

*Krystyna Sobucka, Małgorzata Rzewuska,  
Agnieszka Chojnowska, Wojciech Kuczyński*

## **Stosunek do leczenia chorych na schizofrenię, wgląd w chorobę. Skale służące do oceny współpracy w leczeniu**

Samodzielna Pracownia Farmakoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### **Streszczenie**

W pracy zestawiono narzędzia stosowane do oceny czynników wpływających na współpracę w leczeniu chorych na schizofrenię, do oceny wglądu w chorobę, do oceny współpracy w leczeniu.

Opracowano szereg narzędzi służących do oceny czynników wpływających na współpracę w leczeniu chorych na schizofrenię (np. wglądu, postawy wobec choroby, potrzeby leczenia i objawów niepożądanych itp.). Formy narzędzi są zróżnicowane, niektóre z nich to kwestionariusze wypełniane przez chorych, inne to skale oceniane przez badaczy.

W zależności od badanych czynników skale i ankiety można podzielić na 4 grupy:

- A) Oceniające odczuwane subiektywnie działanie leku:
  - Skala Van Puttena i Maya (1976) oceniająca bezpośrednią reakcję na przyjęty lek (Aneks, tabela 1)
  - Kwestionariusze oceny działania leków Hogana, Awarda i Eastwooda (1983) – DAI 10 i DAI 30 (Aneks, tabela 2 i 3)
- B) Oceniające stosunek do leczenia:
  - Kwestionariusz Mantonakisa i wsp. (1985) oceny postawy rodziny pacjenta (Aneks, tabela 4)
  - Kwestionariusz dotyczący oceny działania leku i potrzeby leczenia Adamsa i Howe (1993) (Aneks, tabela 5)
  - Skala do subiektywnej oceny leczenia (lub niechęci do farmakoterapii) i wpływających na nie czynników ROMI Weidena i wsp. (1994) (Aneks, tabela 6)
  - Skala do samooceny samopoczucia Nabera (Aneks, tabela 7)
- C) Służące do oceny wglądu
  - Kwestionariusz do oceny wglądu i potrzeby leczenia – Cuffel i wsp. (1996) (tabela 8)
  - Kwestionariusz do oceny wglądu i postawy wobec leczenia – Buchanan (1992) (Aneks, tabela 9)

- Kwestionariusz do oceny potrzeby hospitalizacji i leczenia – ITAQ McEvoy (1980) (Aneks, tabela 10)
- Skala do oceny wglądu w psychozę Amadora i in. (1993) (Aneks, tabela 11)
- Kwestionariusz do oceny choroby i stosunku do przyszłości – Soskis i Barers (1969) (Aneks, tabela 12)
- D) Oceniające czynniki wpływające na współpracę w leczeniu
- Kwestionariusz Mardera i wsp. (1983) (Aneks, tabela 13)
- Skala do oceny współdziałania w leczeniu (Aneks, tabela 14)

## I. SKALE SŁUŻĄCE DO OCENY STOSUNKU DO LEKU I LECZENIA

Badania Van Puttena i Maya oraz Hogana, Awarda i Estwooda wykazały, że subiektywne odczucia pacjenta oraz bezpośrednia reakcja po przyjęciu leku mają duży wpływ na współpracę z lekarzem, regularność w przyjmowaniu leku oraz rokowanie krótko- i długoterminowe.

Autorzy odróżniają 2 typy reakcji w pierwszych dobach po podaniu leków neuroleptycznych – reakcję pozytywną tzw. „euforyczną” (poprawa samopoczucia, brak odczuć negatywnych) oraz negatywną tzw. dysforyczną. Z badań autorów wynika, że subiektywna odpowiedź na leki oceniana po 24 i 48 godzinach po podaniu leków neuroleptycznych wyraźnie koreluje z wynikami leczenia po 3 tygodniach (ocena za pomocą BPRS), tak więc, może służyć do przewidywania krótkoterminowej odpowiedzi na leczenie.

Van Putten i May (1978) stwierdzili, że subiektywna dysforyczna odpowiedź oceniana w ciągu pierwszych 2 dni po podaniu leków neuroleptycznych korelowała z brakiem współpracy i odstawieniem leków przez pacjenta. Wczesne zwrócenie uwagi na taką reakcję i wyodrębnienie tych pacjentów na początku leczenia może przyczynić się do opracowania odpowiedniego programu terapeutycznego poprawiającego współpracę i zapobiegającego odstawieniu leków przez chorych na schizofrenię.

Wychodząc z powyższych założeń Van Putten i May skonstruowali skalę NDS – **Neuroleptic Dysphoria Scale** składającą się z czterech pytań (Aneks, tab. 1). Odpowiedzi pacjenta na każde pytanie notuje się w sposób dokładny. Sam pacjent zaznacza swoją odpowiedź na skali o rozpiętości od -11 do +11. Chorzy którzy w wyniku podsumowania uzyskali od +44 do +10 punktów oceniani są jako „syntoniczni”, ci którzy osiągają pomiędzy -44 a -10 stanowią grupę dysforyczną, pozostali – obojętną.

Zaletą kwestionariusza jest możliwość szybkiego przeszkolenia oceniającego oraz krótki czas, jaki musi poświęcić pacjent na udzielenie odpowiedzi, co umożliwi stosowanie go u chorych w ostrej fazie choroby (np. po przyjęciu do szpitala). Jest to niewątpliwie jedna z lepszych dostępnych subiektywnych skal dla pacjentów z zaostrzeniem psychozy i najbardziej użyteczna jeśli chodzi o „całościową odpowiedź”, tj. reakcję na podany lek. Udziela jednak zbyt

mało informacji specyficznych, niekiedy uniemożliwiających zróżnicowanie reakcji dysforycznej od innych objawów niepożądanych. Ponadto, skala nie została w pełni zweryfikowana psychometrycznie.

Opierając się na subiektywnych wypowiedziach pacjentów dotyczących ich postaw i odczuć odnośnie leczenia neuroleptykami, Hogan, Award i Eastwood (1983) skonstruowali tzw. **kwestionariusz postawy wobec leku (Drug Attitude Inventory – DAI)** (Aneks, tab. 2 i 3). Spośród 100 różnych stwierdzeń chorych wybrano takie, które różnicowały pacjentów współpracujących i niewspółpracujących w przyjmowaniu leków.

Skala wyodrębnia sferę odczuć pacjenta (subiektywne odczucia pozytywne i negatywne), postaw wobec leczenia („model zdrowia”, decyzja o przyjmowaniu leków własna lub nacisk z zewnątrz), opinie dotyczące zapobiegania nawrotom choroby przy stosowaniu leków neuroleptycznych oraz obawy odnośnie objawów niepożądanych. Skala DAI może być stosowana w dwu wersjach DAI-30 i DAI-10. DAI-10 opiera się jedynie na czynnikach subiektywnym-pozytywnym i subiektywnym-negatywnym odczuciu związanym z przyjmowaniem leków. Badany sam wypełnia kwestionariusz określając czy zgadza się z podanym stwierdzeniem czy nie.

W skali DAI-10 negatywna subiektywna reakcja na lek oceniana jest jako 1 punkt, pozytywna – 2 punkty. Rozpiętość uzyskanych punktów może wynosić od 10 do 20. Chorzy, którzy uzyskują wynik poniżej średniej traktowani są jako ujawniający reakcję negatywną.

W skali DAI-30 każda odpowiedź wskazująca na pozytywny stosunek do leczenia jest oceniana (punktowana) jako +1, negatywna jako -1. Wynik stanowi suma uzyskanych odpowiedzi. Wynik ujemny oznacza odpowiedź dysforyczną (tj. reakcję negatywną), a dodatni wskazuje na pozytywną subiektywną reakcję na lek.

Skala była testowana psychometrycznie, charakteryzuje się dużą spójnością wewnętrzną i rzetelnością, a jej wyniki korelują ze współpracą w leczeniu.

Wg Weidena i wsp. DAI jest najbardziej efektywnym subiektywnym narzędziem do uzyskania informacji o postawach chorego wobec leczenia neuroleptykami. Dodatkową zaletą tej skali jest fakt, że nawet pacjenci w okresie ostrej psychozy mogą wypełnić ją bez trudności, zwłaszcza wersję DAI-10. Autorzy DAI porównując ją ze skalą Van Puttena i Maya stwierdzili wysoką korelację wyników (zgodność 93% po 24 godzinach i 83% po 48 godzinach od chwili podania leku).

Mantonakis i wsp. (1985) opracowali **kwestionariusz służący do oceny postawy rodziny wobec leczenia farmakologicznego u pacjenta** (Aneks, tab. 4). Zawiera 13 pytań. Odpowiadający ma 3 możliwości wyboru odpowiedzi: tak, nie, nie wiem (lub nie jestem pewien). Odpowiedzi na pytanie typu „nie wiem” ocenia się jako negatywny stosunek do leczenia.

Adams i Howe opracowali kwestionariusz do oceny leczenia **The Checklist Items Indicatory Reasons for Medication Compliance and Non Compliance** (1993) (Aneks, tab. 5). Kwestionariusz zawiera listę czynników wpływających

na dobrą współpracę i leczenie lub jej brak, ujętych w pięciu podgrupach: objawy niepożądane, dostępność leku, korzyści (bezpośrednie i pośrednie) płynące z przyjmowania leku, argumenty przemawiające przeciwko przyjmowaniu leku. Kwestionariusz jest prosty w użyciu, chorzy wypełniają go poprzez zakreszenie odpowiedzi. Nadaje się także do oceny przez chorych z nasilonymi objawami psychiatrycznymi.

**Weiden i wsp. (1994)** opracowali skalę oceniającą czynniki wpływające na przyjmowanie leków przez pacjenta („Rating of Medication Influences” – ROMI) (Aneks, tab. 6). Jest to jedyna standaryzowana skala obejmująca zarówno subiektywną odpowiedź pacjenta na leczenie jak i jego motywację w stosunku do tego leczenia. W porównaniu z innymi tego typu narzędziami badawczymi dostarcza ona bardziej wszechstronnych informacji o wielu czynnikach wpływających na dobrą współpracę oraz przyczynach, które ją uniemożliwiają.

Skala składa się z dwu części. W pierwszej oceniane są „czynniki” mające pozytywny wpływ na współpracę takie jak: przekonanie o skuteczności farmakoterapii i jej roli w zapobieganiu nawrotom, obawa przed rehospitalizacją, dobra relacja terapeutyczna z lekarzem, postawa rodziny wzmacniająca pozytywne nastawienie do leczenia.

Druga część skali wymienia powody, które utrudniają współpracę: brak poczucia choroby, negatywny stosunek do leczenia, występowanie objawów niepożądanych utrudniających funkcjonowanie, złe relacje z osobą decydującą o leczeniu, negatywny wpływ rodziny lub otoczenia na akceptację leczenia. Ta część skali uwzględnia także dostępność leczenia i problemy finansowe z nim związane, problem stygmatyzacji oraz nadużywania substancji psychoaktywnych.

ROMI ma zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do chorych w wyrównanym stanie psychicznym, nie nadaje się do badania chorych w okresie zaostrzenia psychozy. Czas badania przewidziany jest na ok. 30 min., a osoba prowadząca je powinna przebyć odpowiednie szkolenie oraz posiadać doświadczenie w zakresie kontaktu z chorymi na schizofrenię.

ROMI została sprawdzona i przebadana przez autorów w różnych populacjach pacjentów i w różnych warunkach klinicznych. Zalecana jest zwłaszcza w badaniach długoterminowych u chorych ambulatoryjnych, w leczeniu których znaczną rolę odgrywają czynniki psychospołeczne i środowiskowe.

W 1998 r. Naber opracował skalę subiektywnego dobrego samopoczucia w trakcie leczenia neuroleptykami (**Subjective Wellbeing under Neuroleptic Treatment – SWN**) (Aneks, tab. 7). Przeznaczona jest ona dla chorych u których uzyskano stabilizację objawów lub wyrównanie stanu psychicznego, nie nadaje się dla pacjentów w okresie zaostrzenia choroby.

Składa się z 38 zdań zawierających 20 określeń pozytywnych i 18 negatywnych. Obejmuje ocenę funkcjonowania emocjonalnego (4,8, 19, 21, 29, 31, 35, 38), intelektualnego (7, 9, 13, 23, 28, 34, 37), somatycznego (sprawności fizycznej 1, 5, 11, 16, 18, 26, 33), integracji socjalnej (2, 6, 12, 14, 17, 22, 27, 30), oraz samokontroli (self-control – 3, 10, 15, 25, 32, 36). Ocena dotyczy funkcjonowania w ciągu ostatnich 7 dni. Pacjent zakresła tylko jedną

odpowieź na 6-punktowej skali. Na wypełnienie kwestionariusza przeznaczona jest 20 minut.

Wg oceny autora pacjenci, którzy przy wypisie uzyskali mało punktów, po 3–4 miesiącach należeli do grupy nie współpracującej w leczeniu.

DAI i NDS są lepsze od ROMI do ogólnej oceny efektu działania neuroleptyków, wymagają mniej treningu i są łatwiejsze w zastosowaniu, ale z kolei ROMI obejmuje czynniki pominięte w tych dwu skalach (postawy rodziny, relacje terapeutyczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, ograniczenia finansowe).

Weiden i wsp. wykazali, że cztery z pięciu subskal ROMI (dotyczące non-compliance) – problemy obiektywne, wpływ rodziny, negatywny związek terapeutyczny, odrzucenie leczenia – nie korelowały z DAI i NDS.

## II. SKALE DO OCENY POTRZEBY LECZENIA – WGLĄD W CHOROBE

Chociaż termin „wgląd” jest szeroko używany w psychiatrycznej i psychologicznej praktyce klinicznej, to jest to pojęcie niejasne, niejednoznaczne i trudne do zdefiniowania. Zmienia ono swój zakres i treść w zależności od założeń teoretycznych danego kierunku psychopatologicznego, a także zmieniło się w czasie w przebiegu historii wraz ze zmianą panujących poglądów na psychiatrię i jej zaburzenia. Interesuje nas wgląd w psychozie, a szczególnie w schizofrenii z punktu widzenia psychiatrii oraz jego związki ze współpracą w leczeniu (*compliance*).

### Historia

Przed rokiem 1850 praktycznie nie pisano o wglądzie w literaturze klinicznej. Aż do początku XIX wieku oficjalnie przyjmowano (pod wpływem poglądów Hobbesa i Locke’a), że obłąd (*insanity*) rozpoznaje się na podstawie obecności urojeń, którym z definicji towarzyszy brak wglądu (*insightlessness*). Jednak przede wszystkim prawnicy coraz częściej stawiali kwestię „świadomości choroby”, co wpłynęło na powstanie na początku XIX wieku pojęcia „częściowego obłądzenia” (*partial insanity*), który miał dwa znaczenia: „intermitujący” (okres zaburzeń przeplatany jest „jasnymi” przerwami) i „niekompletny” (zaburzeniem dotknięty jest jeden obszar psychiki). Zakwestionowano jednocześnie „urojeniową” definicję obłądzenia Locke’a, co pozwoliło na rozpoznanie „emocjonalnego” i „wolicjonalnego” obłądzenia, które nie były z definicji związane z brakiem wglądu.

Umożliwiło to uznanie współwystępowania „zdrowych” i „chorych” części umysłu i obecności świadomości choroby umysłowej. Taka radykalna zmiana w tym czasie dokonała się w związku z głębokim przekształceniem pojęcia choroby. Aż do XVIII wieku „utrata rozumu” lub szaleństwo traktowano jak „permanentny stan obejmujący całą osobę”. „Częściowy obłąd” opierał się na „modularnym” modelu umysłu i bardziej lub mniej specyficznej mózgowej

lokalizacji. Dla dalszego rozwoju koncepcji wglądu okazało się ważne powstanie w drugiej połowie XIX wieku takich pojęć jak świadomość, introspekcja i „ja”.

### Wgląd i schizofrenia

Związek pomiędzy schizofrenią a brakiem poczucia choroby był już rozpoznawany w czasach, gdy zaburzenie to było po raz pierwszy nazwane przez Bleulera. Jednak ani Bleuler ani Krapelin nie przywiązywali wagi do kwestii wartości diagnostycznej lub predykcyjnej wglądu. Wątpili także w krytycyzm pacjentów wobec swojej choroby po wyzdrowieniu, czyli w pojawienie się tzw. retrospektywnego wglądu. Jaspers (1913) rozdzielał „świadomość bycia chorym i zmienionym” od tego, co nazywał wglądem: „świadomość wszystkich objawów i choroby jako całość”. Uważał, że „w psychozie nie ma długotrwałego lub całkowitego wglądu, czasami na początku procesu znajdujemy znaczny wgląd, korygowanie urojeń i prawidłową ocenę głosów itp. ... ale tego rodzaju wgląd jest całkiem przejściowy”. Jednak współczesne badania wykazały, że można mówić przynajmniej o częściowym wglądzie w schizofrenii (Wing i in. 1964), a niektórzy autorzy sądzą, że istnieją stopnie wglądu.

W 1934 r. Aubrey Lewis stworzył współczesną definicję wglądu (Lewis, 1934): „prawidłowa postawa wobec chorobowej zmiany w sobie”. W 1952 r. Zilboorg mówił, że (David 1990): „pomiędzy niejasnościami, które mają największą kliniczną ważność i które powodują największe zamieszanie, jest termin wgląd”. Współcześni autorzy dotychczas mało zajmowali się tym tematem. Wgląd traktowany był jako prosty, liniowy, jednowymiarowy fenomen, oparty na zasadzie „wszystko albo nic”. Terminu wgląd używano na dwa różne, związane ze sobą sposoby. Pierwszy był w zasadzie zgodny z definicją Lewisa, to znaczy, rozpoznanie przez pacjenta, że jest chory i zdawanie sobie przez niego sprawy, że jest to choroba psychiczna. Drugi to zdolność do przypisania swojemu doświadczeniu psychologicznemu patologii. Światowa Organizacja Zdrowia prowadziła badania w różnych kulturach pt. „Międzynarodowe Pilotażowe Studium Schizofrenii” (WHO, 1973). W tych badaniach wgląd uznawano za obecny, jeśli stwierdzano u pacjenta świadomość „choroby emocjonalnej”, a za nieobecny, gdy pacjent „żywo zaprzeczał, że jest chory”. Stwierdzono (Carpenter i in. 1976), że „zły wgląd” był najczęstszym objawem występującym u 97% badanych oraz że poziom wglądu był ważny, różniący w podtypach schizofrenii. Takie widzenie problemu nie pozwalało dostrzec złożonej natury wglądu demonstrowanego przez pacjenta, który zdaje sobie sprawę z obecności niektórych objawów (np. złe relacje socjalne), ale nie ze wszystkich (np. anhedonia), albo nie godzi się na bycie „zaburzonym” czy chorym, ale akceptuje farmakoterapię (Amador i in. 1994). Dlatego obecnie wielu autorów zgadza się, że wgląd jest konstruktem wielowymiarowym, składającym się z przynajmniej trzech wymiarów, które zachodzą na siebie: świadomość choroby, zdolność przypisywania doświadczeniom psychotycznym patologii oraz współpraca w leczeniu (*compliance*) (David 1990; Wciórka 1998,

Greenfeld i in. 1989). W ostatnich latach powstała obszerna wiedza przedstawiająca kilka różnych poglądów na wgląd, które sugerują ważną rolę, jaką on odgrywa w fenomenologii, patofizjologii i leczeniu schizofrenii.

### **Etiologia braku wglądu w schizofrenii**

Podjęmowano wiele prób wyjaśnienia przyczyn braku wglądu w schizofrenii. Model neuropsychologiczny sugeruje, że problem braku wglądu jest to samo uszkodzenie o.u.n., które powoduje powstanie schizofrenii.

Deficyt w poczuciu choroby, jak wykazał w podsumowaniu wielu badań (Amador i wsp. 1991), idzie w parze z obecnością zaburzeń związanych ze zdolnościami poznawczymi (zaburzenia ruchu gałek ocznych, uwagi, myślenia abstrakcyjnego, pojęciowego, stereotypia, brak poczucia późnych dyskinez, spłylenie afektu). Jest uważany za wynik pierwotnego zaburzenia funkcji płatów czołowych, w schizofrenii (Stuss i Benson 1986, Mc Glymm i Schacter 1989). Podobnie jak w przypadku zaburzeń funkcji poznawczych, poprawa w braku wglądu chorych na schizofrenię koreluje z występowaniem objawów negatywnych (w ujęciu skali PANSS), a nie wiąże się z poprawą w zakresie objawów pozytywnych (Kemp i Lambert 1995).

Drugi model zwany przez Amadora (1991) „poznawczy” sugeruje, że wgląd stanowi zbiór atrybucji i wierzeń na temat zaburzeń psychicznych: np. pacjent, który uważa, że jego objawy pochodzą z zewnątrz jest traktowany jako nie mający wglądu. Trzeci model, nieświadomianie sobie choroby jako psychopatologiczna obrona, Amador wyprowadza ze studiów psychologicznych nad stylami powracania do zdrowia po ostrym epizodzie psychotycznym, np. „integracją” lub „stygmatyzacją” (Mayer-Gross, 1920; Searles 1965, Seurod 1966, Levy i in. 1975, McGlashan i Carpenter 1976, Van Putten i in. 1976, Lally 1989).

### **Związek wglądu z objawami psychozy**

Związek pomiędzy nieświadomianiem sobie choroby i ostrością zaburzeń psychopatologicznych w schizofrenii pozostaje niejasny. Ostatnie doniesienia wskazują, że pomimo istotnej poprawy objawowej poziom wglądu pozostaje stabilny, co skłania autorów do wniosku, że te dwa wymiary są niezależne i nie można tłumaczyć poprawy w zakresie wglądu tylko ustąpieniem urojeń.

McEvoy, Apperson i in. (1989) badali relację pomiędzy wglądem w chorobę i objawami psychopatologicznymi przy użyciu BPRS i własnego kwestionariusza wglądu (ITAQ) i stwierdzili brak związku pomiędzy nasileniem objawów wytwórczych a brakiem wglądu, który nie uległ zmianie pomimo poprawy stanu psychicznego. Mc Evoy, Appelbaum i in. (1989) wykazali także, że poprawa wglądu po leczeniu szpitalnym nastąpiła tylko u pacjentów dobrowolnie hospitalizowanych. Autorzy ci uważają, że poprawa wglądu w nieprawdziwość urojeń jest wskaźnikiem ciężkości przeżywania urojeniowego. Wgląd w chorobę wg McEvoya i wsp. pozwala na uzyskanie dobrej współpracy w leczeniu.

## Związek wglądu ze współpracą w leczeniu (*compliance*)

Osoby chorujące na schizofrenię często ignorują deficyty, które powoduje u nich choroba oraz wpływ, jaki wywiera ona na ich życie. Ten brak świadomości, zwykle opisywany jako „zły wgląd”, wydaje się mieć swój udział w braku współpracy (*noncompliance*) w leczeniu. Często uznaje się wgląd za czynnik predykcyjny *compliance*.

Niektóre badania nie potwierdziły zależności pomiędzy stopniem wglądu a współpracą w leczeniu (Eskey 1958, Wing i in. 1964, Van Putten i in. 1976), ale w wielu pracach wykazano istotny związek pomiędzy poczuciem choroby, poprawą kliniczną i współpracą w leczeniu (Lin i in. 1979, Mc Glashan i Carpenter 1981, Heinrichs i in. 1985, Bartko i in. 1988, Mc Evoy, Apperson i in. 1989). Badania Heinrichsa i wsp. (1985) wykazały, że znacznie wcześniej dochodzi do rehospitalizacji chorych, którzy nie mają wglądu.

Bartko i in. (1988) porównywał 26 chorych współpracujących w leczeniu z 32 pacjentami niewspółpracującymi. Grupę niewspółpracującą charakteryzował znacznie częstszy brak wglądu w chorobę i brak poczucia choroby oraz częstsze postawy wielkościowe w skali samooceny Zerssena, chociaż nie było różnic pod względem urojeń wielkościowych w BPRS. Podobnie zależność pomiędzy brakiem poczucia choroby a podwyższeniem nastroju i postawą wielkościową stwierdzili inni autorzy (Van Putten i in. 1976, Roback i Abramowitz 1979, Heinrichs i in. 1985).

Wgląd w sposób oczywisty wspomaga *compliance*, ale to co zwraca uwagę w wynikach badań to to, że pacjenci, którzy nie mają świadomości choroby, mogą akceptować leczenie. Np. Mc Evoy w 1981 r. stwierdził, że ponad połowa pacjentów z wglądem nie brała leków, ale aż 17% bez wglądu brało leki. Tak więc wgląd chociaż jest związany z *compliance* nie jest raczej jego dobrym czynnikiem predykcyjnym. Uważa się, że *compliance* i świadomość choroby są to osobne, choć nakładające się na siebie konstrukty, które są składnikami wglądu.

Niewiele prac poświęcono strategiom nad poprawą wglądu i współpracy. Są to prace dotyczące zmiany przeżywania urojeń (Watts i in. 1973, Milton i in. 1978) i edukacji w zakresie wiedzy o schizofrenii (Lin i in. 1979, Brown i in. 1987). Seltzer i wsp. (1980) wykazał, że chorzy, którzy przeszli edukację dotyczącą poczucia choroby znacznie chętniej przyjmowali leki. Kemp i Lambert (1995) badając zaburzenie wglądu w czasie leczenia dowiedli, że brak poczucia choroby i co za tym idzie współpraca w leczeniu nie są stałymi cechami choroby i mogą podlegać korekcji.

### Czy wgląd w chorobę jest zawsze korzystny?

Wgląd uznaje się za pożądany w stopniu, w jakim ma on tendencję do czynienia współpracy w leczeniu (*compliance*) bardziej prawdopodobną. Zaprzeczanie lub ignorowanie obecności choroby i negatywna postawa prowa-



dziły zwykle (Soskins i Bowers 1969, McGlashan i Carpenter 1981) do złego przystosowania społecznego. Ale okazało się, że także nadmierny wgląd i zbyt pozytywna postawa granicząca z „romantyczną idealizacją” także korelowały ze złym wynikiem leczenia. Mc Glashan i Carpenter podsumowując te wyniki uznali, że nieobecność negatywnej postawy (raczej niż prezentowanie postawy pozytywnej) jest ważnym czynnikiem dla współpracy w leczeniu. Tak więc wydaje się, że kompromisem mógłby być wystarczający wgląd służący zaakceptowaniu leczenia, ale nie aż tak duży, że się jest skłonny do rozmyślań o tym, jak ciężko jest się chorym.

Cuffel i wsp. (1996) opracowali **kwestionariusz do oceny wglądu i potrzeby leczenia – Awareness of Illness Interview (AJJ)** (Aneks, tab. 8). Obejmuje on 7 pytań, z których trzy oceniają krytycyzm (świadomość istnienia objawów lub zachowań, które spowodowały hospitalizację), zaś cztery potrzebę leczenia (skuteczność terapii, potrzeba kontynuowania leczenia ambulatoryjnego, szukanie pomocy ambulatoryjnej). Na podstawie uzyskanych z kwestionariusza informacji oceniano wgląd w chorobę wg pięciopunktowej skali: od 1 (pełny wgląd) do 5 (brak wglądu)

**Kwestionariusz do oceny wglądu i postawy wobec leczenia** opracował także Buchanan (Aneks, tab. 9). Zawiera 6 pytań, pacjent odpowiada na pierwsze pięć pytań w kategoriach tak–nie. Odpowiedź na pytanie szóste oceniana jest i interpretowana przez badającego ankietera (ocena wglądu).

Do oceny wglądu i potrzeby leczenia utworzono szereg kwestionariuszy i skal.

**Kwestionariusz Insight and Treatment Attitudes Questionnaire – ITAQ – McEvoy i wsp. (1980)** (Aneks, tab. 10) jest kwestionariuszem składającym się z 11 pytań. Oceniano nim wgląd pacjenta w chorobę oraz potrzebę leczenia.

Oceny odpowiedzi autorzy dokonywali w 3 stopniowej skali:

- 0 – bez wglądu
- 1 – wgląd ograniczony
- 2 – dobry wgląd.

Wydaje się, że to narzędzie może stwarzać znaczne problemy z interpretacją odpowiedzi.

**Amador i in. (1993) utworzyli skalę do oceny wglądu w psychozę** (Aneks, tab. 11). Ułatwia ona ocenę kilku istotnych aspektów wglądu:

- świadomości istnienia choroby i jej objawów,
- wpływu leków na objawy (wraz z adekwatnością oceny objawów choroby),
- świadomości następstw choroby.

Nie obejmuje natomiast punktów dotyczących innych ważnych, zdaniem autora skali, cech wglądu takich jak samooceny, podatności na nawroty, oceny potrzeby kontynuacji leczenia.

Pozwala natomiast na ocenę badanych cech zarówno w chwili obecnej, jak i stosunku do przeżyć przeszłych.

**Soskins i Bowers’a (1969) skonstruowali kwestionariusz do oceny wglądu i postawy wobec choroby oraz nastawienia pacjenta do przyszłości** (Aneks, tab. 12). Pacjentom przedstawia się listę stwierdzeń w sześciu kategoriach,

prosząc o wybór aktualnie najbardziej trafnego stwierdzenia. Skala pozwala raczej na ocenę stosunku chorego do przeżywania choroby i przyszłości w kategoriach dobra i złego.

Ocenie czynników mających wpływ na dobrą współpracę z lekarzem służy **kwestionariusz Mardera i wsp. (1983)** (Aneks, tab.13).

Nie znaleźliśmy w piśmiennictwie skal, które pozwalałyby na ocenę współpracy w leczeniu. Naszym zdaniem korzystne byłoby używanie prostej skali, w której ocena współpracy w leczeniu wskazywałaby na problemy wymagające przepracowania wspólnie z pacjentem i jego bliskimi. Wyniki oceny ułatwiają też orientację leczącemu, na jakie trudności winien zwrócić uwagę planując leczenie farmakologiczne i działania edukacyjne.

W tym celu **opracowaliśmy skalę służącą do oceny współpracy (SOWA)** (Aneks, tab. 14). Zawiera ona pięć kryteriów oceniających wgląd, wpływ leków na chorobę, działania niepożądane, samodzielność pacjenta w przyjmowaniu leków i aktywność w leczeniu.

## **Piśmiennictwo**

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

## ANEKS: OMAWIANE KWESTIONARIUSZE I SKALE

Tabela 1.

Skala oceny wpływu. Van Putten i May (1976)

1. Podawany lek wpływa na Pana samopoczucie niekorzystnie, źle?  
dobrze, korzystnie?
2. Czy po leku czuje się Pan spokojniejszy?
3. Czy lek wpływa na Pana myślenie?
4. Czy uważa Pan, że zalecany jest Panu właściwy lek?

Pacjent zaznacza odpowiedzi na skali od -11 do +11 (od zera do max).

Pacjenci, którzy uzyskują od +44 do +10 punktów oceniani są jako „syntoniczni”, od -44 do -10 jako „dysforyczni”, pozostali – obojętni.

skala oceny do każdego pytania

max	11
b. duży	10
znaczny	9
wyraźny	8
istotny	7
zauważalny	6
niezbyt duży	5
zaznaczony	4
niewielki	3
słaby	2
minimalny	1
	0 – bez efektu (równie dobra, jak i zła)

N.A. pacjent nie potrafi ocenić, podać informacji.

Tabela 2.

DAI-10 Kwestionariusz do subiektywnej oceny działania leków

1. Dobre działanie leków przeważa nad złym	TAK	NIE
2. Czuję się dziwnie, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
3. Biorę leki z mojej własnej woli	TAK	NIE
4. Leki sprawiają, że czuję się bardziej zrelaksowany	TAK	NIE
5. Leki sprawiają, że czuję się znużony i niesprawny	TAK	NIE
6. Zażywam leki tylko wtedy, gdy jestem chory	TAK	NIE
7. Czuję się bardziej normalny, gdy zażywam leki	TAK	NIE
8. Leki w nienaturalny sposób kontrolują mój umysł i ciało	TAK	NIE
9. Moje myśli są jaśniejsze, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
10. Zażywając leki mogę uniknąć zachorowania	TAK	NIE

Tabela 3.  
DAI-30 Kwestionariusz do oceny działania leków

1. Nie potrzebuję brać leków, kiedy czuję się lepiej	TAK	NIE
2. Dobre strony zażywania przeze mnie leków są większe niż złe	TAK	NIE
3. Po lekach czuję się dziwnie, jak bezwolny, odczuwam wewnętrzną pustkę	TAK	NIE
4. Nawet wtedy, kiedy nie jestem w szpitalu, powinienem brać leki systematycznie	TAK	NIE
5. Leki biorę tylko z powodu nacisku ze strony innych ludzi	TAK	NIE
6. Kiedy zażywam leki jestem bardziej świadom tego co robię i co się dzieje wokół mnie	TAK	NIE
7. Branie leków nie szkodzi mi	TAK	NIE
8. Biorę leki z mojej własnej woli	TAK	NIE
9. Leki sprawiają, że czuję się bardziej zrelaksowany	TAK	NIE
10. Moje samopoczucie nie zależy od tego czy zażywam leki, czy nie	TAK	NIE
11. Leki zawsze powodują niekorzystne działania	TAK	NIE
12. Leki sprawiają, że czuję się znużony i niesprawny	TAK	NIE
13. Zażywam leki tylko wtedy, kiedy jestem chory	TAK	NIE
14. Leki podtruwiają mnie	TAK	NIE
15. Kiedy zażywam leki łatwiej jest mi porozumiewać się z ludźmi	TAK	NIE
16. Kiedy biorę leki nie mogę się na niczym skoncentrować	TAK	NIE
17. Wiem lepiej od lekarza, kiedy odstawić leki	TAK	NIE
18. Gdy zażywam leki czuję się bardziej normalny	TAK	NIE
19. Wolę być chory niż brać leki	TAK	NIE
20. Leki stanowią nienaturalną kontrolę umysłu i ciała	TAK	NIE
21. Kiedy zażywam leki moje myśli są jaśniejsze	TAK	NIE
22. Powinienem zażywać leki nawet, gdy czuję się dobrze	TAK	NIE
23. Branie leków chroni mnie przed załamaniem	TAK	NIE
24. To, kiedy mam odstawić leki zależy od lekarza	TAK	NIE
25. Kiedy zażywam leki łatwe rzeczy jest mi znacznie trudniej robić	TAK	NIE
26. Kiedy biorę leki jestem szczęśliwszy i czuję się lepiej	TAK	NIE
27. Podają mi leki, by kontrolować zachowanie, które innym ludziom (ale nie mnie) się nie podoba	TAK	NIE
28. Kiedy zażywam leki nie mogę się zrelaksować	TAK	NIE
29. Kiedy biorę leki łatwiej się kontroluję	TAK	NIE
30. Zażywając leki mogę zapobiec zachorowaniu	TAK	NIE

Tabela 4.

Skala postawy rodziny wobec leczenia farmakologicznego u pacjenta – J. Mantonakis (1995)

1. Stałe przyjmowanie leków jest niezbędne.

tak                       nie                       nie wiem

2. Nawroty choroby związane są ze zbyt wczesnym odstawieniem leków.

tak                       nie                       nie wiem

3. Przyjmowanie leków może wiązać się z obniżeniem kontroli nad swoimi zachowaniami.

tak                       nie                       nie wiem

4. Stałe przyjmowanie leków jest szkodliwe dla zdrowia.

tak                       nie                       nie wiem

5. Istnieje ryzyko uzależnienia się od leków.

tak                       nie                       nie wiem

6. Działania niepożądane (uboczne) leków są szkodliwe dla zdrowia.  
 tak                       nie                       nie wiem
7. Istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia wad wrodzonych u dzieci, których rodzice przyjmowali leki  
 tak                       nie                       nie wiem
8. Leki nie zapobiegają nawrotom choroby.  
 tak                       nie                       nie wiem
9. Leki zmieniają człowieka, "już nigdy nie będzie taki jak dawniej".  
 tak                       nie                       nie wiem
10. Leki są ryzykowne dla zdrowia.  
 tak                       nie                       nie wiem
11. Przyjmowanie leków powoduje wewnętrzną pustkę, bezradność.  
 tak                       nie                       nie wiem
12. Zażywanie takich leków jest wstydlive.  
 tak                       nie                       nie wiem
13. Leki spowodowały już ustąpienie objawów, nie należy więc ich nadal przyjmować.  
 tak                       nie                       nie wiem

Tabela 5.

Lista czynników wpływających na akceptację lub odrzucanie leczenia (The Checklist Items Indicating Reasons for Medication Compliance and Noncompliance) – Adams i Howe (1993)

## 1. Objawy niepożądane

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | leki utrudniają sen                            |
| <input type="checkbox"/> | leki czynią mnie zniechęconym                  |
| <input type="checkbox"/> | powodują zamazanie widzenia                    |
| <input type="checkbox"/> | powodują tycie                                 |
| <input type="checkbox"/> | powodują niepokój                              |
| <input type="checkbox"/> | utrudniają myślenie                            |
| <input type="checkbox"/> | powodują rozdrażnienie                         |
| <input type="checkbox"/> | powodują nierealne spojrzenie na rzeczywistość |

## 2. Trudności w leczeniu

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | sposób dawkowania jest niejasny                             |
| <input type="checkbox"/> | trudności w uzyskaniu wizyty u lekarza (dostępność lekarza) |
| <input type="checkbox"/> | wysoka cena leku  |

## 3. Argumenty przemawiające przeciwko przyjmowaniu leków

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | nikogo nie interesuje to, czy przyjmuję leki              |
| <input type="checkbox"/> | rodzina uważa, że nie powinienem przyjmować leków         |
| <input type="checkbox"/> | przyjaciele uważają, że nie powinienem przyjmować leków   |
| <input type="checkbox"/> | leki utrudniają mi pracę                                  |
| <input type="checkbox"/> | odstawienie leków powoduje ponownie przyjęcie do szpitala |

## 4. Wpływ korzystny leku. Leki:

<input type="checkbox"/>	uspokajają mnie
<input type="checkbox"/>	pozwalają lepiej myśleć
<input type="checkbox"/>	poprawiają sen
<input type="checkbox"/>	powodują, że czuję się lepiej
<input type="checkbox"/>	niwelują głosy

## 5. Pośrednie korzyści z leczenia. Leki:

<input type="checkbox"/>	zapobiegają ponownej hospitalizacji
<input type="checkbox"/>	gdybym ich nie przyjmował mogłoby wydarzyć się coś złego
<input type="checkbox"/>	ułatwiają kontakty z ludźmi, pozyskanie przyjaciół

Tabela 6.

ROMI Subiektywna ocena wpływu leków – Weiden i in. (1994)

Początek wywiadu:

## A) częściowo ustrukturalizowany wywiad

Do przeprowadzenia wywiadu z pacjentami może być pomocne rozpoczęcie wywiadu od kilku podstawowych pytań. Badanie ogólnej sytuacji i nastawień pomoże wam uzyskać bardziej dokładne informacje dotyczące czynników bezpośrednio wpływających na zgodę (akceptację).

Proponowane wprowadzenie:

„Próbuję poznać stosunek ludzi do przyjmowania leków neuroleptycznych. Chciałbym zrozumieć co powoduje, że ludzie biorą leki, a co zniechęca do ich przyjmowania. Ale zanim spytam Pana o opinię, chciałbym prosić o udzielenie mi podstawowych informacji”.

Należy zebrać informacje, które mogą mieć wpływ na akceptację leczenia, m.in. dotyczące:

- (1) Sytuacji życiowej (np. nadzór – brak nadzoru, samotność – rodzina)
- (2) Warunków leczenia
- (3) Zalecanego leczenia (plan leczenia, rodzaj neuroleptyku, droga podawania, inne leki, dawki, częstotliwość, długość leczenia)
- (4) Ogólne postawy pacjenta wobec leczenia i leków (pozytywna – negatywna, akceptacja – wymuszona zgoda na leczenie)
- (5) Ogólnej postawy rodziny i opiekunów wobec leczenia i leków.

## B) Ustrukturalizowany wywiad

„Teraz chciałbym zadać Panu kilka pytań dotyczących przyczyn przyjmowania leków. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi, chodzi o to co Pan o tym myśli. Interesuje mnie tylko Pana opinia, a nie to co sądzi leczący Pana lekarz lub rodzina.”

Zacznij wywiad od otwartego pytania, np.: Jaka jest główna przyczyna chęci przyjmowania przez Pana leków?

„Mam zamiar przeczytać Panu kilka powodów, dla których ludzie przyjmują leki. Proszę powiedzieć czy któryś z podanych powodów wpływał na Pana gotowość do przyjmowania leków w ostatnim miesiącu?”

Jeśli pacjent nie przyjmował leków przynajmniej przez jeden tydzień w ciągu ostatniego miesiąca albo aktualnie nie wyraża zgody na przyjmowanie leków, zacznij od części II, w innym wypadku zacznij od części I.

### Część I: Przyczyny akceptacji leczenia

1. Czy akceptuje Pan leczenie ponieważ poprawia ono Pana samopoczucie?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	może	tak	nie wiem
2. Relacja z lekarzem zalecającym leki  
Czy Pana opinia o lekarzu zlecającym leki ma wpływ na Pana stosunek do leków?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	nieznaczny	znaczny	nie wiem
3. Pozytywna relacja z terapeutą  
Czy stosunki z terapeutą mają wpływ na Pana stosunek do leczenia?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	nieznaczny	znaczny	nie wiem
4. Pozytywna opinia rodziny  
Czy ktoś z Pana rodziny lub przyjaciół uważa, że powinien Pan przyjmować leki?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	być może	tak	nie wiem
5. Zapobieganie nawrotom  
Czy Pan uważa, że przyjmowanie leków zapobiega nawrotom jego choroby lub objawów
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	może	tak	nie wiem
6. Presja  
Czy jest Pan zmuszany do przyjmowania leku?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	czasami	tak	nie wiem
7. Obawy przed ponowną hospitalizacją  
Czy Pan obawia się, że znajdzie się znowu w szpitalu?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	trochę	tak	nie wiem

### Część II. Powody braku akceptacji leczenia

„Nawet jeśli zwykle przyjmuje Pan leki, to może pojawiać się niechęć do ich przyjmowania lub nie chciałby Pan ich przyjmować.

Co było w tym miesiącu głównym powodem, niechęci do przyjmowania leków albo przyczyną tego, że nie chciał Pan ich przyjmować?

Przyczyny niechęci do przyjmowania leków są różne. Proszę potwierdzić przyczynę, jeśli uważa ją Pan za właściwą”.

Niechęć do przyjmowania leków była spowodowana tym, że:

8. Nie dostrzegał Pan żadnej korzyści i uważał, że leki nie poprawiają samopoczucia?
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	czasem	tak	nie wiem
9. Negatywny stosunek do lekarza  
Ma Pan zły stosunek do lekarza, który przepisuje leki
 

nie	1	2	3	9
dotyczy	nie	może	tak	nie wiem

10. Negatywna relacja z terapeutą  
Ma Pan zły stosunek do terapeuty
- |         |     |      |     |          |
|---------|-----|------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2    | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | może | tak | nie wiem |
11. Lekarz ogólny jest przeciwny przyjmowaniu leków przez Pana?
- |         |     |        |     |          |
|---------|-----|--------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2      | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | trochę | tak | nie wiem |
12. Rodzina/przyjaciele są przeciwni przyjmowaniu leków?  
Ktoś, kogo opinia jest dla Pana ważna jest przeciwny temu, aby Pan przyjmował leki
- |         |     |          |     |          |
|---------|-----|----------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2        | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | niekiedy | tak | nie wiem |
13. Ograniczenia dostępności leczenia  
Ma Pan kłopoty z uzyskaniem wizyty u lekarza i/lub ze zdobyciem leków
- |         |     |        |     |          |
|---------|-----|--------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2      | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | czasem | tak | nie wiem |

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Trudności wynikają z objawów |
| <input type="checkbox"/> | Trudności obiektywne         |

14. Zażenowanie lub obawa przed stygmatyzacją spowodowaną przyjmowaniem leków lub chorobą.  
Czuje się Pan zażenowany tym, że musi przyjmować leki?
- |         |     |         |     |          |
|---------|-----|---------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2       | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | czasami | tak | nie wiem |
15. Przeszkody finansowe  
Nie ma Pan pieniędzy na leczenie lub leki?
- |         |     |           |     |          |
|---------|-----|-----------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2         | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | częściowo | tak | nie wiem |
16. Nadużywanie środków poprawiających samopoczucie  
Woli Pan przyjmować inne leki lub pić alkohol
- |         |     |         |     |          |
|---------|-----|---------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2       | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | czasami | tak | nie wiem |
17. Zaprzeczanie chorobie  
Uważa Pan, że nie jest chory psychicznie
- |         |     |            |     |          |
|---------|-----|------------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2          | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | nie bardzo | tak | nie wiem |
18. Uważa Pan, że aktualnie leki nie są Panu potrzebne
- |         |     |      |     |                |
|---------|-----|------|-----|----------------|
| nie     | 1   | 2    | 3   | 9              |
| dotyczy | nie | może | tak | nie mam zdania |
19. Objawy uboczne  
Źle Pan toleruje leki, gdyż powodują nieprzyjemne skutki uboczne.  
Obawia się Pan wystąpienia objawów niepożądanych.
- |         |     |         |     |                |
|---------|-----|---------|-----|----------------|
| nie     | 1   | 2       | 3   | 9              |
| dotyczy | nie | czasami | tak | nie mam zdania |
20. Potrzeba hospitalizacji  
Lepiej czułby się Pan w szpitalu?
- |         |     |         |     |          |
|---------|-----|---------|-----|----------|
| nie     | 1   | 2       | 3   | 9        |
| dotyczy | nie | czasami | tak | nie wiem |



Tabela 7.

Skala subiektywnej oceny samopoczucia w trakcie leczenia neuroleptykami (Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment – SWN) D. Naber (1995)

1. Czuję się pełen energii i życia.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
2. Czuję się spokojnie, pewnie i bezpiecznie.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
3. Czuję się bezsilny i nie potrafię się kontrolować.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
4. Doznaję nadmiernych emocji.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
5. Odczuwam pełen komfort w moim ciele.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
6. Jestem zupełnie obojętny wobec krewnych, przyjaciół i znajomych.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
7. Moje myślenie nie jest sprawne.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
8. Nie mam nadziei na przyszłość.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
9. Mogę z łatwością realizować moje idee i pomysły.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
10. Moje myśli i uczucia są zupełnie obce.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
11. Moje ciało jest mi bliskie.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
12. Odczuwam lęk przed kontaktami z ludźmi.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
13. Mam dużą fantazję (wyobraźnię) i jestem pełen pomysłów.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
14. Otoczenie jest mi przyjazne i życzliwe.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
15. Moje myśli uporczywie krążą wokół tych samych spraw.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
16. Czuję się słaby i wyczerpany.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
17. Czuję się samotny i opuszczony.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
18. Robię to, co chcę i wiem jak to osiągnąć.  
 tak                       nie                       nie mam zdania
19. Moje uczucia i emocje są przytłumione. Nic do mnie nie dociera.  
 tak                       nie                       nie mam zdania



Tabela 8.

Kwestionariusz do oceny wglądu i potrzeby leczenia  
(Awareness of Illness Interview – AII) B.Cuffel i wsp.

1. Jakie objawy choroby lub Pana zachowania były powodem przyjęcia do szpitala?
2. Czy obecnie ma Pan objawy choroby psychicznej?  
Czy uważa się Pan za chorego psychicznie?
3. Jakie objawy choroby są dla Pana najbardziej przykre i co je powoduje?
4. Czy wymaga Pan leczenia farmakologicznego?
5. Czy leki powodują ustąpienie lub złagodzenie objawów Pana choroby lub problemów z nią związanych?

Tabela 9.

Kwestionariusz do oceny wglądu i postawy wobec leczenia – Buchanan i wsp. (1992)

1. Czy uważa Pan, że w okresie przyjęcia do szpitala czuł się Pan źle?
2. Czy sądzi Pan, że może powtórnie zachorować?
3. Czy leczenie pomaga Panu w przywróceniu zdrowia?
4. Czy będzie Pan kontynuował leczenie po wypisaniu ze szpitala?
5. Czy uważa Pan, że może się czuć tak jak dawniej (przed zachorowaniem?)
6. Dlaczego (wg Pana oceny) znalazł się Pan w szpitalu?

Tabela 10.

Kwestionariusz oceny postawy wobec choroby i potrzeby leczenia dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przewlekłej (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire – ITAQ) McEvoy (1980)

1. Czy w okresie przyjęcia do szpitala miał Pan jakieś problemy nerwowe lub związane ze stanem psychicznym, które różniły Pana od innych ludzi? (Jakie?)
2. Czy przyjęcie Pana do szpitala było konieczne? (Dlaczego?)
3. Czy aktualnie ma Pan jakieś problemy nerwowe lub psychiczne? (Jakie?)
4. Czy aktualnie wymaga Pan hospitalizacji? (Dlaczego?)
5. Czy sądzi Pan, że po wypisie będzie Pan miał jakieś problemy? (Jakie?)
6. Czy po wypisie ze szpitala będzie Pan korzystał z porady psychiatry? (Dlaczego?)
7. Czy w okresie przyjęcia do szpitala wymagał Pan leczenia farmakologicznego? (Dlaczego?)
8. Czy Pana zdaniem wymaga Pan nadal leczenia farmakologicznego? (Dlaczego?)
9. Czy uważa Pan, że po wypisaniu ze szpitala powinien Pan nadal kontynuować leczenie farmakologiczne? (Dlaczego?)
10. Czy przyjmuje Pan leki zlecone przez lekarza? (Dlaczego?)
11. Czy leki powodują poprawę Pana stanu psychicznego? (Dlaczego?)

Tabela 11.

Skala do oceny wglądu w psychozę (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) – X.F. Amador, D.H. Strauss (1993)

Skala podstawowa

1. Świadomość choroby psychicznej (schorzenia, problemów psychicznych, trudności emocjonalnych itd.)

obecnie      w przeszłości

0	0	nie do oceny
1	1	obecna: badany sądzi, że ma chorobę psychiczną
2	2	
3	3	częściowa: niepewny w ocenie, może i tak
4	4	
5	5	brak świadomości – badany uważa, że nie jest chory psychicznie

## 2. Świadomość działania leków

Jaka jest ocena działania leków, ich wpływu na objawy.

obecnie	w przeszłości	
0	0	nie do oceny
1	1	obecna:
2	2	
3	3	częściowa: być może
4	4	
5	5	brak: leki nie wpływają na objawy

## 3. Świadomość następstw choroby psychicznej

Co sądzi badany o przyczynach hospitalizacji, wpływie na zachowania.

obecnie	w przeszłości	
0	0	nie do oceny
1	1	obecna: badany uważa, że choroba psychiczna ma konsekwencje społeczne
2	2	
3	3	częściowa: nie jest pewien, czy zachowania są związane z chorobą
4	4	
5	5	brak: zachowania nie mają nic wspólnego z chorobą

## 4. Świadomość zaburzenia myślenia

Badany dostrzega zaburzenia (dezorganizację) lub trudności w komunikowaniu z otoczeniem.

obecnie	w przeszłości	
0	0	nie do oceny
1	1	obecna: badany uważa, że ma trudności w myśleniu (dezorganizację)
2	2	
3	3	częściowa: nie jest pewien czy tak jest w istocie
4	4	
5	5	brak – badany uważa, że nie ma zaburzeń myślenia

## 5. Adekwatność oceny objawów choroby

Czy badany ocenia prawidłowo objawy?

obecnie	w przeszłości	
0	0	nie do oceny
1	1	prawidłowo ocenia objawy choroby psychicznej
2	2	
3	3	częściowa: badany jest niepewny, ale dopuszcza możliwość związku objawów z chorobą
4	4	
5	5	nieprawidłowa – objawy nie wynikają z choroby psychicznej

## Lista objawów

Należy zakreślić, które objawy występowały w przeszłości i jakie są obecnie.

	obecnie	w przeszłości
4		omamy
5		urojenia
6		zaburzenia myślenia
7		niedostosowanie afektywne
8		niedostosowany strój lub wygląd
9		zachowanie stereotypowe, rytuały
10		zaburzenia ocen społecznych
11		zaburzenia kontroli zachowań agresywnych
12		zaburzenia kontroli zachowań seksualnych

13	alogia
14	spłylenie afektu
15	apatia, bezradność
16	anhedonia, aspołeczność
17	zaburzenia uwagi
18	zaburzenia orientacji
19	słaby kontakt wzrokowy
20	zaburzenie kontaktów społecznych

Tabela 12.

Kwestionariusz do oceny subiektywnego stosunku do choroby i perspektyw – Soskis & Bowers (1969)

### I. Wgląd „pozytywny”

1. Kiedy czuję się dziwnie lub źle, załamuję się i próbuję zrozumieć przyczynę.
2. Gdy czuję się źle, siadam i próbuję przemyśleć wszystko od nowa.
3. Teraz, kiedy lepiej siebie rozumiem, mogę także lepiej zrozumieć innych ludzi i być bliżej nich.
4. Najważniejszą rzeczą jest rozumienie swoich zachowań.
5. Teraz kiedy zrozumiałem, dlaczego jestem chory, jestem w stanie kontrolować swoje sprawy.

### II. Wgląd „negatywny”

1. Będę zdrowszy, jeżeli nie będę zbyt dużo myślał o swoich problemach.
2. Nigdy nie będę w stanie do końca zrozumieć swoich uczuć.
3. Są pewne problemy, o których wolałbym zapomnieć.
4. To, że bardziej rozumiem swoje problemy, niewiele pomaga, one i tak wracają.
5. Kiedy czuję się dziwnie i źle, najlepszą rzeczą, jaką mogę zrobić, to zająć się czymkolwiek i poczekać, aż przejdzie.

### III. Choroba jako korzyść

1. Uważam, że choroba pomogła mi stać się lepszym.
2. Spoglądając wstecz myślę, że choroba była najlepszą rzeczą, jaka mogła mi się przytrafić.
3. Długotrwała choroba nauczyła mnie lepiej radzić sobie z problemami.
4. Na swój sposób choroba pomogła mi dojrzeć (wydorośleć).
5. Choroba była punktem zwrotnym w moim życiu – od tej pory wszystko przybrało lepszy obrót.

### IV. Choroba jako strata

1. Jest mi bardzo trudno znaleźć dobre strony choroby.
2. To naprawdę nigdy nie powinno się wydarzyć.
3. Tak naprawdę, to choroba stwarza więcej problemów niż ich rozwiązuje.
4. Choroba była krokiem wstecz w moim życiu.

### Pozytywny stosunek do przyszłości

1. Teraz moja przyszłość wygląda bardzo dobrze.
2. Myślę, że jestem w stanie poradzić sobie z moimi problemami.
3. Moja przyszłość będzie lepsza od przeszłości.
4. Myślę, że gdybym nawet znalazł się w szpitalu, ponownie bym wyzdrowiał.
5. Cokolwiek by nie wydarzyło mi się jeszcze, potrafię sobie z tym poradzić.

### Postawa pesymistyczna wobec przyszłości

1. Przyszłość wydaje mi się pełna problemów.
2. Czasami zastanawiam się, czy byłbym w stanie zmierzyć się z tym, co przyniesie przyszłość.
3. Moje najlepsze dni mam już za sobą.
4. Obawiam się, że gdybym trafił do szpitala ponownie, musiałbym tam długo pozostać.
5. Nie sądzę, aby sprawy przybrały dla mnie lepszy obrót.

**Tabela 13.**

Kwestionariusz do oceny przez pacjenta czynników wpływających na współdziałanie w leczeniu – S.R. Marder i wsp.

1. poczucie choroby
2. poprawa samopoczucia po zaprzestaniu przyjmowania leków
3. poczucie, że leki są pomocne w przezwyciężaniu choroby
4. obecność objawów niepożądanych w przeszłości
5. wiara, że istnieją inne niż przyjmowanie leków metody terapii
6. satysfakcjonujące kontakty z lekarzem
7. satysfakcjonujące kontakty z innym personelem medycznym
8. zrozumienie problemów pacjenta przez lekarza
9. wyjaśnienia uzyskane od lekarza o potrzebie przyjmowania leków
10. zainteresowanie lekarza problemami pacjenta
11. wyjaśnienie przez lekarza przyczyn i rodzaju objawów ubocznych terapii.

**Tabela 14.**

Skala oceny współdziałania w leczeniu SOWA – M. Rzewuska

- A. wgląd: znajomość objawów, przebiegu choroby, realność oceny potrzeby farmakoterapii
- 0 – zaprzeczenie istnienia choroby i potrzeby leczenia
  - 5 – poczucie choroby somatycznej lub potrzeby przyjmowania leku z równoczesnym zaprzeczeniem istnienia choroby psychicznej
  - 10 – znajomość objawów i przebiegu choroby, realna ocena potrzeby farmakoterapii
- B. adekwatność oceny działania leków na objawy i doznania chorobowe
- 0 – brak zainteresowania, nie dotyczy
  - 5 – zdolność do oceny aktualnego wpływu leku na funkcjonowanie, brak zdania co do wpływu leków na objawy
  - 10 – zainteresowanie stosowaną farmakoterapią, właściwy stosunek do długotrwałego stosowania leków w zapobieganiu nawrotom
- C. adekwatność oceny niepożądanych działań leków
- ocena działań niepożądanych
- 0 – brak zainteresowania lub globalna ocena, że wszystkie leki szkodzą zdrowiu
  - 5 – adekwatna ocena aktualnego działania przyjmowanych leków, działań niepożądanych
  - 10 – orientacja w sposobie przeciwdziałania objawom niepożądanym
- D. samodzielność w zaopatrywaniu się w leki i ich przyjmowanie
- 0 – pacjent przyjmuje leki niechętnie, nie zna nazwy, dawki, leki podają mu inni
  - 5 – pamięta o przyjmowaniu leków, ale nie dba, aby się w nie zaopatrzyć
  - 10 – pacjent przechowuje lek w stałym miejscu, dba o to, by nie zabrakło leku, zna nazwę i dawkę leku
- E. aktywny udział we współpracy (w doborze formy, rodzaju leku)
- 0 – pacjent nie podejmuje z własnej inicjatywy kontaktów z leczącym
  - 5 – pacjent zna objawy prodromalne poprzedzające pogorszenie, sam uzgadnia termin wizyt
  - 10 – pacjent potrafi ocenić potrzebę zmiany dawki lub korekcji leczenia, kontaktuje się samodzielnie z lekarzem w przypadku potrzeby zmiany terminu wizyty

Skalę wypełnia lekarz na podstawie rozmowy z pacjentem i jego rodziną. Maksymalna wartość skali wynosi 50 pkt. (dla każdej podskali 10 pkt.)

Niska punktacja w którejś z podskal wskazuje na potrzebę ukierunkowania lub poszerzenia oddziaływań edukacyjnych, zmiany farmakoterapii lub osoby leczącej.