information-Motivation-Strategy Model) [12] a kognitív, társadalmi és környezeti tényezőket hozza összefüggésbe az adherenciával. A modell azt feltételezi, hogy az előírt kezelés megfelelő betartásához a betegnek elegendő információval kell rendelkeznie arról, hogy pontosan mit kell tennie, rendelkeznie kell a motivációval, hogy megtegye azt, és rendelkeznie kell stratégiával és eszközökkel a tényleges végrehajtáshoz.

A fenti modellek számos olyan fontos szempontot mutatnak be, ahol a temperamentumok és személyiségtényezők kulcsfontosságú szerepet játszhatnak az adherenciával kapcsolatos viselkedések megnyilvánulásában, ami felveti a kérdést, hogy vajon a különféle személyiségvonások megismerésével elő tudjuk-e jelezni a beteg jövőbeli adherens vagy nem-adherens viselkedését. Ezt a kérdéskört igyekeznek megválaszolni az utóbbi évek kutatásai, melyek a különböző személyiségmodellek és a terápiás javaslatok betartására vonatkozó viselkedés kapcsolatát vizsgálják. Az alábbiakban összefoglaljuk az adherenciával kapcsolatba hozott személyiségmodellek karakterisztikáit és a releváns kutatási eredményeket.

## SZEMÉLYISÉGMODELLEK ÉS AZ ADHERENCIA

Az Eysenck-féle PEN-modell a személyiség biológiai elmélete, amely három átfogó, alapvetően genetikailag meghatározott személyiségdimenziót definiál: a pszichoticizmust (P), az extravertiót (E) és neuroticizmust (N) [13, 14]. A magasabb pszichoticizmus pontszámmal rendelkező egyének nagyobb valószínűséggel viselkednek felelőtlenül, megsérthetik az elfogadott társadalmi normákat, és az azonnali kielégülés igénye motiválhatja őket, függetlenül annak következményeitől. Az extravertált személyek gyakrabban vesznek részt társadalmi tevékenységekben, általában beszédesebbek, nyitottabbak, és csoportokban jobban érzik magukat, míg az introvertáltak általában csendesebbek, ódzkodnak a nagy társasági összejövetelektől, és kényelmetlenül érzik magukat, ha idegenekkel érintkeznek. Azok az egyének, akiknek magas a neuroticizmus pontszámuk, általában magasabb szintű stresszt és szorongást tapasztalnak, viszonylag jelentéktelen dolgok miatt aggodnának, eltúlozzák azok jelentőségét, illetve úgy érzik, hogy képtelenek megbirkózni az élet stresszes tényezőivel, míg az alacsony neuroticizmus pontszámmal rendelkező személyek általában nagyobb érzelmi stabilitást

tapasztalnak és úgy érzik, jobban képesek megbirkózni a stresszes eseményekkel, és kevésbé szigorú követelményeket támasztanak magukkal szemben.

Az adherencia és az eysenck-i dimenziók kapcsolatát vizsgáló kutatások alapján a neuroticizmus bizonyult a rossz adherenciát előrejelző legkonzisztensebb tényezőnek [15], de a pszichoticizmus pontszámok és az adherencia között is találtak ilyen irányú összefüggést különböző krónikus kórképek esetében [16]. A pszichoticizmus esetében erre többek közt a felelőtlen viselkedés és az azonnali kielégülés igénye adhat magyarázatot [16], míg a neuroticizmus mint személyiségvonás több feltételezett mechanizmuson keresztül gyakorolhat hatást az adherenciára. A neuroticizmussal inkább jellemezhető emberek a negatív életeseményekre jellemzően rosszabbul reagálnak, alacsonyabb a megküzdési potenciáljuk [17], gyakoribb körükben az egészségkárosító magatartás [18], a gyógyszeresedés kapcsán több mellékhatásról számolnak be, aminek köszönhetően a gyógyszeres kezeléshez való terápiahűség is romlik [19]. Emellett a neuroticizmus nem csak közvetlenül, hanem egyéb pszichés tényezőkkel kölcsönhatásban is negatívan befolyásolja az adherenciát [20]. Egyrészt a neuroticizmushoz gyakran társuló szorongás és depresszió is hozzájárulhat a non-adherenciához, másrészt a neuroticizmus csökkenti a terápia hatékonyságába vetett hitet és felerősíti a mellékhatásokkal kapcsolatos téves hiedelmeket [20]. A kifejezettebb neuroticizmussal jellemezhető személyek kisebb szociális hálóval is rendelkeznek, illetve kritikus élethelyzetekben kevésbé hajlamosak társas támogatást igénybe venni. A nagyobb társas támogatás ugyanis jobb egészségmagatartással jár együtt, a barátok, családtagok irányából érkező támogatás pedig segítheti a betegséggel a való megküzdést [21]. A támogatás fontos része a praktikus segítségnyújtás is, például a beteg pontos gyógyszeresedésére való odafigyelés. Mindezek mellett a legújabb kutatások egy további fontos mediáló tényezőre, az énhatékonyságra is felhívják a figyelmet [20]. A nagyobb énhatékonyság egyfelől közvetlenül is fokozza az adherenciát, másfelől indirekt módon, a neuroticizmus, illetve a társas támogatás és az adherencia közötti mediáló faktorként is funkcionál, ezzel hozzájárulva a jobb terápiai együttműködéshez. Ezt magyarázhatja, hogy a magas neuroticizmus pontszámokkal rendelkező személyek fogékonyabbak a negatív információk befogadására és egyes pszichés problémák kialakulására, ami alacsonyabb énhatékonysághoz vezet, ezáltal rontva az adherenciát, valamint, hogy a nagyobb társas támogatással rendelkező emberek magasabb énhatékonyságot

élnek meg. A neuroticizmus tehát az alacsony társas támogatás révén gyengülő énhatékonyság következtében is ronthatja az adherenciát [20].

A Big Five személyiségmodell öt fő személyiségdimenziót azonosít, ezek az extravertió, barátságosság, lelkiismeretesség, neuroticizmus és nyitottság [22]. A neuroticizmus és extravertió dimenziók az eysenck-ihez nagyon hasonló karakterisztikát mutatnak. Azok az emberek, akik nyitottak a tapasztalatokra, intellektuálisan kíváncsiak és hajlandóak új dolgokat kipróbálni. Az intellektuálisan zárkózott emberekhez képest általában inkább tudatában vannak az érzéseiknek, azonban nagyobb valószínűséggel vesznek részt kockázatos tevékenységekben. A lelkiismeretesség az önfegyelem kimutatására, kötelességtudó cselekvésre és a teljesítményre való törekvésekre való hajlam, a lelkiismeretességre vonatkozó magas pontszám azt jelzi, hogy az illető inkább a tervezett, mint a spontán viselkedést részesíti előnyben. A barátságosság vonás lényegében az emberi kapcsolatok fenntartásának képességét jelenti. A barátságos egyének értékelik a másokkal való együttélést, általában figyelmesek, kedvesek, nagylelkűek, megbízhatóak és segítőkészek, míg a barátságatlan egyének az önérdeket az interperszonális kapcsolataik elé helyezik, és jellemzően nem törődnek mások jóllétével.

A Big Five személyiségvonásai és az adherencia kapcsolatát vizsgáló kutatások azt találták, hogy a nagyobb fokú neuroticizmus – az eysenck-i modellhez hasonlóan – rosszabb adherenciával, míg az extravertió, a nagyobb fokú barátságosság és a lelkiismeretesség jobb adherenciával párosul krónikus betegek körében [18, 23]. Ez utóbbi lehetséges oka, hogy a lelkiismeretesség, mint személyiségvonás nagyobb szorgalmat és kitartást implikál, ami magától értetődő módon fokozza az adherenciát mind a gyógyszeres terápia, mind az életmódbeli változtatások fenntartásában. Hasonlóképpen, a nagyobb barátságossággal jellemezhető egyének jobb együttműködő készsége lehet az a tényező, ami az adherenciát fokozza [24, 25]. Az egészséges táplálkozás, illetve diétás előírások betartása tekintetében a Big Five dimenziók közül a nyitottság és lelkiismeretesség bizonyultak az adherencia legjobb prediktorainak [26]. A nyitottság szerepének tekintetében nincs konszenzus, de valószínűsíthető, hogy a kíváncsiság és az új információkra való nagyobb befogadókészség a modernbb étkezési szokások előnyben részesítéséhez vezet a tradicionális konyha, illetve a kevésbé korszerű sütési-főzési eljárásokkal szemben [26]. A lelkiismeretesség általánosságban együtt jár az egészségesebb életmód preferálásával a mozgás és a táplálkozás terén egy-

aránt, és a kockázatos, potenciálisan egészségkárosító magatartások elkerülésével is.

Robert Cloninger pszichobiológiai modelljében (Cloninger's Temperament and Character Inventory, TCI) [27] négy genetikailag meghatározott temperamentum-jellemzőt (újdonságkeresés, ártalomkerülés, jutalomfüggőség, kitartás) és három karakter-jellemzőt (önirányítottság, együttműködési készség, transzcendenciaélmény) különböztet meg. Míg a temperamentum az alapvető érzelmi mintázatokat, addig a karakter a szándékokat, az attitűdöket és a célokat határozza meg. A cloningeri modellben az újdonságkeresés az aktivitást, a kezdeményezést, az új ingerek vagy potenciális jutalomforrások keresését, illetve a potenciális büntetés aktív elkerülését jelöli. Az ártalomkerülésre jellemző viselkedés az óvatosság, a féltékenység, a feszültség és az aggodalmaskodás is. A jutalomfüggőség a viselkedés folytatásában, fenntartásában játszik szerepet, amelyet a jutalom jelzéseire való fokozott válaszok jellemeznek. A kitartás eltökéltségben, perfekcionizmusban, ambíciózusságban, szorgalomban és túlteljesítésben nyilvánulhat meg. Az önirányítottság azt jelöli, hogy mennyire fogadja el magát valaki, van-e célja az életének, illetve képes-e ennek elérése érdekében a kontrollra és a szabályok betartására. Az együttműködési készség mások elfogadását, a toleranciát, a segítőkészséget, az empátiát és az egyetértési készséget jelöli. A transzcendenciaélmény transzperszonális azonosulást, elfogadást, spirituális egyesülést jelent a természettel és az univerzummal [28].

A TCI és az adherencia kapcsolatát vizsgáló kutatások feltárták, hogy a magasabb önirányítottság jobb, míg a nagyobb ártalomkerülés és újdonságkeresés rosszabb adherenciával jár együtt [29-32]. Ezek a személyiségdimenziók szintén nem csak közvetlenül, hanem indirekt módon is befolyásolhatják a betegek adherenciáját. A magasabb önirányítottsággal jellemezhető személyek nagyobb felelősségtudattal, találatkonysággal, céltudatossággal, önfogadással és önfegyelmel jellemezhetőek, ami közvetlenül hozzájárulhat a nagyobb fokú adherenciához. A magasabb önirányítottság emellett jobb mentális egészséggel, a depressziós, illetve szorongásos tünetegyüttesek megjelenésének kisebb kockázatával jár együtt [27, 33]. A mentális betegségek pedig, különös tekintettel a depresszióra, rontják az adherenciát. Az önirányítottság kisebb, míg az ártalomkerülés nagyobb depresszió rizikóval jár együtt [34]. Más kutatások azt találták, hogy a kisebb mértékű újdonságkeresés (kevésbé impulzív, szabálykövető magatartásra való hajlam) jobb adherenciával jár együtt, ami a jobb érzelem-

szabályozási képesség és a fókuszáltabb, problémaorientált megküzdési stratégiák révén fokozhatja az adherenciát [30]. Egy néhány évvel ezelőtti vizsgálatban pedig a magas ártalomkerüléssel és/vagy alacsony önirányítottsággal jellemezhető személyeket találták a non-adherencia szempontjából veszélyeztetettnek. Az ártalomkerülés fokozza az anticipátoros szorongásra, kifáradásra és pesszimizmusra való hajlamot, ezért feltételezhetően rontja a terápia sikerességébe vetett hitet is. Ezzel szemben az önirányítottság a nagyobb kontroll-képesség, szabálytartás, önazonosság és felelősségérzet révén segíti elő a szükségletkielégítést és az impulzusok késleltetését, ami kulcsfontosságú szerepet tölt be a terápiás előírások betartásában [32].

Az affektív temperamentumok (depresszív, ciklotím, hipertím, irritábilis és szorongó) a személyiség viszonylag stabil [35] – bár stresszre érzékeny [36] – biológiai „magjait” jelentik, amelyek a korai életkorban fejlődnek ki, és nagyrésztben meghatározzák az egyén aktivitási szintjét, emocionális reaktivitását, hangulati állapotát és a hozzájuk kapcsolódó kognitív funkciókat a klasszikus akiskali fogalmak szerint, amelyek a görög pszichológiai orvostudományig és filozófiáig, valamint a kraepelini hagyományokig nyúlnak vissza [37]. A depresszív temperamentumú egyének jellemzői közé tartozik a szabálykövetés, a napi rutinhoz ragaszkodás, a kritikára való érzékenység, az önvádolás, a féltékenység és a visszahúzódnás, ugyanakkor az önfeláldozás, és az emberi szenvedésre való érzékenység is. A ciklotím temperamentumú egyéneknek intenzívek az érzelmei, de labilisak, önértékelésük, szocializációjuk, energiájuk instabil, gyors hangulátváltások jellemzik őket. A hipertím temperamentumra jellemző a legtöbb pozitív vonás: a társaságszeretet, a humorérzék, az optimizmus, a magabiztosság, továbbá az alacsony alvási igény, a fáradhatatlanság és a kockázatvállalás. Az irritábilis temperamentumot a szkepticizmus, a kritikusság és a házsártosság jellemzi, az ilyen ember gyakran panaszkodik és elégedetlen, hajlamos a dühre, féltékenységre és az erőszakra. A szorongó temperamentumú embereket kontrollálhatatlan aggodalom, alaptalan veszélyeztetettségérzés, szerencsétlenségtől való félelem, és fokozott éberség jellemzi [38].

Bár az affektív temperamentumok önmagukban semmiféle kóros értékkel nem rendelkeznek, mindazonáltal sérülékenységet jelenthetnek a különféle hangulati zavarok [39], valamint egyéb pszichiátriai rendellenességek [40] és specifikus szomatikus állapotok [38, 41-48] kialakulása szempontjából. Az affektív temperamentumok különböző betegségek hosszú távú lefolyását és kezelési kimenetelét is befolyásolhatják, bár az affektív temperamentumok és a szomatikus

betegségek prognózisa közötti összefüggést modellező bizonyítékok egyelőre kísérleti jellegűek [38, 41, 44]. A legújabb kutatási eredmények ugyancsak arra utalnak, hogy az affektív temperamentumok szerepe a szomatikus betegségek prognózisában és lefolyásában összefügg az adherenciára gyakorolt hatásukkal [2, 49-56].

Az Akiskal által leírt ötféle affektív temperamentum közül az eddigi kutatási eredmények a ciklotím, az irritábilis, a depresszív és a szorongó esetében is kimutatták, hogy szignifikáns hatással vannak a terápia be nem tartásának kockázatára. Mindezt magyarázhatják a temperamentumok direkt hatásai, úgymint a ciklotím, irritábilis és szorongó temperamentumú emberek kevésbé kedvező reakciója a negatív eseményekkel való megküzdéskor [51], a ciklotím temperamentumú emberek szubjektív fájdalom intoleranciája, az intenzív stresszes és fájdalmas tapasztalatokra adott fokozott érzelmi reakcióra való hajlamuk [53, 57], illetve a depresszív, ciklotím és irritábilis temperamentumra gyakran jellemző reménytelenség érzése is [58]. Pszichiátriai betegek esetében azt találták, hogy a ciklotím, irritábilis vagy szorongó temperamentumok összefüggenek a pszichotróp gyógyszerekhez való negatív attitűddel, illetve azok negatív mellékhatásaival is, ami pedig ugyancsak csökkent adherenciát eredményezhet [52]. Cukorbeteg körében pedig nem csak a gyógyszeradherenciával, hanem a nem megfelelő táplálkozási szokásokkal is összefüggésbe hozták a ciklotím temperamentumot, ami indirekt módon ugyancsak kihatással lehet az orvosi javaslatok betartására és a betegség kimenetelére is. Ezen összefüggések hátterében állhat egyrészt a ciklotím temperamentumú emberek impulzivitása és a függőségre való hajlamuk, ami olyan diszfunkcionális hangulatmoduláló viselkedésekhez vezet, mint például a túlevés, mellyel hangulati instabilitásukat próbálják szabályozni; másrészt pedig a túlzott optimizmusuk és kockázatvállalásuk, amely befolyásolhatja az ételfüggőség hosszú távú lefolyását és a rossz gyógyszeradherenciát egyaránt [49].

### KLINIKAI JELENTŐSÉG, KÖVETKEZŐ LÉPÉSEK

Láthatjuk tehát, hogy egyes személyiségvonások vagy temperamentumok megnehezíthetik a hosszan tartó gyógyszeres kezelés terhének elviselését, a betegség megváltoztathatatlan tényének elfogadását, a szükséges gyógyszeres kezelés tartós, akár élethosszig tartó betartását, valamint a mellékhatások elviselését is, míg mások elősegíthetik a betegséggel való megküzdést és az orvosi előírások betartását. A személyiség és az

adherencia ezen összefüggései klinikai szempontból különösen fontosak lehetnek, mert mind az Eysenck-i és a Big 5 személyiségdimenziók, mind a cloninger-i temperamentumok és vonások, valamint az affektív temperamentumok is könnyen felmérhetők olyan, széles körben validált eszközökkel, mint az Eysenck Személyiség Kérdőív (EPQ) [59], a Big Five Kérdőív (BFQ) [60], a Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) [61], illetve a Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A) önkitöltős kérdőív [57], melyek lehetővé tehetik a non-adherencia szempontjából magas kockázatú alcsoportok azonosítását, ezáltal elősegítve a kezelési terv személyre szabását és a költséghatékony beavatkozásokat.

Az adherenciát elősegítő, személyre szabott kezelési tervek magukban foglalhatják többek közt a pszichoedukációt, ami információátadás révén növelheti a betegségtudatot, tisztázhatja a gyógyszerek szerepét a gyógyulásban, illetve segíthet a remisszió és visszaesés megelőzésében; a különböző kognitív-viselkedésterápiákat, melyek az adherenciával kapcsolatos viselkedésmintázatokat tudják feltérképezni, formálni és megerősíteni, vagy az egyéb pszichoterápiás módszereket, amik a személyiség mélyebb rétegeit, a beteg élményszerveződését, magatartását és gondolkodását formálhatják, illetve társas támogatást nyújthatnak az adherencia elősegítésének érdekében [5].

Azonban szem előtt kell tartani, hogy a személyiségvonások és az affektív temperamentumok erősen genetikai és biológiai alapúak, stabil lefutást mutatnak az élet során, és viszonylag kevésbé módosíthatók közvetlenül, ezért azok megváltoztatása nem lehet reális célja még a személyre szabott terápiának sem. Viszont azt is látjuk, hogy bár egyes temperamentumok és személyiségvonások közvetlenül is befolyásolhatják a terápiahűséget az adott vonásokkal konzisztens magatartáson keresztül (például egy extravertált személy hatékonyabban vesz igénybe társas támogatást), azonban a személyiségvonások és temperamentumok legtöbbször nem közvetlenül, hanem indirekt módon, a hiedelmek és motivációk közvetítésével formálják a viselkedést a környezeti ingerek eltérő percepciója és feldolgozása által [62, 63], így az adherenciára gyakorolt hatásukat különféle mediáló tényezők közvetítik, melyek viszont már módosíthatóak pszichológiai és pszichoterápiás technikák segítségével.

Így ahelyett, hogy magukat a vonásokat vagy temperamentumokat állítanánk a pszichoterápia fókuszába, az elkövetkező kutatásoknak azokra a külső tényezőkre kellene fókuszálniuk, melyek a személyiség vagy temperamentum-megnyilvánulásokat közvet-

ve befolyásolják, és a pszichoterápiának ezen tényezők azonosítására és módosítására lenne szükséges összpontosítania. Emellett azt is meg kell értenünk, hogy a temperamentumok kialakulásában szerepet játszó genetikai háttér és társadalmi-gazdasági tényezők hogyan hozhatók összefüggésbe a későbbi gyógyszeradherenciával.

## ÖSSZEFOGLALÁS, KONKLÚZIÓ

A fentiek fényében a személyiség, temperamentumok és ezeknek a terápiás adherenciára gyakorolt hatásának elemzése és megértése fontos szempontokat adhat mind a betegek pszichológiai támogatásának azonosításához, amelyek a terápiával való jobb együttműködéshez szükségesek, mind pedig a pszichológiai vagy pszichiátriai beavatkozásokhoz, amennyiben azok szükségesek az adherencia növelése érdekében. A non-adherencia mérhető rizikófaktorainak azonosításával szűrési módszerek és kockázati indikátorok, valamint fókuszált pszichoterápiás, oktatási és támogató módszerek is kidolgozhatók. Így a személyiség és a temperamentumok szerepének a megértése, és annak feltérképezése, hogy ezek hogyan befolyásolják a gyógyszeres attitűdöket, hiedelmeket, kogníciókat, érzelmeket és viselkedéseket, újszerű és kulcsfontosságú lehetőséget adhat a személyre szabott orvoslás, oktatás, támogatás, és beavatkozási módszerek kidolgozására, megcélözva ezzel az orvosi ajánlások betartásának akadályait és növelve a betegek aktív részvételét sikeres kezelésükben.

**LEVELEZŐ SZERZŐ:** Gonda Xénia

Semmelweis Egyetem

Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,

Szent Rókus Klinikai Tömb,

1085 Gyulai Pál utca 2.

E-mail: gonda.xenia@med.semmelweis-univ.hu

## IRODALOM

- Organization, W.H., Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003.
- Pasquale, C.D., et al., Psychological perspective of medication adherence in transplantation. *World Journal of Transplantation*, 2016. 6(4): p. 736.
- Marcum, Z.A., M.A. Sevcik, and S.M. Handler, Medication non-adherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA*, 2013. 309(20): p. 2105-6.
- Sabaté, E. and E. Sabaté, Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003: World Health Organization.
- Solmi, M., et al., How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2021. 43(2): p. 189-202.
- Lindau, S.T., et al., Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives in biology and medicine*, 2003. 46(3 Suppl): p. S74.
- Martin, L.R., et al., A perspective on nonadherence to drug therapy: psychological barriers and strategies to overcome nonadherence. *Patient preference and adherence*, 2018. 12: p. 1527.
- van Dooren, F.E., et al., Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2013. 8(3): p. e57058.
- Rosenstock, I.M., Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 1974. 2(4): p. 328-335.
- Ajzen, I., The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991. 50(2): p. 179-211.
- Horne, R., et al., Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE*, 2013. 8(12): p. e80633.
- DiMatteo, M.R., K.B. Haskard-Zolnierok, and L.R. Martin, Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 2012. 6(1): p. 74-91.
- Eysenck, H., Dimensions of personality. 2018: Routledge.
- Eysenck, H.J. and S.B.G. Eysenck, Psychoticism as a dimension of personality. 1977: Taylor & Francis Group.
- Hazrati-Meimaneh, Z., et al., The impact of personality traits on medication adherence and self-care in patients with type 2 diabetes mellitus: The moderating role of gender and age. *Journal of Psychosomatic Research*, 2020. 136: p. 110178.
- Chen, M., et al., Initial adherence by psychiatric outpatients in a general hospital and relevant personal factors. *BMC psychiatry*, 2022. 22(1): p. 1-9.
- Lahey, B.B., Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 2009. 64(4): p. 241.
- Axelsson, M., et al., The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: an epidemiological study in West Sweden. *PLoS One*, 2011. 6(3): p. e18241.
- Johnson, M.O. and T.B. Neilands, Neuroticism, side effects, and health perceptions among HIV-infected individuals on antiretroviral medications. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2007. 14(1): p. 69-77.
- Huang, J., et al., Medication Adherence and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes: A Structural Equation Model. *Front Public Health*, 2021. 9: p. 730845.
- Allen, J., et al., Social support and health behavior in hostile black and white men and women in CARDIA. *Psychosomatic medicine*, 2001. 63(4): p. 609-618.
- WT, N., Toward an adequate taxonomy of personality attributes: replicated factors structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963. 66: p. 574-583.
- Hazrati-Meimaneh, Z., et al., The impact of personality traits on medication adherence and self-care in patients with type 2 diabetes mellitus: The moderating role of gender and age. *J Psychosom Res*, 2020. 136: p. 110178.
- Costa Jr, P.T., M.R. Somerfield, and R.R. McCrae, Personality and coping: A reconceptualization. 1996.

25. Hilliard, R.C., et al., Big five personality characteristics and adherence to clinic-based rehabilitation activities after ACL surgery: A prospective analysis. *The open rehabilitation journal*, 2014. 7: p. 1.
26. Lunn, T.E., et al., Does personality affect dietary intake? *Nutrition*, 2014. 30(4): p. 403-409.
27. Cloninger, C.R., D.M. Svrakic, and T.R. Przybeck, A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 1993. 50(12): p. 975-990.
28. Szabó, G., et al., A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív rövidített magyar változatának (TCI55) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 2016. 31(4): p. 348-358.
29. Jurado, D., et al., Adherence to the Mediterranean dietary pattern and personality in patients attending a primary health center. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2012. 112(6): p. 887-891.
30. Wagner, G., et al., Coeliac disease in adolescence: Coping strategies and personality factors affecting compliance with gluten-free diet. *Appetite*, 2016. 101: p. 55-61.
31. Tominaga, Y., et al., Possible associations of personality traits representing harm avoidance and self-directedness with medication adherence in Japanese patients with type 2 diabetes. *Journal of pharmaceutical health care and sciences*, 2018. 4(1): p. 1-7.
32. Kiuchi, K., Predictive CPAP adherence based on patient's personality traits and counseling method. 2016, Tohoku University: Department of Medicine.
33. Jurado, D., et al., Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *European Psychiatry*, 2005. 20(3): p. 213-222.
34. Chao, J., et al., The mediating role of health beliefs in the relationship between depressive symptoms and medication adherence in persons with diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2005. 1(4): p. 508-525.
35. Kawamura, Y., et al., Six-Year Stability of Affective Temperaments as Measured by TEMPS-A. *Psychopathology*, 2010. 43(4): p. 240-247.
36. Gonda, X., et al., Nature and Nurture: Effects of Affective Temperaments on Depressive Symptoms Are Markedly Modified by Stress Exposure. *Frontiers in Psychiatry*, 2020. 11.
37. Akiskal, H.S. and K.K. Akiskal, In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders*, 2007. 100(1): p. 1-6.
38. Eöry, A., et al., Affective temperaments: from neurobiological roots to clinical application. *Orvosi Hetilap*, 2011. 152(47): p. 1879-1886.
39. Miola, A., et al., Relationships of affective temperament ratings to diagnosis and morbidity measures in major affective disorders. *Eur Psychiatry*, 2021. 64(1): p. e74.
40. Rihmer, Z., et al., Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry*, 2010. 23(1): p. 12-18.
41. Eory, A., et al., Personality and cardiovascular risk: Association between hypertension and affective temperaments—a cross-sectional observational study in primary care settings. *European Journal of General Practice*, 2014. 20(4): p. 247-252.
42. NEMCSIK, J., et al., A cyclothym affektív temperamentum és a hypertonia kapcsolata. *Hypertonia és Nephrologia*, 2020.
43. Laszlo, A., et al., Association of affective temperaments with blood pressure and arterial stiffness in hypertensive patients: a cross-sectional study. *Bmc Cardiovascular Disorders*, 2016. 16: p. 10.
44. Vecsey-Nagy, M., et al., The association between accelerated vascular aging and cyclothymic affective temperament in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 2021. 145: p. 6.
45. Korosi, B., et al., Association between Cyclothymic Affective Temperament and Age of Onset of Hypertension. *International Journal of Hypertension*, 2019. 2019: p. 6.
46. Korosi, B., et al., Association between Irritable Affective Temperament and Nighttime Peripheral and Central Systolic Blood Pressure in Hypertension. *Artery Research*, 2019. 25(1-2): p. 41-47.
47. Korosi, B.Z., et al., EVALUATION OF THE ASSOCIATION BETWEEN THE AGE AT ONSET OF HYPERTENSION AND DIFFERENT AFFECTIVE TEMPERAMENTS. *Journal of Hypertension*, 2018. 36: p. E34-E34.
48. Nemcsik, J., et al., Inverse association between hyperthymic affective temperament and coronary atherosclerosis: A coronary computed tomography angiography study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2017. 103: p. 108-112.
49. Yamamoto, T., et al., Cyclothymic Temperament is Associated with Poor Medication Adherence and Disordered Eating in Type 2 Diabetes Patients: A Case-Control Study. *Diabetes Therapy*, 2021. 12(9): p. 2611-2624.
50. Shamsi, A., et al., The relationship between medication adherence and affective temperaments in patients with congestive heart failure. *Psychiatria*, 2021. 17(3): p. 115-120.
51. Buturak, S.V., E.B. Emel, and O.M. Koçak, The effect of temperament on the treatment adherence of bipolar disorder type I. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2016. 70(3): p. 176-182.
52. Bahrini, L., R. Damak, and M. Cheour, The role of the affective temperament in the treatment adherence in psychiatry. *Pan African Medical Journal*, 2015. 25.
53. Fornaro, M., et al., Treatment adherence towards prescribed medications in bipolar-II acute depressed patients: Relationship with cyclothymic temperament and “therapeutic sensation seeking” in response towards subjective intolerance to pain. *Journal of Affective Disorders*, 2013. 151(2): p. 596-604.
54. Shamsi, A., et al., Is there any relationship between medication compliance and affective temperaments in patients with type 2 diabetes? *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 2014. 13(1): p. 96.
55. Belvederi Murri, M., et al., The interplay between diabetes, depression and affective temperaments: A structural equation model. *Journal of affective disorders*, 2017. 219: p. 64-71.
56. Kamei, K., et al., Affective temperaments and psychotropic adherence. *Journal of affective disorders*, 2013. 150(3): p. 1142-7.
57. Akiskal, H.S., et al., TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord*, 2005. 85(1-2): p. 3-16.
58. Innamorati, M., et al., Cyclothymic temperament rather than polarity is associated with hopelessness and suicidality in hospitalized patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 2015. 170: p. 161-165.
59. Eysenck, H. and S. Eysenck, *Eysenck personality questionnaire-revised*. 1984.
60. Caprara, G.V., et al., The “Big Five Questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 1993. 15(3): p. 281-288.
61. Cloninger, C.R., *The temperament and character inventory-revised*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1999.
62. Vo, P.T. and T. Bogg, Testing theory of planned behavior and neo-socioanalytic theory models of trait activity, industriousness, exercise social cognitions, exercise intentions, and physical activity in a representative US sample. *Frontiers in Psychology*, 2015. 6: p. 1114.
63. Hampson, S.E., Personality processes: Mechanisms by which personality traits “get outside the skin”. *Annual review of psychology*, 2012. 63: p. 315-339.



## The relationship between therapeutic adherence and personality

Inadequate adherence to long-term therapies significantly affects the course and outcome of the disease, and therefore poses a serious threat to both the effectiveness and success of treatment and the long-term well-being of patients. Therapeutic adherence is an extremely complex process, with a number of risk and protective factors identified, many of which underlie the psychological characteristics of the patient. A number of medication adherence models have been developed to take into account the psychological characteristics of patients, and recent research has examined the relationship between different personality models and adherence to therapeutic recommendations. In this review we aim to summarize current knowledge, adherence models, research findings on the relationship between personality and adherence, including implications for future research.

**Keywords:** adherence, personality, temperaments, EPQ, BFQ, TCI, affective temperaments, TEMPS-A