

## „Kwestionariusz postawy wobec leku” – przedstawienie skali klinicznej

*Drug Attitude Inventory – presentation of the clinical scale*

ŚLAWOMIR MURAWIEC

Z III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Subiektywne odczucia oraz postawy chorych na schizofrenię wobec leczenia neuroleptykami mają znaczenie dla rokowania krótko- i długoterminowego. Szczególnie ważny jest ich wpływ na współdziałanie chorych w leczeniu. Praca omawia Kwestionariusz postawy wobec leku opracowany jako narzędzie badania stosunku chorych na schizofrenię do stosowanej u nich farmakoterapii. Jego użycie pozwala przewidywać współpracę pacjentów w leczeniu. Omówiono konstrukcję kwestionariusza oraz uzyskane za jego pomocą wyniki badań. Przedstawiono też uwagi dotyczące subiektywnej reakcji na leczenie, rozumianej jako wczesna psychofizjologiczna odpowiedź na leczenie neuroleptyczne.*

**SUMMARY.** *Schizophrenic patients' subjective feelings and attitudes towards their neuroleptic treatment are of importance to their short- and long-term prognosis. Particularly important is the effect of patients' attitudes on their compliance with treatment. The paper discusses the Drug Attitude Inventory (DAI) developed as a tool for the assessment of schizophrenic patients' attitudes towards their pharmacological treatment. On the grounds of the DAI scores their compliance with treatment may be predicted. The construction of DAI and research findings obtained using this scale are discussed. Besides, some comments are given concerning subjective response to treatment, defined here as an early psychophysiological response to therapy with neuroleptics.*

---

**Słowa kluczowe:** postawy wobec leku / skala kliniczna / neuroleptyki / schizofrenia  
**Key words:** drug attitudes / clinical scale / neuroleptics / schizophrenia

---

Aktualnie możemy dostrzec we współczesnej psychiatrii nową tendencję. Dotychczas badania dotyczące subiektywnych stron doświadczenia choroby psychicznej i leczenia mieściły się poza jej głównym nurtem [Awad 1993, Awad i Hogan 1994]. Należy jednak zauważyć rozwój kierunku badań, który – wykorzystując metodykę badań statystycznych, przyrodniczych, intersubiektywnych – kieruje swoje zainteresowania na, pomijane dotychczas w literaturze przedmiotu, subiektywne i indywidualne przeżycia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Te jednostkowe doświadczenia są badane i porównywane, poszukuje się prawidłowości i uogólnień. W najszerszej perspektywie ujmują te zagadnienia

badania nad jakością życia chorych psychicznie [Awad 1992]. Schizofrenii jako indywidualnego doświadczenia dotyczą prace Wciórki [por. Wciórka 1996]. W obrębie tego nurtu badań mieszczą się także prace dotyczące subiektywnych odczuć pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych neuroleptykami.

Skuteczność współcześnie stosowanych leków neuroleptycznych jest porównywalna. Działanie klasycznych neuroleptyków najsilniej zaznacza się wobec objawów wytwórczych w schizofrenii. Poszukując nowych leków o działaniu neuroleptycznym, z grupy neuroleptyków atypowych, zwraca się uwagę na ich lepszą tolerancję, działanie na objawy negatywne i afektywne w schizofrenii,

polepszenie przebiegu procesów poznawczych. Wpływ farmakoterapii na te grupy objawów i zaburzeń może przynieść poprawę funkcjonowania życiowego i sytuacji społecznej chorych.

W dotychczasowym rozwoju psychofarmakoterapia stosunkowo więcej uwagi poświęcała ocenie skuteczności i tolerancji leków, natomiast mniej zagadnieniom stosunku samych chorych do korzyści z leczenia oraz problemów, jakie niesie dla nich farmakoterapia. Prace licznych autorów wskazują, że subiektywne czynniki mają niezwykle duże znaczenie kliniczne [Van Putten i May 1978, Van Putten i wsp. 1981, Awad 1993, Awad i wsp. 1996]. Są one bowiem jednym z czynników warunkujących rokowanie krótkoterminowe i długoterminowe w schizofrenii. Zarówno trwale postawy wobec leków, jak i odczucia oraz reakcje chorych następujące bezpośrednio po przyjęciu leku mają istotne znaczenie. Znajduje to swoje odzwierciedlenie np. we współpracy pacjenta z lekarzem, regularności przyjmowania leków, a poprzez to w częstości nawrotów choroby, współczynnikiem rehospitalizacji, poziomie społecznego i osobistego funkcjonowania chorych. Subiektywne czynniki wpływają na jakość ich życia, satysfakcję i możliwości uczestniczenia w życiu rodzinnym i społecznym. Zagadnienia dotyczące subiektywnych aspektów leczenia neuroleptycznego wymagają dalszych badań. Możliwości takiej dostarcza m.in. „Kwestionariusz postawy wobec leku” (DAI, *Drug Attitude Inventory*) opracowany przez Hogana, Awada i Eastwooda (1983). Celem pracy jest prezentacja tego kwestionariusza.

## ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Intencją autorów omawianej skali było skonstruowanie rzetelnego sposobu pomiaru stosunku pacjentów do leczenia, opartego na wypowiedziach samych pacjentów (patients' self reports). Zamierzonym przez autorów celem opracowania skali, jest przewidywanie współpracy chorych w leczeniu.

Zainteresowanie autorów dla postaw pacjentów wobec leczenia było stymulowane przez fakt, że nawet najbardziej efektywny lek jest bezużyteczny, jeśli chory go nie przyjmuje. Powołują się oni na badania Soskisa z 1978 r. [cyt. za Hogan i wsp. 1983], który stwierdził, że chociaż pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii wiedzą więcej na temat leków niż pacjenci „ogólno-medyczni” to zaledwie 56% z nich twierdzi, że braliby leki gdyby mieli możliwość wyboru, podczas gdy ten wskaźnik dla chorych „ogólno-medycznych” wynosi 93%. Uważają oni, że czytelne informowanie pacjentów o celach podawania leków, sposobie ich przyjmowania i oczekiwanych efektach są ważne dla właściwie prowadzonej farmakoterapii. Pomimo to znaczna liczba chorych ustawicznie protestuje odmawiając przyjmowania leków, zgłasza różne skargi dotyczące samopoczucia, poczucia kontroli nad sobą i poczucia tożsamości oraz ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Te skargi mogą wpływać na współpracę w długotrwałym leczeniu. Z jednej strony te niespecyficzne, subiektywne skargi często nie mają bezpośredniego związku z farmakologicznym efektem leku i były opisywane w literaturze jako toksyczność behawioralna, subiektywna odpowiedź dysforyczna, psychofizjologiczna wrażliwość [cyt. za Hogan i wsp. 1983]. Z drugiej strony jednak subiektywne skargi mogą odzwierciedlać obecność pozapiramidowych lub autonomicznych objawów ubocznych, niekiedy o nieznacznym i łatwym do przeoczenia nasileniu. Ocena tych skarg komplikuje fakt, że objawy te, związane z farmakologicznym działaniem leków, posiadają także swoją komponentę afektywną. Jednakże objawy uboczne mogą być częstsze wśród osób współpracujących w leczeniu lub też występować w grupie osób współpracujących i nie współpracujących z tym samym rozpowszechnieniem. Autorzy uważają, że ostatecznie to właśnie subiektywna interpretacja przez chorego stanu fizjologicznego zmienionego po przyjęciu leku neuroleptycznego determinuje akceptację lub odrzucenie leczenia [Hogan i wsp. 1983].

## KONSTRUKCJA SKALI

Wstępnym etapem konstruowania kwestionariusza był wielomiesięczny zapis stwierdzeń pacjentów schizofrenicznych na temat leczenia, które otrzymują. Następnie w wyniku selekcji zanotowanych wypowiedzi wyodrębniono ich grupy, odnoszące się do pewnych zagadnień, starając się, aby zagadnienia te nie wyrażały skarg na objawy uboczne leków. Wyselekcjonowane stwierdzenia odnosiły się zarówno do subiektywnych, aktualnych odczuć, jak i trwałych postaw chorych. Celem następnej fazy konstruowania skali było odnalezienie takich stwierdzeń, które różnicują pacjentów współpracujących i nie współpracujących. 100 stwierdzeń zostało poddanych badaniu u 41 osób leczonych z powodu schizofrenii. Terapeuci tych chorych niezależnie oceniali ich współpracę w leczeniu na 7-punktowej skali. Kategorie chorych współpracujących i nie współpracujących zostały wyodrębnione na podstawie ocen terapeutów. Zastosowano test statystyczny dla każdego proponowanego stwierdzenia przez zestawienie odpowiedzi obu grup pacjentów i stwierdzono, że 30 stwierdzeń znacząco odróżnia obie te grupy. Pozostałych stwierdzeń nie uwzględniano w dalszej analizie.

Opracowanym w ten sposób 30-punktowym kwestionariuszem zbadano 162 chorych z rozpoznaniem schizofrenii, których współpraca w leczeniu była znana przez okres co najmniej 1 roku, uzyskując 150 pełnych odpowiedzi.

Test poddano weryfikacji psychometrycznej stwierdzając jego wysoką rzetelność na poziomie 0,93 ( $p < 0,001$ ). Szczegółowy opis weryfikacji kwestionariusza zawiera praca Hogana, Awada i Eastwooda (1983). Autorzy skali stwierdzili powtarzalność kwestionariusza, jego zdolność do zróżnicowania grup pacjentów współpracujących i nie współpracujących (kwestionariusz przyporządkowywał do odpowiedniej grupy 88,7% chorych). Badano także zależność pomiędzy wynikami skali a dawką i rodzajem neuroleptyku. Analizą czynnikową wyróżniono

7 czynników w obrębie skali: (1) pozytywne subiektywne odczucia związane przez pacjenta z przyjmowaniem neuroleptyku, (2) negatywne odczucia stanowiące drugi biegun tego kontinuum, (3) model zdrowia jaki wyznaje pacjent, (4–5) dwa czynniki związane ze stosunkiem pacjenta do lekarza i lokalizowania ośrodka kontroli w braniu leków, (6) przekonanie, że lek zapobiega nawrotowi choroby oraz (7) niepokój o potencjalną toksyczność leków. Niemal trzy czwarte stwierdzeń obecnych w kwestionariuszu odnosi się do dwóch pierwszych spośród tych czynników.

Równocześnie z rozwojem skali 30-punktowej [Hogan i wsp. 1983, Awad 1993] (DAI-30, aneks 1) opracowano jej krótszą, 10-punktową wersję [Awad 1993] (DAI-10, aneks 2). Opracowując skrócony kwestionariusz wzięto pod uwagę jego zdolność do zróżnicowania obu grup chorych i analizę czynnikową, która pozwoliła na wyeliminowanie niektórych czynników. Kwestionariusz DAI-10 opiera się głównie na czynnikach: (1) subiektywnym negatywnym i (2) subiektywnym pozytywnym [Hogan i wsp. 1983, Awad i wsp. 1996].

Sposób liczenia wyników otrzymanych za pomocą obu skal jest różny. Odpowiedzi na stwierdzenia w skali DAI-30 punktuje się (+1) (odpowiedź wskazująca na pozytywny stosunek do leku) i (–1) (odpowiedź wskazująca na stosunek negatywny) [Awad i wsp. 1996]. Suma uzyskanych odpowiedzi stanowi wynik kwestionariusza. Całkowity wynik dodatni wskazuje na pozytywną subiektywną reakcję na lek, podczas gdy wynik ujemny wskazuje na reakcję negatywną. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza DAI-10 punktuje się: 1 (negatywna subiektywna reakcja) lub 2 (reakcja pozytywna) [Hogan i Awad 1992]. Możliwe jest więc uzyskanie od 10 do 20 punktów i zaklasyfikowanie tych chorych, którzy uzyskali poniżej średniej, jako ujawniających reakcję negatywną.

Wyniki w ten sposób uzyskane układają się na kontinuum od wartości maksymalnych do minimalnych. Zdaniem Awada [1992, 1993] możemy mówić o kontinuum

pomiędzy odpowiedzią „euforyczną” i „dysforyczną” na lek. Wart podkreślenia jest fakt, że wypełnienie kwestionariusza jest możliwe także przez pacjentów przeżywających aktualnie zaostrzenie choroby [Awad i wsp. 1996]. Własne doświadczenia z użyciem kwestionariusza wskazują, że jest możliwe uzyskanie odpowiedzi od większości psychotycznych pacjentów hospitalizowanych w okresie zaostrzenia schizofrenii.

W dyskusji towarzyszącej wprowadzeniu kwestionariusza autorzy zwracają uwagę na kilka zagadnień odnoszących się do pytania, co mierzy kwestionariusz. Założeniem jego konstrukcji było przewidywanie współpracy chorych w leczeniu. Na podstawie metodyki konstruowania można uznać, że przewiduje ona, jak klinicysta ocenia regularność przyjmowania przez pacjenta leku w okresie co najmniej roku. Z jednej strony pozwala to włączyć do oceny współpracy także informacje od rodziny i opiekunów chorego oraz innych członków personelu. Ograniczeniem takiej oceny współpracy jest brak „twardych danych”, np. informacji dotyczących poziomu leku we krwi lub w moczu. Stała tego rodzaju kontrola jest jednak trudna, ze względów praktycznych.

## WCZESNA SUBIEKTYWNA REAKCJA NA NEUROLEPTYKI

Autorzy kwestionariusza opublikowali kilka badań klinicznych z jego użyciem. Cytując ich rezultaty należy zauważyć, że badacze używali skali w bardzo konkretnym momencie leczenia neuroleptycznego, mianowicie tuż po jego rozpoczęciu (w 24 i 48 godzin po zainicjowaniu leczenia). Ten wybór autorów wymaga omówienia.

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą. Za interesowanie klinicystów budzi współpraca chorych zarówno w okresie gdy chory, w okresie zaostrzenia, jest pod opieką instytucji opieki zdrowotnej (szpital, oddział dzienny), jak i w okresie remisji (leczenia ambulatoryjnego bądź pomocy środowiskowej). Wiele czynników wpływa na współpra-

cę przy leczeniu, są one związane zarówno z chorobą, skutecznością leczenia i jego objawami ubocznymi, osobowością chorych i czynnikami środowiskowymi [Awad 1996]. Jednym z najistotniejszych czynników warunkujących współpracę jest zagadnienie subiektywnej reakcji na neuroleptyk. Awad i Hogan (1985), Hogan i Awad (1992), Awad i wsp. (1996) w swoich badaniach skupili się na reakcji chorych w pierwszych dwu dobach po rozpoczęciu leczenia neuroleptycznego. Zgadza się to z konstrukcją kwestionariusza, którego większość stwierdzeń odnosi się do aktualnych odczuć pacjentów w trakcie farmakoterapii. Dla interpretacji wyników tych badań niezbędne jest omówienie pojęcia subiektywnej reakcji na neuroleptyk [Awad 1993, Awad i Hogan 1994]. Ta reakcja to odpowiedź behawioralna i psychologiczna pacjenta, jaka pojawia się już po kilku pierwszych dawkach leku. Zdaniem Awada (1993) jest ona uwarunkowana subiektywną interpretacją odczuwaną przez chorego zmiany swojego stanu fizjologicznego (np. samopoczucia, aktywności motorycznej). Wielopoziomowy model działania leku zaproponowany przez tego autora zakłada, że działanie leku obejmuje poziom receptorowy, komórkowy, a wreszcie wpływ na zintegrowane funkcje organizmu. To działanie jest przez chorych spostrzegane i subiektywnie interpretowane. Klinicysta ma możliwość obserwować ostatni etap tej reakcji, to jest odpowiedź chorego na podany mu lek. Może być ona pozytywna lub negatywna. Pacjenci z reakcją pozytywną (niekiedy nazywaną „euforyczną”) odczuwają korzyść z brania leku, w postaci polepszenia samopoczucia (np. polepszenia zdolności myślenia) i brak istotnych odczuć negatywnych. Pacjenci z reakcją negatywną („dysforyczni”) reagują na podanie leku przeciwnie, czego najważniejszym skutkiem może być odstawienie przez nich leku. Negatywna subiektywna reakcja koreluje silnie z brakiem współpracy i może być wykorzystana jako wskaźnik przewidujący taką okoliczność [Awad i wsp. 1996]. Prowadzi to do

częstszych zaostrzeń choroby, szybszego narastania deficytów w funkcjonowaniu chorych, częstszych rehospitalizacji, wzrostu obciążenia rodziny i narastania kosztów leczenia. Stwierdzenia kwestionariusza DAI najsilniej różnicujące obie grupy chorych to te, które odnoszą się właśnie do odczuć pacjentów w trakcie farmakoterapii. Zwrócenie przez lekarza uwagi na ten aspekt leczenia może przyczynić się do opracowania i stosowania specjalnych strategii leczenia wobec grup chorych wykazujących wczesną negatywną reakcję [Awad 1996].

Jak podkreśla Awad [1993] grupy chorych z oboma typami wczesnej reakcji nie różniły się znacząco pod względem płci, wieku, łącznego czasu hospitalizacji i łącznej ich liczby. Zdaniem tego autora omawiane zjawisko może być łączone z antydopaminergicznym działaniem neuroleptyków i ich wpływem na ośrodkowy układ kary i nagrody [Awad 1993]. Pytanie, czy neuroleptyki atypowe mogą powodować tego typu reakcje „dysforyczne”, pozostaje kwestią przyszłych badań [Awad i wsp. 1996].

## BADANIA

Awad i Hogan (1985, 1988) zbadali 55 pacjentów leczonych haloperidolem i chlorpromazyną w 24 i 48 godzin po rozpoczęciu ich podawania. Stwierdzili, że subiektywna negatywna reakcja na te neuroleptyki korelowała znacząco z wynikami leczenia po 3 tygodniach. Pacjenci zakwalifikowani jako „euforyczni” na podstawie badania kwestionariuszem DAI w 82% wykazywali znaczącą poprawę stanu psychicznego po 3 tygodniach leczenia. Poprawę stanu psychicznego obserwowano u zaledwie 23% pacjentów zakwalifikowanych na podstawie wyników kwestionariusza jako „dysforyczni”. Pacjenci z obu grup nie różnili się na początku leczenia w sposób znaczący nasileniem symptomatologii (mierzoną skalą BPRS), ani dawką neuroleptyku. Obserwowane różnice nie mogły być także tłumaczone wystąpieniem i nasileniem objawów ubocznych.

Hogan i Awad (1992) dokonali także porównania pomiędzy omawianą skalą a inną obecną w literaturze skalą mierzącą subiektywną reakcję na leczenie, opracowaną przez Van Putten i May [78]. Skala tych autorów – *Neuroleptic Dysphoria Scale* (NDS) składa się z ustrukturalizowanego wywiadu, który obejmuje następujące pytania: „Jak podany lek wpływa na pana/pani samopoczucie?”, „Czy podany lek sprawia, że czuje się pan/pani spokojniejszy/a?”, „Czy lek wpływa na pana/pani myślenie?”, „Czy sądzi pan/pani, że może to być właściwy lek dla pana/pani?”.

Zbadano 55 nowoprzyjętych chorych z rozpoznaniem schizofrenii, którzy nie przyjmowali neuroleptyków przez co najmniej 2 tygodnie poprzedzające hospitalizację. Pacjenci byli leczeni haloperidolem i chlorpromazyną. Subiektywną reakcję mierzono przy pomocy skali DAI-10 i NDS w 24 i 48 godzin po rozpoczęciu leczenia. Ocena psychopatologii przy pomocy *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) i *Global Assessment Scale* (GAS) przeprowadzono przed leczeniem oraz po 3 tygodniach. Występowanie i nasilenie objawów ubocznych mierzono po 24 i 48 godzinach, a następnie co tydzień.

Przy użyciu obu skal, NDS i DAI-10, uzyskano zbliżone wyniki. Korelacja wyników obu skal po 24 godzinach leczenia wynosiła 0,76 ( $p < 0,001$ ), a po upływie 48 godzin 0,74 ( $p < 0,001$ ). Zgodność pomiędzy skalami w zakwalifikowaniu chorych do dwu grup wykazujących pozytywną, bądź negatywną reakcję na leczenie wynosiła: 93% po 24 godzinach i 83% po 48 godzinach. Nieco więcej pacjentów zaklasyfikowano jako „dysforycznych” przez skalę Van Puttana i Maya. Stwierdzono, że spośród chorych, którzy ukończyli badanie, u 18 spośród 22 pacjentów z reakcją „nie-dysforyczną” odnotowano znaczącą poprawę (82%). Tylko u 6 (27%) pacjentów z reakcją „dysforyczną” wystąpiła znacząca poprawa. Obie grupy nie różniły się wyjściowymi wynikami w skali BPRS, natomiast w skali GAS pacjenci „dysforyczni” mieli więcej symptomów, nie było to jednak znaczące klinicznie, ani statystycznie

znamienne. Nieco więcej pacjentów z reakcją negatywną było leczonych chloropromazyną (55–70% reakcji „dysforycznych” w grupie leczonych CPZ). W grupie pacjentów dysforycznych obserwowano więcej objawów pozapiramidowych (96% vs 70% po 3 tygodniach,  $p=0,06$ ) i sztywność (55% vs 9% po 3 tygodniach,  $p=0,003$ ).

Zdaniem autorów także te wyniki potwierdziły, że wczesna subiektywna odpowiedź może służyć do przewidywania krótkoterminowej odpowiedzi na leczenie. Te i inne badania [Van Putten i May 1978, Van Putten i wsp. 1981, Awad i Hogan 1994] sugerują, że pacjenci, u których efekt działania leku jest mniejszy (którzy odczuwają mniej korzyści z leczenia) i pacjenci nie współpracujący – to te same osoby.

Awad i wsp. (1996) badali także wzajemne relacje pomiędzy „dysforią” poneuroleptyczną (niskimi wynikami w skali DAI) a symptomatologią, objawami niepożądanymi leczenia i dawkami neuroleptyków w leczeniu pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Korelowała ona znacząco z następującymi wynikami w skali PANSS: wyższymi wynikami w podskali objawów pozytywnych, ogólnej psychopatologii, depresji, wglądu i całkowitym wynikiem skali PANSS. Wykazano także korelację odpowiedzi negatywnej z nasileniem akatyzzji (mierzonej *Hillside Akathisia Scale*) i łączną dawką neuroleptyku. Zdaniem autorów wyniki te pozwalają łączyć wczesną negatywną reakcję na neuroleptyk z takimi faktami klinicznymi jak pozytywne i depresyjne objawy w schizofrenii, objawy pozapiramidowe (zwłaszcza akatyzzja) i wyższymi dawkami neuroleptyku. Sugerują oni, że „dysforia” poneuroleptyczna może więc być wariantem pozapiramidowych objawów ubocznych pojawiających się w kontekście zaburzonego zachowania chorych i leczenia większymi dawkami neuroleptyków oraz że może być łączona z akatyzzją i depresją w schizofrenii.

Należy też odnotować, że w kilku badaniach innych autorów nie udało się potwierdzić omawianych zależności [cyt. za Awad

1993]. Zdaniem Awada mogło wynikać to z doboru grupy pacjentów i wpływu czynników związanych z terapeutycznymi warunkami leczenia.

Na zakończenie należy wspomnieć, że omawiany „Kwestionariusz postawy wobec leku” oraz skala Van Putten i May, o której wspomniano wyżej, nie są jedynymi narzędziami klinicznymi służącymi do badania subiektywnych aspektów leczenia neuroleptycznego. Inne skale opisane w literaturze to: *Subjective Well-being on Neuroleptics Scale* (SWN) [Naber i wsp. 1994] oraz *Rating of Medical Influences* (ROMI) [Weiden i wsp. 1994]. Jednak prezentowany wyżej kwestionariusz znajduje się w najbardziej powszechnym użyciu i bez wątpienia wart jest przedstawienia polskiemu czytelnikowi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Awad A.G., Hogan T.P.: Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Prog. in Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 1985, 9, 585–588.
2. Awad A.G., Hogan T.P.: Drug therapy in schizophrenia – Prediction of outcome (Abstract). *Schizophr. Res.* 1988, 1, 1222.
3. Awad A.G.: Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hosp. Community Psychiatry* 1992, 43, 3, 262–265.
4. Awad A.G.: Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993, 19, 3, 609–617.
5. Awad A.G., Hogan T.P.: Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, suppl. 380, 27–32.
6. Awad A.G., Voruganti L.N.P., Heslegrave R.J., Hogan T.P.: Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1996, 11, suppl. 2, 55–59.
7. Hogan T.P., Awad A.G.: Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol. Med.* 1992, 22, 347–352.
9. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R.: A self-report scale predictive of drug compliance in

- schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol. Med.* 1983, 13, 177–183.
10. Naber D., Walther A., Kirchere T.: Subjective effects of neuroleptics predict compliance. W: Gaebel W., Awad A.G.: Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia: Concepts and methods. Springer-Verlag, Heidelberg 1994, 111–122.
  11. Szafrński T., Murawiec S.: Badania subiektywnych odczuć pacjentów leczonych neuroleptykami. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 265–283.
  12. Van Putten T., May P.R.A.: Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1978, 35, 477–480.
  13. Weiden P.J., Rapkin B., Mott T., Zygmunt A., Goldman D., Horvitz-Lennon M., Frances A.: Rating of Medical Influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1994, 29, 297–308.
  14. Wciórka J.: Choroba schizofreniczna jako indywidualne doświadczenie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5, 241–263.

*Adres: Dr Sławomir Murawiec, III Klinika Psychiatryczna IPiN,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*

## Aneks 1

### DAI-30 Kwestionariusz postawy wobec leku – 30

*Drug Attitude Inventory – 30*

wg Hogan, Awad, Eastwood [1983]

Wersja P1-1, III Klinika Psychiatryczna IPiN

1. Nie potrzebuję brać leków, kiedy czuję się lepiej	TAK	NIE
2. Dla mnie dobre strony zażywania leków przeważają nad złymi	TAK	NIE
3. Czuję się dziwnie, jak „zombie” („żywy trup”), kiedy zażywam leki	TAK	NIE
4. Nawet wtedy, kiedy nie jestem w szpitalu, regularnie potrzebuję leków	TAK	NIE
5. Jeśli biorę leki, to tylko z powodu nacisku ze strony innych ludzi	TAK	NIE
6. Jestem bardziej świadomy tego co robię i co się dzieje wokół mnie, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
7. Branie leków nie zaszkodzi mi	TAK	NIE
8. Biorę leki z mojego własnego wolnego wyboru	TAK	NIE
9. Leki sprawiają, że czuję się bardziej zrelaksowany	TAK	NIE
10. Nie różnię się niezależnie od tego czy zażywam leki, czy nie	TAK	NIE
11. Nieprzyjemne efekty leków są zawsze obecne	TAK	NIE
12. Leki sprawiają, że czuję się zmęczony i ślamazarny	TAK	NIE
13. Zażywam leki, tylko kiedy jestem chory	TAK	NIE
14. Leki to wolno działająca trucizna	TAK	NIE
15. Lepiej porozumiewam się z ludźmi, kiedy zażywam leki	TAK	NIE

16. Nie mogę na niczym się skoncentrować, kiedy biorę leki	TAK	NIE
17. Wiem lepiej od lekarza, kiedy odstawić leki	TAK	NIE
18. Czuję się bardziej normalny, gdy zażywam leki	TAK	NIE
19. Wolę raczej być chory niż brać leki	TAK	NIE
20. To nienaturalne dla mojego umysłu i ciała być kontrolowanym przez leki	TAK	NIE
21. Moje myśli są jaśniejsze, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
22. Powinienem nadal zażywać leki, nawet jeśli czuję się dobrze	TAK	NIE
23. Branie leków zabezpieczy mnie przed załamaniem	TAK	NIE
24. To zależy od lekarza, kiedy odstawię leki	TAK	NIE
25. Rzeczy, które mógłbym łatwo zrobić, są dużo trudniejsze, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
26. Jestem szczęśliwszy i czuję się lepiej, kiedy biorę leki	TAK	NIE
27. Podają mi leki by kontrolować zachowanie, które innym ludziom (ale nie mnie) się nie podoba	TAK	NIE
28. Nie mogę się zrelaksować, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
29. Lepiej się kontroluję	TAK	NIE
30. Zażywając leki mogę zapobiec zachorowaniu	TAK	NIE

## Aneks 2

### DAI-10 Kwestionariusz postawy wobec leku – 10

*Drug Attitude Inventory – 10*

wg Hogan, Awad, Eastwood [1983]

1. Dla mnie dobre strony zażywania leków przeważają nad złymi	TAK	NIE
2. Czuję się dziwnie, jak „zombie” („żywy trup”), kiedy zażywam leki	TAK	NIE
3. Biorę leki z mojego własnego wolnego wyboru	TAK	NIE
4. Leki sprawiają, że czuję się bardziej zrelaksowany	TAK	NIE
5. Leki sprawiają, że czuję się zmęczony i ślamazarny	TAK	NIE
6. Zażywam leki, tylko kiedy jestem chory	TAK	NIE
7. Czuję się bardziej normalny, gdy zażywam leki	TAK	NIE
8. To nienaturalne dla mojego umysłu i ciała być kontrolowanym przez leki	TAK	NIE
9. Moje myśli są jaśniejsze, kiedy zażywam leki	TAK	NIE
10. Zażywając leki mogę zapobiec zachorowaniu	TAK	NIE