

*Agnieszka Ziolkowska*

## **Czynniki pozafarmakologiczne poprawiające wgląd w chorobę oraz współpracę z lekarzem u chorych na schizofrenię**

Samodzielna Pracownia Farmakoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### **Streszczenie**

Praca jest przeglądem literatury dotyczącej metod służących do poprawy wglądu w chorobę oraz współpracy w leczeniu chorych na schizofrenię.

### **Wstęp**

W ostatnich latach obserwujemy intensywny postęp w psychofarmakologii. Daje to lekarzowi w porównaniu z przeszłością niewspółmiernie większe możliwości usuwania objawów chorobowych. Jednak pomimo coraz szerszej gamy neuroleptyków, jakimi dysponują klinicyści uzyskane efekty terapeutyczne wciąż nie są zadowalające. Przyczynę tego zjawiska upatruje się w niedostatecznej osobistej współpracy pacjentów w leczeniu. Od kilku lat prowadzone są badania nad pozafarmakologicznymi metodami mogącymi wydatnie wpłynąć na zaakceptowanie i stosowanie zaleceń medycznych przez osoby leczone z powodu schizofrenii i zaburzeń afektywnych. Celem tych oddziaływań jest wydłużenie okresu remisji, zmniejszenie liczby rehospitalizacji, przywrócenie zdolności do pełnienia ról społecznych i poprawa jakości życia pacjentów.

Praca stanowi przegląd literatury dotyczącej problemu zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych mających na celu poprawę współpracy i wglądu u chorych po przebytych ostrym epizodzie psychiatrycznym.

### **Terminologia**

Od kilku lat borykamy się z próbą trafnego przeniesienia do polskiej terminologii psychiatrycznej angielskich zwrotów zwięzłe i jasno definiujących zjawisko współpracy pacjenta z zespołem leczącym. Często zmuszeni jesteśmy stosować metody opisowe. Dotychczas przyjęły się i są powszechnie stosowane takie terminy jak: współpraca, akceptowanie zasad i postępowanie zgodne z zaleceniami medycznymi, współdziałanie, zaangażowanie jako polskie odpowiedniki *compliance, adherence, collaboration, cooperation, engagement*.

Zdolność do właściwej oceny swojego stanu zdrowia oraz poczucie choroby określane jest terminem wgląd (*insight*) i było już wcześniej znane i używane.

W związku z rozwojem nowych technik terapeutycznych, które mają na celu poprawę współpracy w leczeniu farmakologicznym, zachodzi potrzeba poszerzenia istniejącej terminologii. W literaturze anglojęzycznej spotykamy się z określeniem *compliance therapy*, pod którym należy rozumieć oddziaływania psychoterapeutyczne o charakterze poznawczo-behawioralnym z elementami motywacyjnymi. Czasami termin ten bywa przez niektórych autorów traktowany szerzej i obejmuje również oddziaływania edukacyjne i psychoedukacyjne w stosunku do pacjentów i ich rodzin.

Kolejne pojęcie to *intervention* – tłumaczone dosłownie jako interwencja. W zależności od podejścia autorów można pod nim rozumieć zarówno pojedyncze, jak i złożone modele oddziaływań planowych lub kryzysowych, wykorzystujących powyżej opisane techniki.

### Znaczenie problemu

Ze względu na istotny postęp psychofarmakologii i psychofarmakoterapii usuwanie objawów ostrego epizodu psychotycznego nie stanowi obecnie problemu klinicznego. Dzięki coraz szerszej dostępności atypowych leków przeciwpsychotycznych również objawy negatywne i deficyty poznawcze bywają znacznie częściej eliminowane. W ostatnich 20 latach dostrzeżono kolejne problemy terapeutyczne, takie jak zapobieganie nawrotom, poprawa funkcjonowania społecznego i podniesienie jakości życia osób chorujących na schizofrenię i zaburzenia afektywne. Osiągnięcie sukcesu w tym obszarze zależy w znacznej mierze od skrupulatnego przestrzegania przez pacjentów zaleceń dotyczących farmakoterapii. W celu optymalizacji przyjmowania leków stosowano dotychczas przede wszystkim oddziaływania edukacyjne i psychoedukacyjne, wcześniej także metody bezpośredniej kontroli ilości zużytych tabletek (metoda liczenia zwróconych leków). Jednak obserwowane na co dzień skutki tych oddziaływań wciąż nie są zadowalające i zmuszają do dalszego poszukiwania lepszych rozwiązań. Wydaje się, że tę lukę wypełnić może proponowana przez badaczy zachodnich nowa strategia interwencyjna mająca na celu poprawę współpracy pacjenta z lekarzem (*compliance therapy*). Warto podkreślić także straty ekonomiczne wynikające z braku współdziałania osób leczonych – jak powszechnie wiadomo koszty ponoszone w związku z opieką szpitalną (np. przy częstszych nawrotach) są niewspółmiernie wyższe niż w opiece ambulatoryjnej.

### Wgląd

Kemp i David w swojej pracy z 1995 roku podkreślają znaczenie wglądu w zaburzeniach psychotycznych. David wyodrębnia 3 podstawowe jego aspekty. Są nimi: 1) wiedza o chorobie, 2) nazwanie na nowo objawów choroby psychicznej, 3) zaakceptowanie potrzeby leczenia. Wspomniani autorzy

przedstawiają także narzędzia do oceny tego zjawiska ze szczególnym poleceniem prostej skali samooceny autorstwa Birchwooda. Przyczyny niedostatecznego wglądu w schizofrenii próbowali zidentyfikować Peralta i Cuesta. Według nich może on wynikać z mechanizmów obronnych i wypierania choroby, bądź być uwarunkowanym przez deficyt neurokognitywny lub też rdzennym objawem samego zaburzenia.

David wykazał w prowadzonych przez siebie badaniach, że wgląd w kolejnych epizodach psychotycznych jest umiarkowanie stabilny.

### **Wgląd w różnych zaburzeniach psychicznych**

Amador przeprowadził wielośrodkowe przekrojowe badanie 412 pacjentów z różnymi rozpoznaniem wg DSM-III-R, aby znaleźć odpowiedź na pytanie, czy deficyt wglądu w schizofrenii ma odrębny charakter niż w innych psychozach endogennych. Według uzyskanych wyników 40% pacjentów ze schizofrenią było całkowicie świadomych swojej choroby, natomiast 57% było częściowo albo całkowicie nieświadomych, że chorują psychicznie. Głęboki brak poczucia choroby psychicznej i poszczególnych objawów był częstszy w schizofrenii nawet wówczas, gdy jej przebieg był pod kontrolą. Autorzy włączyli raczej niewielką liczbę pacjentów z rozpoznaniem psychozy innej niż schizofrenia i w związku z tym uzyskano znaczne zróżnicowanie wyników w zależności od ośrodka badań. Zjawisko to wymaga dalszych analiz. Dla oceny wglądu u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii polecana jest przez autorów skala Subiektywnej Świadomości Choroby Psychicznej (Subjective Awareness of Mental Disorder).

W piśmiennictwie lat siedemdziesiątych autorzy ostrożnie wypowiadali się co do znaczenia nozologicznego rozpoznania i jego związku z poziomem współpracy, byli jednak zdania, że raczej on nie istnieje (Johnson, 1977).

### **Wgląd a funkcje poznawcze**

Do chwili obecnej przeprowadzono liczne badania próbujące znaleźć korelację pomiędzy wglądem a poziomem funkcji poznawczych pacjentów. Zajmowali się tym m.in. Corrigan, i wsp. (1994), Folstein, McHugh (1975), Frith i wsp. (1995).

David i wsp. (1992, 1995) potwierdzili wcześniej wysuwane przypuszczenie, że niski iloraz inteligencji może korelować z osłabieniem wglądu w schizofrenii. Prowadzone były badania dla potwierdzenia hipotezy o związku pomiędzy występowaniem deficytów funkcji płatów czołowych a niską świadomością choroby. Ich wyniki były niejednoznaczne. Negatywne dane pochodzą m.in. od Mc Evoy (1993), Cuesta i Peralta (1994, 1995), Dickerson (1996). Potwierdzenie zaś tych przypuszczeń znaleźć można w pracach badawczych Younga (1993) i Lysakera (1994). Ten ostatni oceniał wzajemną zależność wglądu i współpracy

u pacjentów uczestniczących w programie rehabilitacyjnym. Słaby wgląd, szacowany dzięki odpowiednim podpunktom skali PANSS, był powiązany z niższym ilorazem inteligencji, dziwacznością, myśleniem o cechach idiosynkratycznych oraz większą ilością błędów nieperseweracyjnych w Teście Sortowania Kart Wisconsin. Takai i wsp. (1992) wykazali zależność pomiędzy poszerzeniem komór w badaniach obrazowych mózgu a osłabionym wglądem.

Choć osiągnięte wyniki pozostają ze sobą w sprzeczności, to wydaje się prawdopodobne, że deficyty neuropsychologiczne mogą mieć wpływ na kształtowanie się poczucia choroby u pacjentów chorych na schizofrenię.

Niespójność doniesień może zależeć od wielu czynników. Po pierwsze, jak wspomniano wyżej, wgląd nie jest zjawiskiem jednowymiarowym (David, 1991; Amador, 1992), stąd tylko niektóre jego aspekty mogą być uzależnione od deficytów poznawczych. Po drugie próby badawcze są różnorodnie zaprojektowane i niejednokrotnie posługują się różnymi narzędziami do oceny wglądu, co utrudnia porównywanie i interpretowanie wyników. Po trzecie czynniki psychologiczne warunkujące świadomość choroby nie są stabilne i zmieniają się wraz z innymi parametrami psychopatologicznymi.

### Skale do oceny wglądu

Dotychczas opracowano wiele narzędzi do pomiaru poczucia choroby. Niektóre z nich to:

- Skala Oceny Wglądu (Schedule of Assessment of Insight, SAI; David, 1990) mająca formę półustrukturalizowanego wywiadu oceniającego trzy wydzielone aspekty (współpraca w przyjmowaniu leków (0–4), wiedza o chorobie (0–6),
- nazwanie na nowo objawów choroby psychicznej (0–4), z dodatkowym pytaniem o ewentualną hipotetyczną odmowę współpracy. Stosowana jest także wersja poszerzona tej skali (Kemp i David, 1996) zawierająca dodatkowo pytania o poczucie zmiany w myśleniu, dostrzeganie potrzeby leczenia oraz uświadomienie dotyczące konsekwencji psychospołecznych choroby.

Dla pośredniej oceny wglądu używane są kwestionariusze skrupulatności przyjmowania leków, np. Attitudes to Medication Questionnaire (ATMQ; Hayward, 1995), Drug Attitude Inventory (DAI; Hogen, 1983).

### Wgląd a nasilenie psychozy

Wzajemny stosunek pomiędzy wglądem a głębokością doznań psychotycznych oraz nasileniem objawów negatywnych wykazuje słabą korelację, która prawdopodobnie nie jest liniowa (Kemp, David, 1995). Brak wglądu nie jest po prostu aspektem myślenia urojeniowego. Liczne badania ujawniły, że około połowa

pacjentów nie zgłasza swoich przeżyć psychotycznych personelowi leczącemu, szczególnie jeśli dotyczą one agresji albo samopotępienia (Rogers, 1990).

### **Leczenie bez zgody**

David (1992) wykazał związek pomiędzy słabym wglądem a leczeniem przymusowym, co potwierdziło wcześniejsze badania przeprowadzone przez McEvoy w USA. Na podkreślenie zasługuje fakt, że zależność ta ma tendencję do utrzymywania się nawet po opanowaniu objawów psychotycznych.

### **Przyczyny braku współpracy**

Sytuacje, w których spotykamy się z niedostateczną współpracą pacjenta w leczeniu lub jej całkowitym brakiem to najczęściej te, w których mamy do czynienia z pacjentem hospitalizowanym wbrew jego woli.

Badanie wielośrodkowe prowadzone przez Hodge'a (1990) wykazało, że najczęściej nie wyrażają zgody na przyjmowanie leków: pacjenci maniakalni, mający wyższą punktację w BPRS, negatywnie nastawieni do leczenia i pobytu w szpitalu, którzy poprzednio sprzeciwiali się hospitalizacji.

Przyczyną odmowy przyjmowania leków były, jak wykazano: w 35% dokuczliwe objawy uboczne, w 21% brak poczucia choroby, w 12% nieefektywne leczenie, w 30% stopień nasilenia psychozy i zaburzeń myślenia.

Z badań przeprowadzonych przez Adamsa i Howe'a (1994) nad ostro psychotycznymi pacjentami wynika, że ci, którzy dostrzegali korzyść wynikającą z usunięcia objawów chętniej współpracowali.

### **Wpływ wglądu na wyniki leczenia**

Wydaje się, że obecność wglądu powinna prognozować zoptymalizowanie efektów terapii, nie jest to jednak zależność prosta. Natomiast badania Ghaemi i Pope'a, (1994) wykazały, że brak wglądu wpływa niekorzystnie na ostateczny wynik leczenia.

W celu oceny dodatkowych czynników oddziałujących na skuteczność terapii prowadzono badania nad znaczeniem wglądu i wspierającego opiekuńczego środowiska szpitalnego dla uzyskania dobrej długotrwałej remisji. Wyniki ujawniły, że zarówno wgląd jak i sieć wsparcia społecznego niezależnie od siebie wpływają na poprawę efektów terapii. Wykazano również, że osoby znaczące dla pacjentów mogły determinować wykształcenie się pozytywnego nastawienia do leczenia.

Giron i Gomez-Beneyto przeprowadzili w Hiszpanii 2-letnie badanie katanestyczne, które ujawniło znaczącą zależność pomiędzy częstością nawrotów

a negatywnymi postawami członków rodzin pacjentów ze schizofrenią. Ponadto u tych pacjentów stwierdzono także brak współpracy, objawy negatywne i gorsze funkcjonowanie przedchorobowe.

### **Oddziaływania pozafarmakologiczne dla poprawienia wglądu i współpracy z lekarzem**

Zalecenie kuracji farmakologicznej jako leczenia podtrzymującego u chorych ze schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi rozpoczyna kompleks oddziaływań psychospołecznych pomiędzy psychiatrą a pacjentem (Goldstein, 1992).

Poniżej opisano metody już znane oraz nowe propozycje, które wciąż są poddawane ocenie badawczej.

#### **Model psychoedukacyjny**

W ostatnich latach coraz powszechniej stosowane są techniki psychoedukacyjne mające na celu poprawę współpracy i wglądu dla zmniejszenia liczby nawrotów i co za tym idzie – rehospitalizacji. Niezwykle istotnym elementem tego co nazywamy modelem psychoedukacyjnym jest dostarczenie pacjentowi informacji o jego chorobie.

Aktualne programy edukacyjne zawierają następujące tematy (Goldstein, 1991):

- 1) podatność na zachorowanie, uwrażliwienie – model stresowy,
- 2) teorie etiologiczne dotyczące zaburzenia,
- 3) rokowanie (hipotetyczne prognozy dotyczące przebiegu),
- 4) przesłanki racjonalne przemawiające za różnymi formami leczenia,
- 5) ustalenie stałych objawów zaburzenia.

Trudności, z jakimi spotykali się prowadzący zajęcia edukacyjne to m.in.

- 1) opór przed zaakceptowaniem przez pacjentów, że mają zaburzenie, które może nawracać,
- 2) lęk przed zależnością od środków farmakologicznych (ujawniany w różnoraki sposób: a) obawa pacjentów, że cierpią na fizyczne schorzenie wymagające stałego leczenia, b) lęk przed tym, że nie będą umieli odróżnić efektów działania leków od ich własnej unikalnej osobowości oraz że leczeniu poddano poczucie ich tożsamości).

#### **Znaczenie terapii rodzinnej dla poprawy współpracy w leczeniu**

Jeśli pacjent na co dzień jest w stałej relacji z członkami rodziny to warto ocenić, czy celowe jest podjęcie oddziaływań terapeutycznych z włączeniem osób bliskich. Jak wcześniej wspomniano, ostatnie lata przyniosły jasno

sformułowane wnioski dotyczące poprawy współpracy z lekarzem i w następstwie zmniejszenie ryzyka nawrotu u pacjentów, gdy jednocześnie prowadzona była terapia rodzinna (Goldstein, 1978; Leff, 1982; Falloon, 1982; Hogarty, 1986; Tarrier, 1988). Niejednokrotnie spotykamy się z sytuacjami dość skomplikowanymi, jak np. wtedy, gdy krewni akceptują obecność zaburzenia u pacjenta, ale on sam temu zaprzecza, lub chcą współpracować z lekarzem w farmakoterapii, a chory się temu sprzeciwia. Istnieją szczególne przypadki rodzin, w których wzajemna wrogość i konflikty mają długą historię i w takim przypadku należy właściwie ocenić możliwości interwencji terapeutycznej.

### **Terapia poprawiająca współpracę z lekarzem (*compliance therapy*)**

Opisane wcześniej metody pozafarmakologicznych oddziaływań mające wpłynąć korzystnie na współpracę pacjenta w leczeniu nie przynoszą dostatecznie satysfakcjonujących wyników. Dlatego też od kilku lat trwają intensywne poszukiwania dodatkowych metod mogących zmaksymalizować efekt leczenia psychotropowego w schizofrenii i zaburzeniach nastroju.

Prowadzone w ostatnich latach badania nad wykorzystaniem w tym celu terapii poznawczo-behawioralnej z elementami motywacyjnymi przynoszą jednoznacznie zachęcające wyniki. Potwierdzenie ich znajdujemy m.in. w pracy Kempa i wsp. (1998), która przedstawia trwającą 18 miesięcy próbę losową kontrolowaną. W badaniu uczestniczyli ostro psychotyczni pacjenci przyjmowani kolejno do szpitala, byli oni następnie losowo rozdzielani do grup. Część z nich uczestniczyła w 4–6 sesjach terapii poprawiającej współpracę w leczeniu, zaś druga część kontrolna uczestniczyła w 4–5 sesjach terapii podtrzymującej. Obserwacja wszystkich pacjentów w czasie próby ze względu na długi okres jej trwania nie była możliwa. U ocenianych wykazano istotną poprawę ogólnego funkcjonowania w miarę trwania terapii oraz znaczną redukcję liczby rehospitalizacji. Prowadzona terapia była stosowana dodatkowo wraz z rutynowym postępowaniem medycznym i składała się z sesji edukacyjnych oraz dyskusji dotyczących leczenia i rozwiązywania bieżących problemów.

Wcześniej (1996) ten sam zespół badaczy przedstawił wyniki podobnej próby, w której również wykazano ścisłą zależność pomiędzy wglądem, postawą wobec leczenia, wpływem terapii poznawczo-behawioralnej na ograniczenie liczby przyjęć do szpitala i poprawę funkcjonowania społecznego.

### **Podsumowanie**

Stosowanie niektórych praktyk poznawczo-behawioralnych w leczeniu pacjentów psychotycznych spotykane jest coraz częściej ze względu na obserwowane utrzymywanie się niezadowolających efektów terapeutycznych. Istotna rola,

jaka przypada w udziale psychofarmakoterapii sprawia, że właśnie skrupulatność w przyjmowaniu leków uznawana jest za podstawę procesu leczniczego. Sposoby oceny współpracy w tym zakresie zmieniły się w ciągu ostatnich lat. Wcześniej stosowano np. liczenie tabletek – pomimo potencjalnej niedokładności dość rozpowszechnione (Rudd, 1976; Kane, 1983; Pullar, 1989). Zaznaczano tej metodzie czasochłonność, zaangażowanie siły roboczej, brak uniwersalności. Innym sposobem kontroli przyjmowania leków jest oznaczenie ich stężenia w surowicy, jednak i tu zastosowanie jest ograniczone inwazyjnością metody, wysokimi kosztami oraz tym, że jest ona nieużyteczna dla niektórych neuroleptyków. Z kolei próba oznaczania stężenia leków psychotropowych w moczu niejednokrotnie dawała wyniki fałszywie dodatnie, co było spowodowane długim okresem półtrwania leków (Churchil, 1985). Ponadto aktualnie dostępne testy mogą być niedostatecznie czułe dla wykrycia niskich dawek neuroleptyków, jakimi coraz częściej operują psychiatrzy. O ile metody bezpośredniej oceny współpracy pacjentów w przyjmowaniu środków psychotropowych mają ograniczoną wartość, to jak wykazał Hogan, kwestionariusz postawy wobec leku (Drug Attitude Inventory – DAI) – proste narzędzie do samooceny współpracy użyte dla grupy pacjentów ambulatoryjnych, grupuje ich na współpracujących i nie współpracujących z dokładnością do 89%. Poprawa wglądu oraz stosowanie się do zaleceń medycznych możliwe są zwykle dopiero po nawiązaniu z pacjentem kontaktu opartego na wzajemnym szacunku i zaufaniu. Lepszemu rozeznaniu pacjenta w jego sytuacji oraz dostarczeniu informacji o chorobie służą zajęcia edukacyjne. Natomiast lepsze funkcjonowanie społeczne i poprawa standardu życia wynika z dostatecznie dobrej współpracy chorego z zespołem leczącym. Zoptymalizowaniu tej właśnie dziedziny służy proponowana do zastosowania w powszechnej opiece nad chorymi na schizofrenię i zaburzenia afektywne terapia poznawczo-behawioralna z elementami motywacyjnymi.

## **Piśmiennictwo**

patrz piśmiennictwo załączone do art. Kuczyński i inni str. 16–21