

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

**Anozognozija ir schizofrenija sergančių pacientų terapijos problemos
Problems in the Treatment of Patients with Anozognosis and Schizophrenia**

Studentas/ė (vardas, pavardė), grupė: **Gintė Gaižauskaitė** VI kursas, 18 gr.

Katedra/ Klinika kurioje ruošiamas ir ginamas darbas: **Klinikinės medicinos instituto
Psichiatrijos klinika**

Darbo vadovas

Prof. dr. Alvydas Navickas
(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Katedros arba Klinikos vadovas

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė
(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

2022-06-02

Studento elektroninio pašto adresas: ginte.gaizauskaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
ĮVADAS	5
1. LITERATŪROS APŽVALGA	6
1.1 Šiuolaikinė schizofrenijos klinikos samprata, kognityviniai sutrikimai	6
1.2 Schizofrenija sergančių pacientų anozognozija	7
1.3 Schizofrenija sergančių pacientų terapijos problemos	9
2. TIRIAMIEJI IR METODAI	11
3. REZULTATAI	14
3.1 Schizofrenija sergančių pacientų anozognozija ir susiję veiksniai	14
3.2 Schizofrenija sergančių pacientų vaistų vartojimas ir susiję veiksniai	14
3.3 Schizofrenija sergančių pacientų manymu reikalingas gydymas	16
4. APTARIMAS	17
5. IŠVADOS	19
6. PASIŪLYMAI	20
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS	20
9. PRIEDAI	24
8.1 Priedas Nr. 1	24
8.2 Priedas Nr. 2	25

SANTRAUKA

Schizofrenija yra dažnas psichikos sutrikimas, kurio gydymas išlieka sudėtingas. Terapiją apsunkina ne tik dažnas sutrikimo rezistentiškumas vaistams, bet ir pacientų anozognozija ir vaistų vartojimo režimo nesilaikymas. Pacientų įžvalgos savo sutrikimui stoka laikoma vienu svarbiausiu faktorių, lemiančių prastą vaistų vartojimą.

Lietuvoje nėra atlikta tyrimų, apie schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos ir vaistų vartojimo ryšį. Šio tyrimo uždaviniai buvo įvertinti schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos paplitimą, vaistų vartojimą, susijusius veiksnius. Siekta nustatyti schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos ir vaistų vartojimo ryšį, susijusius veiksnius. Kelta hipotezė, kad schizofrenija sergantys pacientai, kuriems pasireiškia anozognozija, prasčiau vartoja vaistus ir vengia kitų gydymo metodų.

Pacientų įžvalgos savo sutrikimui vertinimui pasitelkta Birčvudo įžvalgos skalė. Vaistų vartojimas vertintas pagal Vaistų vartojimo vertinimo skalę. Tyrimas atliktas dviejose Vilniaus psichiatrijos ligoninėse, 2022 metų sausio – gegužės mėnesiais. Tyrime dalyvavo 53 paranoidine schizofrenija ir schizoafektiniais sutrikimais sergantys pacientai.

Nustatyta, kad 47% schizofrenija sergančių pacientų pasireiškė anozognozija, tačiau tik 32,1% manė, jog medikamentinis gydymas yra nereikalingas ir tik 7,5% manė, kad joks gydymas nereikalingas. Pacientai, kurie manė, kad medikamentinis gydymas yra nereikalingas, 13 kartų dažniau turėjo anozognoziją. Iš 75,5% schizofrenija sergančių pacientų nepakankamai besilaikančių vaistų vartojimo grafiko, turintieji anozognoziją, 10 kartų dažniau nepakankamai laikėsi vaistų vartojimo grafiko. Aptiktas aiškus ryšys tarp vaistų vartojimo režimo nesilaikymo ir anozognozijos pasireiškimo, nustatyta, kad anozognoziją turintys pacientai dažniau vengia medikamentinio gydymo, tačiau nenustatyta, kad vengtų kitų gydymo metodų. Nustatyta, kad jaunesnio amžiaus schizofrenija sergantys pacientai prasčiau vartoja vaistus.

Raktažodžiai: schizofrenija, anozognozija, įžvalgos stoka, suvokimo stoka, Birčvudo įžvalgos skalė, Vaistų vartojimo vertinimo skalė, vaistų vartojimas, terapijos problemos

SUMMARY

Schizophrenia is a common mental disorder, whose treatment remains difficult. Treatment is difficult not only because of frequent treatment resistance, but also patients' anosognosia and medication non – adherence. Patients lack of insight is considered one of the most important factors to medication non – adherence.

In Lithuania there are no studies regarding the link between anosognosia and medication adherence among patients with schizophrenia. The tasks of this study were to evaluate the prevalence of anosognosia and medication adherence in patients with schizophrenia and related factors. The aim was to assess the link between anosognosia and medication adherence, its related factors between patients with schizophrenia. Study hypothesis was that patients with schizophrenia who have anosognosia have poor adherence to medication and avoid other methods of treatment.

Patient insight was evaluated using the Birchwood Insight Scale. Medicine Application Rating Scale was used to evaluate the medication adherence. Study was conducted in two Vilnius psychiatric hospitals, in January – May of 2022. 53 patients with paranoid schizophrenia or schizoaffective disorders participated in the study.

We found that 47% of patients with schizophrenia had anosognosia, but only 32,1% thought that medication treatment is unnecessary and only 7,5% thought that no treatment is necessary. Patients who thought that medication treatment is unnecessary were 13 times more likely to have anosognosia. Out of 75,5% of non – adherent to medication patients with schizophrenia those with anosognosia were 10 times more likely to be non – adherent to medication. A link between non – adherence to medication and anosognosia was established, patients with anosognosia more frequently avoid medication treatment but there was no link found between anosognosia and avoidance of other methods of treatment. It was found that younger patients with schizophrenia are less adherent to medication.

Key words: schizophrenia, anosognosia, lack of insight, lack of awareness, Birchwood insight scale, Medicine Application Rating Scale, medication adherence, problems of treatment

IVADAS

Pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtą leidimą, Australijos modifikaciją (toliau TLK – 10AM), schizofrenijos sutrikimams yra būdingi mąstymo ir suvokimo sutrikimai, neadekvatus ar blankus afektas (1). Schizofrenija serga apie 1% visos populiacijos ir šis sutrikimas patenka tarp dešimties dažniausiai negalią sukeliančių sutrikimų (2). 70 – 90% pacientų, sergančių schizofrenija yra bedarbiai Europoje, dėl prastos mitybos ir žalingų įpročių, svorio priaugimo bei kitų priežasčių šių pacientų vidutinė gyvenimo trukmė yra 13 – 15 metų trumpesnė (3). 26,8% schizofrenija sergančių pacientų bent kartą gyvenime bando nusižudyti, apie 5% nusižudo (4). Taigi, schizofrenija yra sunkus, gyvenimo kokybę ir trukmę mažinantis, gyvybei pavojingas psichikos sutrikimas.

Nepaisant didelio kiekio tyrimų ir klinacistų pastangų, schizofrenija sergančių pacientų gydymas išlieka sudėtingas. Sunkumai kyla dėl aukšto, 20 – 30% siekiančio šio sutrikimo rezistentiškumo gydymui, pacientų nesuvokimo apie savo sutrikimą, gydymo plano nesilaikymo ir kitų priežasčių (5,6). Teigiamas požiūris į medikamentinį gydymą ir sutrikimo suvokimas yra labiausiai lemiantys vaistų vartojimą, nuo paciento priklausantys prognostiniai faktoriai (7). Atitinkamai, anozognozija blogina schizofrenija sergančių pacientų prognozę, didina sutrikimo recidyvavimo ir pakartotinės hospitalizacijos riziką, yra susijusi su blogesne gyvenimo kokybe (8).

Lietuvoje tyrimų apie anozognozijos ir vaistų vartojimo ryšį nėra atlikta. Vertinti schizofrenija sergančių pacientų suvokimą apie sutrikimą, vaistų vartojimą, su anozognozija susijusius veiksnius, su vaistų vartojimu susijusius veiksnius yra potencialiai naudinga klinikinėje praktikoje. Todėl šiuo tyrimu analizuojami minėti faktoriai, keliami hipotezė, kad schizofrenija sergantys pacientai, kurie turi anozognoziją, prasčiau vartoja vaistus.

Tyrimo tikslas: nustatyti schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos ir vaistų vartojimo ryšį, susijusius veiksnius.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos paplitimą ir su juo susijusius veiksnius.
2. Įvertinti schizofrenija sergančių pacientų vaistų vartojimą ir su juo susijusius veiksnius.
3. Įvertinti, anozognozijos pasireiškimo įtaką vaistų vartojimui tarp schizofrenija sergančių pacientų.

Tyrimo hipotezė: schizofrenija sergantys pacientai, kuriems pasireiškia anozognozija, prasčiau vartoja vaistus ir vengia kitų gydymo metodų.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Šiuolaikinė schizofrenijos klinikos samprata, kognityviniai sutrikimai

Schizofrenijos klinikiniai simptomai skirstomi į pozityvius (kitais vadinamus psichoziniais) ir negatyvius simptomus (9). Pagrindiniai pozityvūs simptomai: haliucinacijos, kliesiai, mąstymo sutrikimai. Pagrindiniai negatyvūs simptomai: valios sutrikimai, blankus afektas (2). Nors istoriškai 1899 m. vokiečių psichiatras Emilis Krepelinas (vok. *Emil Kraepelin*) mūsų aptariamą psichikos sutrikimą pavadino „*dementia praecox*“, daugiausia dėmesio skirta schizofrenijos psichoziniams simptomams gydyti, tam sukurta nemažai vaistų, tuo tarpu „demencijos“ arba kognityvinės funkcijos tyrimų ar gydymo paieškų anksčiau būta palyginti mažiau (10).

Pastaruoju metu daug dėmesio skiriama kognityviniams sutrikimams, pasireiškiantiems sergant schizofrenija ir jie pateikiami kaip atskira schizofrenijos simptomų grupė (11). Išskiriami tokie kognityviniai sutrikimai kaip: dėmesio, bendrų intelektinių gebėjimų, atminties, kalbos, suvokimo ir kiti sutrikimai. (3). Įvairaus lygio kognityviniai sutrikimai pasireiškia iki 80% pacientų (12). Kognityviniai sutrikimai gali pasireikšti iki pirmojo psichozės epizodo (13). Įprastai kognityvinė funkcija dalinai atsistato praėjus psichozei, tačiau kognityviniai sutrikimai išlieka stabilūs schizofrenijos remisijoje, priešingai nuo negatyvių simptomų kognityviniai sutrikimai nėra linkę progresuoti (3).

Kognityvinės disfunkcijos patofiziologiniai mechanizmai sergant schizofrenija yra neišaiškinti. Keliama periferinio uždegimo hipotezė, ieškoma tokių baltymų kaip smegenų neurotrofinis faktorius, C – reaktyvusis baltymas sąsajų su kognityviniais sutrikimais (11). Tiriamas glutamato veikimo sutrikimas, glutamnerginių neuronų sąveika su N–metil–D–aspartato (NMDA) receptoriais. NMDA receptoriai smegenyse dalyvauja mokymosi, atminties procesuose, yra reikalingi smegenų plastiškumui ir brendimui, yra įrodyta, kad sergant šizofrenija NMDA receptorių veikla yra sumažėjusi (14). Taip pat rasta koreliacija tarp hormonų kortizolio ir prolaktino nuokrypių nuo normalios koncentracijos kraujo serume ir kognityvinių sutrikimų sergant schizofrenija (15,16).

Kognityvinių sutrikimų negydo antipsichoziniai vaistai, tad klinikinėje praktikoje šiuo metu neturime specifinio gydymo šiai simptomų grupei (17). Atlikti tyrimai su antioksidantais, 5-HT receptorių agonistais, nikotino receptorių agonistais, muskarininių receptorių agonistais, NMDA receptorių antagonistais, antidepresantais, fosfodiesterazių inhibitoriais, neuroprotektoriais ir kitų grupių vaistais ieškant teigiamo poveikio gydant dėl schizofrenijos suprastėjusias kognityvines funkcijas. Dauguma vaistų nedavė jokio teigiamo efekto, kai kurie (pvz. antioksidantai, muskarininių receptorių agonistas ksanomelinas) nežymiai pagerino kai kurias kognityvines funkcijas (10).

Taigi, schizofrenija išlieka psichikos sutrikimu, apie kurį dar daug kas nežinoma. Be istoriškai gausiai aprašytų pozityvių ir negatyvių simptomų, šiais laikais dažnai literatūroje tyrinėjami kognityviniai simptomai, pasireiškiantys sergant schizofrenija. Nepaisant tyrimų, kognityvinių sutrikimų etiologija, patofiziologiniai mechanizmai išlieka neaiškūs, nėra patikimai įrodytų šių sutrikimų gydymo metodų.

1.2 Schizofrenija sergančių pacientų anozognozija

Anozognozija – yra savo ligos ar sutrikimo nesuvokimas. Terminas „anozognozija“ yra sudurtinis žodis, kilęs iš graikų kalbos, kur „a“ – reiškia „be“, „nosos“ – „liga“, „gnosis“ – „pažinimas“ (18). Pirmą kartą ši sąvoka pavartota 1914 m. Jozefo Babinskio straipsnyje apie psichikos sutrikimą, pasireiškiantį sergant hemiplegija (19).

Literatūroje anozognozija kitaip vadinama įžvalgos, suvokimo apie ligą stoka, dažnai visi šie terminai vartojami kaip sinonimai. Tačiau kai kuriuose šaltiniuose anozognozija apibūdinama kaip neurologinis simptomas, kylantis dėl organinio smegenų žievės pažeidimo, tuo tarpu įžvalgos ar suvokimo apie ligą stoka apibūdinama kaip psichiatrinis ar psichologinis simptomas (20,21). Esti skatinimų unifikuoti terminiją ir mokslinėje literatūroje vartoti vien anozognozijos terminą (22). Šiame darbe anozognozijos, įžvalgos, suvokimo apie ligą stokos terminai bus vartojami kaip sinonimai.

Literatūroje išskiriama klinikinė ir kognityvinė įžvalga savo ligai (23). Klinikinė įžvalga reiškia, kad pacientas supranta, jog turi psichikos sutrikimą, atpažįsta jo simptomus ir dėl to suvokia gydymosi poreikį. Kognityvinė įžvalga apima paciento turimą gebėjimą vertinti arba atitolinti save nuo nenormalių patirčių, daryti išvadas (24). Anksčiau manyta, kad pacientui reikalinga kognityvinė įžvalga tam, kad galėtų turėti klinikinę įžvalgą savo ligai, tačiau tyrimai nepatvirtino sąsajos tarp šių dviejų simptomų (25).

Tiek literatūroje, tiek anozognozijos vertinimo skalėse išskiriama, kad įžvalgą ligai sudaro trys pagrindiniai faktoriai: sutrikimo turėjimo suvokimas, gydymo poreikio supratimas ir simptomų priskyrimas (21,26). Sutrikimo turėjimo suvokimas apibrėžiamas kaip paciento žinojimas, jog jis serga arba turi psichikos sutrikimą, to pripažinimas, įsisąmoninimas. Gydymo poreikio supratimas apima paciento suvokimą, kad jam ar jai reikalinga gydytojo psichiatro priežiūra, gydytojo paskirtas medikamentinis gydymas, gydymas ligoninėje ar kitas gydymas. Simptomų priskyrimas yra suvokimas, kad simptomai kyla dėl paciento psichikos sutrikimo, o ne iš aplinkos (21,27).

Anozognozijos priežastys yra sudėtingos ir literatūroje stokojama vieningo schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos etiologijos išaiškinimo. Vienur pateikiamas psichologinis – psichoanalitinis įžvalgos savo sutrikimui stokos išaiškinimas, pagal kurį anozognozija yra psichologinis gynybos mechanizmas, padedantis sergančiajam išvengti psichologinių žinojimo,

kad serga schizofrenija – stigmatizuota, lėtine liga, pasekmių (28). Kituose tyrimuose akcentuojama, kad kognityviniai sugebėjimai yra susiję su schizofrenija sergančių pacientų įžvalga savo sutrikimui (23). Tyrimai rodo, kad anozognozija yra labiau susieta su atminties ir vykdomųjų smegenų funkcijų nei bendro intelekto sutrikimais (27). Kiti pabrėžia, kad įžvalga savo sutrikimui yra ne tik sudėtingų neurokognityvinių, bet ir sociokognityvinių, metakognityvinių procesų rezultatas (29). Dar literatūroje dėl didelio panašumo tarp to, kaip pasireiškia anozognozija neurologinėmis ligomis sergantiems pacientams ir schizofrenija sergantiems pacientams, keltos hipotezės, kad sergančiųjų schizofrenija sutrikimo nesuvokimas atsiranda dėl neurologinių priežasčių (30). Šiuo metu yra nustatyta, kad prastesnis ligos suvokimas tarp sergančiųjų psichoziniais sutrikimais yra susijęs su mažesniu bendru pilkosios ir baltosios smegenų medžiagos tūriu, mažesniu priekinio vingio pilkosios medžiagos tūriu (25). Ieškoma ir genetinio anozognozijos pagrindo – atliktas tyrimas parodė, kad didesnis schizofrenijos poligeniškumas koreliuoja su blogesne įžvalga sutrikimui, taip pat nustatyti specifiniai genai rs1479165 ir SOX2-OT reikšmingai susiję su anozognozija (31). Taigi, anozognozijos etiologija literatūroje tyrinėjama įvairiais aspektais ir greičiausiai priklauso nuo daugelio skirtingų faktorių.

Anozognozija pasireiškia 43 – 50% schizofrenija sergančių pacientų (8,20). Apskritai, įžvalgos sutrikimui vertinimas yra apsunkintas todėl, kad nėra įmanoma atlikti tyrimų su kontrolinėmis grupėmis ir nustatyti įžvalgos sutrikimui normą (31). Nepaisant šio fakto savo sutrikimo suvokimo vertinimui yra sukurta keletas skalų ir įrankių. Dažniausiai tyrimuose naudojamos skalės ir klausimynai: Pozityvių ir negatyvių sindromų skalės (*angl. Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*), G12 dalis, Įžvalgos ir požiūrio į gydymą klausimynas (*angl. Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, ITAQ*), Psichinio sutrikimo įžvalgos stokos vertinimo skalė (*angl. Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, SUMD*), Birčvudo įžvalgos skalė (*angl. Birchwood Insight Scale, BIS*), Beko kognityvinės įžvalgos skalė (*angl. Beck Cognitive Insight Scale*) (27). Skalės skiriasi savo specifiškumu, skirtingų anozognozijos faktorių vertinimu, klausimų kiekiu, pritaikomumu klinikinėje praktikoje.

Įžvalgos apie ligą stoka kartu su neurokognityviniais sutrikimais yra susiję su gebėjimo priimti sprendimus, ypač dėl gydymo, sumažėjimu (32). Tyrimai rodo, kad įžvalgos ligai stoka susijusi su prastesne prognoze, blogesniu vaistu vartojimu, dažnesnėmis priverstinėmis hospitalizacijomis, agresyviu elgesiu, blogesne gyvenimo kokybe, pozityviais psichoziniais simptomais (8,21). Kita vertus, pacientai, kurie turi gerą įžvalgą savo sutrikimui dažniau jaučia stigmą, gėdą, turi depresijos simptomų (8,33). Rekomenduojama atsižvelgti į minėtas problemas stengiantis pagerinti pacientų įžvalgą, taikyti psichoedukaciją, normalizuoti, aiškinti pacientams jų simptomų atsiradimo priežastis atskiriant jų asmenybę nuo sutrikimo (34).

Anozognozija sergant schizofrenija pasireiškia dėl individualiai pasireiškiančių neurokognityvinių, psichologinių, sociokognityvinių ir metakognityvinių procesų įtakos. Anozognozija pasireiškia didelei daliai schizofrenija sergančių pacientų ir pablogina jų gydymo prognozę. Yra nemažai diagnostinių įrankių įžvalgai savo sutrikimui įvertinti, visi jie taikomi kaip anketa pacientui arba struktūruotas interviu. Paciento sutrikimo suvokimo gerinimas turėtų būti atliekamas atsižvelgiant į galimą depresijos simptomų išryškėjimą, suintensyvėjusius gėdos, stigmos jausmus.

1.3 Schizofrenija sergančių pacientų terapijos problemos

Schizofrenija yra lėtinis psichikos sutrikimas, kuriam būdingi būklės paūmėjimai ir dažnas rezistentiškumas medikamentiniam gydymui (5,35). Danijoje atlikto tyrimo duomenimis 46,4% pacientų, gydytų dėl schizofrenijos pirmą kartą, buvo pakartotinai hospitalizuoti dėl schizofrenijos per penkerius metus nuo pirmosios hospitalizacijos (36). Atsakas į gydymą dažnai nėra kliniškai pakankamas – tyrimų duomenimis tarp 10% ir 30% atsakas į gydymą yra prastas, kitiems 30% atsakas yra dalinis – nors kliniškai stebimas būklės pagerėjimas, išlieka nuolatiniai psichoziniai ar kiti rezidualiniai simptomai, kurie veikia pacientų funkcionavimą ir gyvenimo kokybę (2).

Ilgalaikis gydymas antipsichoziniais vaistais yra kritinis schizofrenija sergančių pacientų gydymo komponentas. Gydymo vaistais nutraukimas yra susijęs su penkis kartus didesne klinikinio būklės pablogėjimo rizika ir daugiau nei dvylika kartu didesne savižudybės rizika, blogesne prognoze (37). Tačiau tarp schizofrenija sergančių pacientų vaistų nevartojimas yra labai dažnas, skirtingų tyrimų duomenimis siekia 20% – 89% (mediana 55%) (38). Vaistų nevartojimas yra susijęs su nuo vaistų, nuo paciento ir nuo aplinkos priklausomais faktoriais (7).

Dažnai aptariama su psichotropiniais vaistais susijusi vaistų nevartojimo priežastis yra vaistų šalutiniai poveikiai, tokie kaip: nuovargis, mieguistumas, letargija, svorio priaugimas, seksualinė disfunkcija, ekstrapiramidinė simptomatika ir kt. (39). Kitos svarbios vaistų nevartojimo priežastys yra nepakankamas medikamentų efektyvumas, sudėtingas gydymo režimas (keli skirtingi vaistai, vartojimas kelis kartus dienoje), ilga, 6 – 12 mėnesių ir ilgiau trunkanti gydymo trukmė (38,39).

Su vaistų vartojimu susiję, nuo aplinkos priklausantys faktoriai yra rečiau tiriama sritis, tyrimų rezultatai daugeliu atveju nesutampantys (7). Iš tirtų aplinkos faktorių paminėtini: gydytojo – paciento kontaktas, paciento pasitikėjimas gydytoju, šeimos ir socialinė parama, medicininės pagalbos prieinamumas, stigma, susijusi su vaistų vartojimu, finansinės problemos, chaotiškos gyvenimo sąlygos (7,37,40).

Tyrimuose aprašomi su pacientu susiję vaistų vartojimo faktoriai. Su geresniu vaistų vartojimu susijęs pozityvus požiūris į vaistus ir įžvalga savo sutrikimui (7,41). Kai kuriose studijose anozognozija nurodoma kaip svarbiausias su vaistų nevartojimu susijęs faktorius, turintis didelę įtaką vaistų vartojimui (6,40). Siūlomas būdas gerinti vaistų vartojimą gerinant įžvalgą savo sutrikimui pasitelkiant psichoedukaciją (42). Su dažnesniu vaistų nevartojimu susijęs piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis, tačiau iš šiuo metu atliktų tyrimų neaišku, ar pirma pacientas pradeda piktnaudžiauti psichotropinėmis medžiagomis ir tada nustoja gerti vaistus, ar atvirkščiai (41). Taip pat dažniau prastai vartoja vaistus tie schizofrenija sergantys pacientai, kuriems pasireiškia kognityviniai sutrikimai (43). Sunkūs depresijos simptomai pateko tarp trijų svarbiausių faktorių, susijusių su lėtine schizofrenija sergančių pacientų Pietų Korėjoje vaistų nevartojimu (43). Duomenys apie sociodemografinių faktorių įtaką vaistų vartojimui yra prieštaringi, dauguma tyrimų neįrodo šių faktorių reikšmės vaistų vartojimui (38,39).

Schizofrenija sergančių pacientų terapiją dažnai apsunkina gretutiniai susirgimai. Schizofrenija sergantiems pacientams būdingi gretutiniai psichikos sutrikimai, 56% pacientų dar turi nerimo sutrikimus, serga depresija arba piktnaudžiauja psichotropinėmis medžiagomis (44). Taip pat schizofrenija sergantys pacientai turi didesnę riziką susirgti įvairiomis somatinėmis ligomis: metaboliniu sindromu, infekcijomis, autoimuninėmis ligomis, lėtine obstrukcine plaučių liga, onkologinėmis ligomis (45). Gretutiniai susirgimai susiję su prastesne gyvenimo kokybe ir psichikos sveikata, sudėtingesniu gydymu (44).

Taigi, schizofrenija sergančių pacientų terapijos problemos yra gydymo sunkumai dėl būklės paūmėjimų, rezistentiškumo gydymui, daliai atvejų nepakankamo vaistų efektyvumo. Apie pusę schizofrenija sergančių pacientų nevartoja vaistų taip kaip paskirta, vaistų nevartojimas susijęs su nuo paciento, nuo vaistų ir nuo aplinkos priklausančiais faktoriais, iš visų faktorių vienas pagrindinių yra paciento anozognozija. Schizofrenija sergančių pacientų terapiją taip pat apsunkina dažnesni gretutiniai psichikos ir somatiniai sutrikimai.

2. TIRIAMIEJI IR METODAI

Tyrimo metodai. Atliktas pjūvinis analitinis tyrimas pagal parengtą klausimyną, apklausos vykdytos struktūruoto tiesioginio interviu būdu. Papildoma informacija apie tyrimo dalyvio sutrikimą surinkta iš ligos istorijos.

Pacientų įžvalgos apie savo ligą vertinimui naudota į lietuvių kalbą išversta Birčvudo įžvalgos skalė (*angl. Birchwood Insight Scale*, priedas Nr. 1). Birčvudo įžvalgos skalė buvo sukurta pacientų, gydomų dėl psichozės, įžvalgai apie savo ligą vertinti (26). Skalė pasirinkta dėl jos paprastumo, trumpumo, patikimumo, pritaikymo tirti schizofrenija sergančius pacientus ir visapusiško anozognozijos vertinimo (33,46). Šios skalės Kronbacho alfa rodiklis lygus 0,78 (46). Gautas Birčvudo įžvalgos skalės kūrėjo profesoriaus Makso Birčvudo (*angl. professor Max Birchwood*) rašytinis leidimas versti skalę į lietuvių kalbą ir naudoti šio baigiamojo darbo ruošimui. Skalę sudaro 8 teiginiai, tiriamasis turi atsakyti ar su teiginiais visiškai sutinka, sutinka, abejoja, nesutinka ar visiškai nesutinka. Antrasis ir septintasis teiginiai padeda vertinti ligos suvokimą; trečiasis, ketvirtasis, penktasis ir šeštasis teiginiai padeda vertinti gydymo poreikio suvokimą; pirmasis ir aštuntasis teiginiai - simptomų pervardinimą (33). Tiriamasis gali surinkti nuo 0 iki 12 taškų, jei surenka mažiau nei 9 taškus vertinama, kad tiriamasis stokoja įžvalgos savo sutrikimui, jei surenka 9 taškus ir daugiau vertinama, kad tiriamajam nepasireiškia anozognozija.

Pacientų medikamentinio gydymo vartojimo vertinimui naudota Vaistų vartojimo vertinimo skalė (*angl. MARS – Medicine Application Rating Scale*, priedas Nr. 2). Atliktų tyrimų duomenimis ši skalė yra patikima ir validi, Kronbacho alfa rodiklis lygus 0,75 (47). MARS skalė pasirinkta dėl jos trumpumo, paprasto taikymo, skalė patvirtinta naudojimui Lietuvoje. Vaistų vartojimo vertinimo skalė pateikta Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdinių sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais“ tvarkos aprašo 3 priede. Vaistų vartojimo vertinimo skalę sudaro 10 klausimų, į kuriuos tiriamasis atsako „Taip“ arba „Ne“. Skalės 1 – 4 klausimai padeda vertinti vaistų vartojimo grafiko laikymąsi, 5 – 8 klausimai atspindi požiūrį į vaistų vartojimą ir neigiamą nepageidaujamą poveikį, 9 – 10 klausimai požiūrį į antipsichozinius vaistus. 1 balas tiriamajam skiriamas už kiekvieną atsakymą „Taip“ į 7 – 8 klausimus ir atsakymą „Ne“ į 1 – 6 ir 9 – 10 klausimus. Už priešingus atsakymus skirta 0 balų. Kuo didesnė tiriamojo surinktų balų suma, tuo vertinta, kad yra geresnis požiūris ir elgesys, susijęs su vaistų vartojimu. Tiriamajam surinkus 7 balus arba mažiau, laikyta, kad jis nepakankamai laikosi vaistų vartojimo režimo.

Tyrimo aplinkybės. Duomenys rinkti 2022-01-11 – 2022-05-06 Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės (RVPL) Universitetiniame ir psichosocialinės reabilitacijos skyriuje, V – ajame skyriuje, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro (VMPSC) Ūmios psichiatrijos

skyriuje, vyrų ir moterų poskyriuose. Apklausa vykdyta paciento palatoje ar kabinete. Papildomi duomenys apie pacientą rinkti iš elektroninės ar popierinės ligos istorijos.

Tyrimo dalyviai. Tikslinė grupė buvo pacientai, sergantys šizofrenija. Įtraukti pacientai, pagal TLK – 10AM turintys F20.0 – F20.9 ir F25.0 – F25.9 diagnozes. Taikyta netikimybinė patogioji imtis. Apklausti visi apklausos dieną skyriuje esantys pacientai, kurie turi šizofrenijos spektro sutrikimą, išskyrus pacientus, atsisakiusius dalyvauti tyrime ar negalinčius dalyvauti tyrime ar išreikšti sutikimą dalyvauti tyrime dėl pernelyg sunkios psichikos ar somatinės sveikatos būklės.

Rinkti duomenys. Struktūruoto interviu būdu rinkta informacija apie paciento amžių, lytį, paciento manymu jo gydymui reikalingus metodus, užpildytos Birčvudo įžvalgos ir Vaistų vartojimo vertinimo (MARS) skalės. Iš ligos istorijos surinkta informacija apie paciento diagnozę, pagrindinės ligos trukmę, taikytą gydymą, ar pacientas gydomas priverstinai ar savo noru, ar vartoja ilgo veikimo antipsichozinius vaistus.

Kintamieji:

1. Paciento amžius vertintas pagal kalendorinį amžių, vienerių metų tikslumu.
2. Lytis buvo kategorinis kintamasis su variantais „vyras“, „moteris“, „kita“, žymėta pagal paciento pasirinkimą, visų pacientų pasirinkta lytis atitiko biologinę lytį.
3. Paciento diagnozė nurašyta nuo ligos istorijos, imta pagrindinė diagnozė pagal TLK – 10 klasifikaciją.
4. Pagrindinio sutrikimo trukmė vertinta vienerių metų tikslumu pagal ligos istorijoje aprašytą anamnezę.
5. „Taikytas gydymas“ buvo laikytas kategoriniu kintamuoju su variantais „Medikamentinis“, „Elektros impulsų terapija“, „Psichologinis konsultavimas“, „Šviesos terapija“, „Transkranijinė magnetinė stimuliacija“, „Psichosocialinė rehabilitacija“, žymėti visi variantai bent kartą taikyti ligos anamnezėje.
6. Ar pacientas gydomas priverstinai vertinta pagal kategorijas „Taikytas“ ir „Netaikytas“ atsižvelgiant į informaciją ligos istorijoje.
7. Ar pacientas vartoja ilgo veikimo antipsichozinius vaistus vertinta pagal ligos istorijos duomenis, jei pacientas iki dalyvavimo tyrime vartojo ilgo veikimo antipsichozinius vaistus, priskirtas kategorijai „Vartoja“, jei ne, kategorijai „Nevartoja“.
8. Birčvudo įžvalgos skalės vertinimas buvo paremtas tiriamojo surinktų balų suma. Tiriamajam surinkus 9 ir daugiau balų iš 12, tiriamasis priskirtas kategorijai „Teigiamas Birčvudo įžvalgos skalės rezultatas“ ir vertinta, kad anozognozijos nėra, surinkus mažiau nei 9 balus, tiriamasis priskirtas kategorijai „Neigiamas Birčvudo įžvalgos skalės rezultatas“ ir vertinta, kad anozognozija yra.

9. Vaistų vertinimo skalės surinktų balų suma laikyta kiekybiniu kintamuoju, kur didesnis įvertis nurodo geresnį požiūrį į vaistus ir jų vartojimą.
10. „Paciento manymu reikalingas gydymas“ laikytas kategoriniu kintamuoju su variantais: „Medikamentinis“, „Elektros impulsų terapija“, „Psichologinis konsultavimas“, „Šviesos terapija“, „Transkranijinė magnetinė stimuliacija“, „Psichosocialinė rehabilitacija“, „Psichoedukacija“. Žymėti visi paciento atsakymai apklausos metu, teigiamas atsakymas priskirtas kategorijai „Reikia“, neigiamas atsakymas kategorijai „Nereikia“.

Tiriamųjų duomenys. Tyrime dalyvauti pakviesti 65 schizofrenija arba schizoafekciniais sutrikimais sergantys pacientai, 12 pacientų atsisakė dalyvauti. Tyrime dalyvavo 30 vyrų ir 23 moterys, iš viso 53 pacientai. Tyrime dalyvavo 35 paranoidine schizofrenija (F20.0 pagal TLK – 10 AM; toliau schizofrenija) sergantys asmenys, 18 schizoafekciniais sutrikimais (F25.0 – F25.9 pagal TLK – 10 AM) sergantys asmenys.

Bendras pacientų amžiaus vidurkis 38,02 metai (SN \pm 14,26; med 34), vyrų amžiaus vidurkis 37,97 metai (SN \pm 12,54 med 35), moterų amžiaus vidurkis 38,09 metai (SN \pm 16,53 med 34), vyrų ir moterų amžiaus vidurkis nesiskyrė ($p=0,634$). Pacientų pagrindinio sutrikimo trukmės vidurkis buvo 11,70 metai (SN \pm 9,81 med 10), moterų pagrindinio sutrikimo trukmės vidurkis 11,04 metai (SN \pm 2,34 med 8), vyrų 12,20 (SN \pm 1,59 med 10,5), moterų ir vyrų pagrindinio sutrikimo trukmės vidurkis nesiskyrė ($p=0,345$). Pacientų amžiaus ir pagrindinio sutrikimo trukmės rodikliai skirtingos lyties ir diagnozės grupėse pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. Tiriamųjų amžius, pagrindinio sutrikimo trukmė skirtingose grupėse.

Lytis	Diagnozė	N	Amžiaus vidurkis, SN; mediana	Pagrindinio sutrikimo trukmės vidurkis, SN; mediana
Moterys	Schizoafekcinis sutrikimas	9	37,11 (\pm 17,98; 33)	5,56 (\pm 3,97; 6)
	Schizofrenija	14	38,71 (\pm 16,20; 34)	14,57 (\pm 13,03; 11,5)
Vyrai	Schizoafekcinis sutrikimas	9	45,00 (\pm 14,76; 47)	15,22 (\pm 10,64; 11)
	Schizofrenija	21	34,95 (\pm 10,45; 34)	10,90 (\pm 7,71; 10)

Į skaičiavimus neįtraukti kintamieji. Dėl vienalyčio rezultatų pasiskirstymo į statistinius skaičiavimus neįtraukti kategorijos „Paciento manymu reikalingas gydymas“ variantas „Transkranijinė magnetinė stimuliacija“, variantai „Šviesos terapija“, taip pat kategorijos „Taikytas gydymas“ variantai „Šviesos terapija“, „Transkranijinė magnetinė stimuliacija“, „Medikamentinis“, „Psichologinis konsultavimas“, „Psichosocialinė rehabilitacija“, „Psichoedukacija“.

Statistinės analizės metodai. Duomenys statistiškai apdoroti naudojant „Microsoft Excel“ ir „IBM SPSS Statistics for Windows version 25.0“, programomis. Statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Skaičiuotas aritmetinis vidurkis, standartinis nuokrypis (SN), mediana (toliau *med*), pasitelkta aprašomoji statistika, nparametriniai testai, kokybinės reikšmės vertintos pagal Chi kvadratą, tikslųjį Fišerio testą, šansų santykį, kiekybinėms reikšmės vertinti pasitelktas Vilkoksono rangų testas, koreliacija vertinta pagal Spearman koreliacijos koeficientą.

3. REZULTATAI

3.1 Schizofrenija sergančių pacientų anozognozija ir susiję veiksniai

Atsižvelgiant į Birčvudo įžvalgos skalės rezultatus 25 (47%) tiriamieji turėjo anozognozija, 28 (53%) neturėjo. Nustatyta, kad tiriamieji, kurie manė, jog medikamentinis gydymas jiems yra nereikalingas, 13 kartų dažniau turėjo anozognozija (šansų santykis 13,27 (2,6 – 67,4) $p < 0,001$). Lytis, diagnozė, ilgo veikimo antipsichotikų vartojimas, priverstinis gydymas, taikytas gydymas elektros impulsų terapija, ligoninė, kurioje pacientas gydytas, neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos Birčvudo įžvalgos skalės įverčiui (2 lentelė). Neaptikta statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp Birčvudo įžvalgos skalės rezultato ir amžiaus bei Birčvudo įžvalgos skalės rezultato ir pagrindinio sutrikimo trukmės.

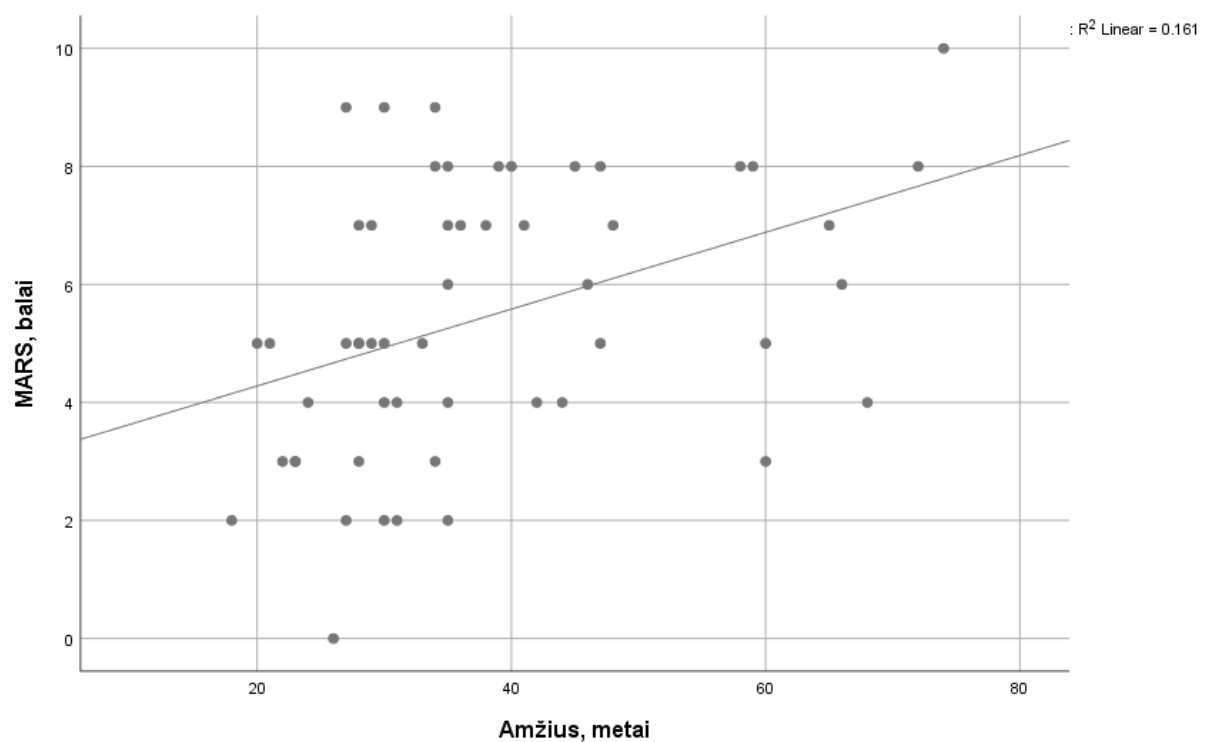
3.2 Schizofrenija sergančių pacientų vaistų vartojimas ir susiję veiksniai

Bendras tiriamųjų MARS skalės vidurkis 5,45 (SN $\pm 2,32$; med 5). 75,5% tiriamųjų surinko ≤ 7 balus pagal MARS skalę. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp tiriamųjų, kurių Birčvudo įžvalgos skalės įvertis teigiamas ir tarp tiriamųjų, kurių Birčvudo įžvalgos skalės įvertis neigiamas MARS skalės rezultato ($p < 0,001$). Tiriamųjų, kurių Birčvudo įžvalgos skalės įvertis teigiamas, MARS vidurkis 6,68 (SN $\pm 1,95$; med 7), o tiriamųjų, kurių Birčvudo įžvalgos skalės įvertis neigiamas, MARS vidurkis 4,36 (SN $\pm 2,08$; med 4). Taip pat nustatyta, kad tiriamieji, kurių Birčvudo įžvalgos skalės įvertis neigiamas, 10,21 kartą (šansų santykis 1,98 – 52,69, $p = 0,004$) dažniau gavo žemą (≤ 7) MARS skalės įvertį.

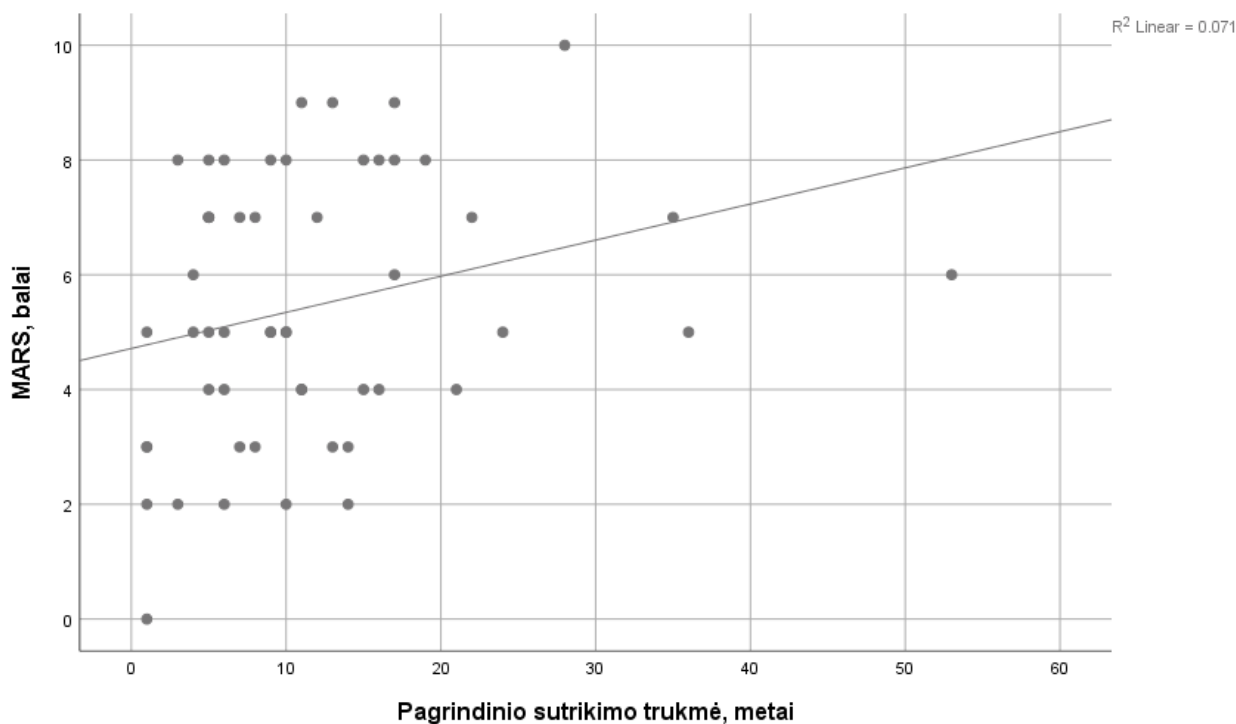
Kitų kategorinių veiksnių įtaka pavaizduota 2 ir 3 lentelėse. Aptikta, kad tiriamieji, manantys, kad šviesos terapija yra reikalingas gydymo metodas, turi žemesnį MARS rezultatą. Nustatyta vidutinio stiprumo koreliacija tarp MARS skalės rezultatų ir tiriamųjų amžiaus, Spearman koeficientas 0,434; $p = 0,002$, 1 paveikslas. Taip pat nustatyta silpna koreliacija tarp MARS skalės rezultatų ir pagrindinio sutrikimo trukmės, Spearman koeficientas 0,302; $p = 0,028$, 2 paveikslas.

2 Lentelė. Birčvudo ir MARS skalių rezultatai pagal nepriklausomus kategorinius kintamuosius.

Priklausomas kintamasis		Birčvudo įžvalgos skalės įvertis		p (Fišerio tikslusis testas)	MARS vidurkis (standartinis nuokrypis; mediana)	p (Vilkinsonso testas)
Nepriklausomas kintamasis		Teigiamas	Neigiamas			
Lytis	Moterys	12	11	0,586	5,70 (±2,46; 5)	0,544
	Vyrai	13	17		5,27 (±2,22; 5)	
Diagnozė	Schizoafektinis sutrikimas	9	9	0,780	5,28 (±2,32; 5)	0,649
	Schizofrenija	16	19		5,54 (±2,34; 5)	
Ilgą veikimo antipsichotikai	Vartoja	13	18	0,413	5,35 (±2,15; 5)	0,789
	Nevartoja	12	10		5,59 (±2,58; 5)	
Priverstinis gydymas	Taikytas	1	4	0,355	4,00 (±2,12; 4)	0,124
	Netaikytas	24	24		5,60 (±2,30; 5)	
EIT	Taikytas	3	5	0,708	5,63 (±2,92; 5,5)	0,870
	Netaikytas	22	23		5,42 (±2,23; 5)	
Ligoninė	RVPL	11	16	0,414	5,30 (±2,13; 5)	0,615
	VMPSc	14	12		5,62 (±2,53; 5,5)	



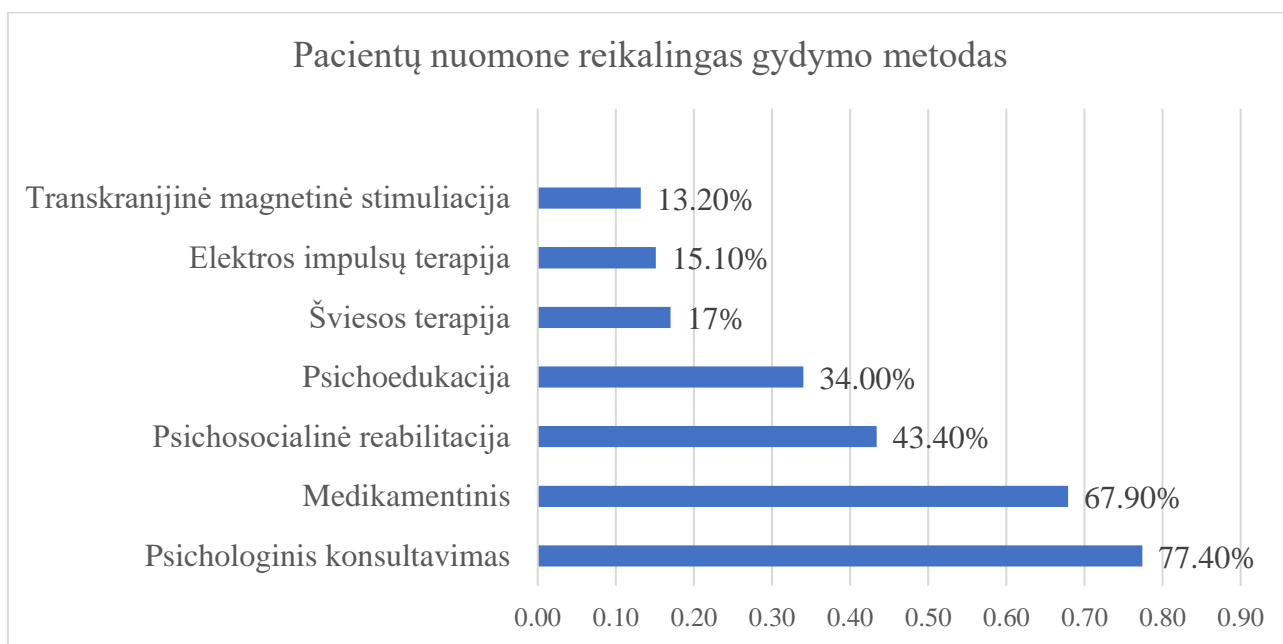
1paveikslas. MARS priklausomybė nuo amžiaus.



2 paveikslas. MARS priklausomybė nuo pagrindinio sutrikimo trukmės.

3.3 Schizofrenija sergančių pacientų manymu reikalingas gydymas

Labiausiai reikalingi gydymo metodai yra psichologinis konsultavimas ir medikamentinis gydymas, žr. 3 paveikslą. 4 (7,5%) tiriamieji nurodė, kad visi gydymo metodai yra nereikalingi, 7 (13,2%) reikalingas tik psichologinis konsultavimas. Tiriamųjų nuomone reikalingų gydymo metodų ir Birčvudo įžvalgos skalės, MARS skalės ryšiai aptarti ankstesniuose skyreliuose (3.1 ir 3.2).



3 paveikslas. Pacientų manymu reikalingų gydymo metodų histograma.

3 Lentelė. Birčvudo išvalgos ir MARS skalių rezultatai pagal tiriamųjų manymu jiems reikalingą gydymą.

Priklausomas kintamasis Nepriklausomas kintamasis		Birčvudo išvalgos skalės įvertis		p (Fišerio tikslusis testas)	MARS vidurkis (standartinis nuokrypis; mediana)	p (Vilko-ksono testas)
		Teigiamas	Neigiamas			
Medikamentinis	Reikia	23	13	<0,001	5,78 (±2,40; 6)	0,110
	Nereikia	2	15		4,76 (±2,02; 5)	
EIT	Reikia	5	3	0,577	6,00 (±2,83; 6,5)	0,870
	Nereikia	20	25		5,36 (±2,24; 5)	
Psichosocialinė rehabilitacija	Reikia	14	9	0,141	5,78 (±2,71; 6)	0,289
	Nereikia	11	19		5,20 (±1,97; 5)	
Psichologinis konsultavimas	Reikia	21	20	0,448	5,27 (±2,24; 5)	0,329
	Nereikia	4	8		6,08 (±2,58; 7)	
Psichoedukacija	Reikia	11	7	0,243	5,28 (±2,68; 5,5)	0,835
	Nereikia	14	21		5,54 (±2,15; 5)	

4. APTARIMAS

Anozognozija. Rezultatai rodo, kad maždaug pusė (47%) Vilniaus psichiatrijos ligoninėse gydomų schizofrenija sergančių pacientų turi anozognoziją, rezultatas atitinka literatūros duomenis (8,20). Požiūris į gydymo reikalingumą yra vienas iš anozognozijos faktorių, todėl nestebina, kad tiriamieji, manę, kad medikamentinis gydymas yra nereikalingas, pasižymėjo anozognozija (26). Kaip ir kituose tyrimuose, nenustatėme lyties, konkrečios diagnozės įtakos anozognozijai (6,48). Viena iš ilgo veikimo antipsichotinių vaistų skyrimo indikacijų yra prasta pacientų išvalga savo ligai, pagal gautus rezultatus, pacientų, vartojančių ir nevartojančių ilgo veikimo vaistus anozognozijos pasiskirstymas nesiskyrė (49).

Vaistų vartojimas. Gauti prasti vaistų vartojimo režimo laikymosi rezultatai, pagal juos 75,5% Vilniaus psichiatrijos ligoninėse gydomų schizofrenija sergančių pacientų nepakankamai laikosi vaistų vartojimo grafiko. Šis rezultatas patenka į literatūroje nurodytą intervalą (20% – 89%) ir patenka prie aukščiausių vaistų nevartojimo rodiklių (38). Tyrime anozognozija buvo vienas iš svarbiausių veiksnių, turinčių įtaką vaistų vartojimui, kaip ir kituose tyrimuose dauguma kitų tirtų veiksnių, tokių kaip lytis, diagnozė, taikytas gydymas įtakos neturėjo (7,39).

Gautą vidutinio stiprumo tiriamųjų amžiaus ir geresnio vaistų vartojimo koreliaciją sunku vertinti kitų mokslinių tyrimų kontekste, kadangi jų duomenys yra prieštaringi – vieni nustatė,

kad jauno amžiaus pacientai prasčiau vartoja vaistus, kas atitiktų šio tyrimo radinį, bet yra tyrimų nustačiusių prastesnį vyresnio amžiaus pacientų vaistų vartojimą (39). Nepavyko rasti tyrimų, analizuojančių psichikos sutrikimo trukmės ryšio su vaistų vartojimu.

Įdomu, kad tiriamųjų, vartojančių ilgo veikimo antipsichotinius vaistus ir jų nevartojančių, vaistų vartojimo rezultatai sutapo, nors įprastai ilgo veikimo vaistai skiriami pacientams, kurie labiau tikėtina, jog gydymo režimo nesilaikys. Galimai ne visi pacientai, kuriems indikuotina dėl tikėtino vaistų vartojimo grafiko nesilaikymo skirti ilgo veikimo antipsichotinius vaistus, juos gauna arba tokio gydymo atsisako.

Paradoksalu, kad pacientai, kurie manė, kad medikamentinis gydymas yra reikalingas ir kurie manė priešingai, surinko reikšmingai nesiskiriančią Vaistų vartojimo skalės balą. Galimai atlikus tyrimą su didesne imtimi, statistinis patikimumas būtų gautas, nes jau šiame tyrime MARS mediana skiriasi 1 balu, p reikšmė yra artima statistiškai reikšmingai. Atliekant tyrimą stebino dalies tiriamųjų nenuoseklūs atsakymai, aukšti (>7) MARS skalės rezultatai ir tuo pačiu gydymo reikalingumo neigimas, anozognozijos buvimas. Galimai dalis pacientų į klausimus apie vaistų vartojimą atsakė nesąžiningai dėl įtarumo, baimės, kad tai atsilieps jų gydymui, nepasitikėjimo tyrimo anonimiškumu.

Požiūris į gydymo metodus. Susirūpinimą kelia gauti rezultatai dėl požiūrio į gydymą – 67,9% pacientų manė, kad medikamentinis gydymas yra reikalingas, atitinkamai beveik trečdalis, 32,1%, manė, kad nereikalingas, tuo tarpu 7,5% manė, kad joks gydymas nereikalingas. Manusių, kad medikamentinis gydymas reikalingas ir manusių, kad nereikalingas MARS vidurkis skyrėsi 1,02 balo, tiesa, nepasiekė statistinio reikšmingumo lygmens, $p=0.110$. Turint omenyje medikamentinio gydymo svarbą schizofrenija sergantiems pacientams, būtina atkreipti dėmesį ir ieškoti būdų gerinti požiūrį į medikamentinį gydymą (37).

Iš kitų gydymo metodų išsiskyrė pozityvus požiūris į psichologinį konsultavimą, 77,4% manė, kad toks gydymo metodas yra reikalingas. Pažymėtina, kad 13,2% pacientų psichologinį konsultavimą pažymėjo kaip vienintelį reikalingą gydymo metodą. Nors psichologinis konsultavimas ir užima reikšmingą vietą gydant schizofrenija sergančius pacientus, be medikamentinio gydymo yra nepakankamas (37,50). Galimai pacientai psichologinį konsultavimą laiko mažiausiai invazyviu gydymo metodu, sieja jį su lengvesnių psichikos sutrikimų gydymu. Galbūt aukštas pasitikėjimo psichologais lygis galėtų būti išnaudotas gerinant pacientų požiūrį į kitus gydymo metodus taikant psichoedukaciją.

Atliekant tyrimą nemaža dalis pacientų nežinojo apie tokius gydymo metodus kaip psichosocialinė rehabilitacija, psichoedukacija, šviesos terapija, transkranijinė magnetinė stimuliacija. Natūralu, kad pacientams galėjo trūkti žinių apie biologinius gydymo metodus, nes daugumai jie neindikuotini, bet nežinojimas, kas yra psichoedukacija ir psichosocialinė rehabilitacija kelia rūpestį,

kadangi abu šie gydymo metodai yra svarbūs gydant schizofrenija sergančius pacientus ir indikuotini didžiajai daliai pacientų (50). Įvairiapusė medicininė pagalba yra svarbi siekiant gerinti pacientų gyvenimo kokybę, prognozę, įsiliejimą į sociumą.

Tyrimo trūkumai. Didesnė imtis galimai būtų suteikusi daugiau informacijos apie atskirų veiksnių įtaką anozognozijai ir vaistų vartojimui, rezultatai būtų labiau statistiškai patikimi. Dėl Covid – 19 pandemijos apribojimų, kartotinių psichiatrijos skyrių izoliavimų duomenų rinkimas buvo apsunkintas. Tirti tik ligoninėse gydomi schizofrenija sergantys pacientai, todėl negalima įvertinti ambulatoriškai gydomų pacientų rezultatų ir palyginti su stacionariai gydomais pacientais. Atkreiptinas dėmesys į tyrime atsisakiusius dalyvauti pacientus, atsisakymo motyvai galimai susiję su nepasitikėjimu gydytojais, gydymu, savo sutrikimo neigimu, o tai pagal literatūros šaltinius yra būdinga anozognozija turintiems pacientams (27).

5. IŠVADOS

1. Paradoksalu, kad 47% schizofrenija sergančių pacientų pasireiškė anozognozija, tačiau tik 32,1% manė, jog medikamentinis gydymas yra nereikalingas ir tik 7,5% manė, kad joks gydymas nereikalingas.
2. Pacientai, kurie manė, kad medikamentinis gydymas yra nereikalingas, 13 kartų dažniau turėjo anozognozija.
3. Iš 75,5% schizofrenija sergančių pacientų nepakankamai besilaikančių vaistų vartojimo grafiko, turintieji anozognozija, 10 kartų dažniau nepakankamai laikėsi vaistų vartojimo grafiko.
4. Tyrimo hipotezė pasitvirtino iš dalies, aptiktas aiškus ryšys tarp vaistų vartojimo režimo nesilaikymo ir anozognozijos pasireiškimo, nustatyta, kad anozognozija turintys pacientai dažniau vengia medikamentinio gydymo, tačiau nenustatyta, kad vengtų kitų gydymo metodų.
5. Aptiktas su vaistų vartojimu susijęs veiksny amžius. Nustatyta, kad jaunesnio amžiaus schizofrenija sergantys pacientai prasčiau vartoja vaistus.

6. PASIŪLYMAI

1. Pratęsti tyrimą įtraukiant daugiau schizofrenija sergančių pacientų, įtraukti ambulatoriškai gydomus pacientus, kituose Lietuvos miestuose gydomus pacientus.
2. Atlikti kohortos tyrimą siekiant įvertinti schizofrenija sergančių pacientų anozognozijos ir vaistų vartojimo dinamiką, susijusius veiksnius.
3. Klinikinėje praktikoje atkreipti dėmesį į pacientus, kuriems įtariama anozognozija, didesnę tikimybę, kad tokie pacientai prasčiau vartos vaistus, taikyti psichoeducaciją.
4. Atkreipti dėmesį į didelį neigiamo požiūrio į gydymą paplitimą tarp schizofrenija sergančių pacientų, gerinti požiūrį į gydymą.
5. Pacientų, kuriems įtariama anozognozija, diagnostikai taikyti Birčvudo įžvalgos skalę.
6. Reguliariai sekti pacientų vaistų vartojimą, esant įtarimų taikyti Vaistų vartojimo vertinimo skalę, nustatčius prastą vaistų vartojimą, atitinkamai reaguoti, atsižvelgti į paciento būklę, poreikius, taikyti psichoeducaciją.
7. Atsižvelgiant į anozognozijos paplitimą ir aukštą vaistų vartojimo grafiko nesilaikymo dažnį dažniau skirti ilgo veikimo antipsichozinius vaistus.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. World Health Organization, editor. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992. 362 p.
2. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. Ropper AH, editor. N Engl J Med. 2019 Oct 31;381(18):1753–61.
3. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. The Lancet. 2022 Jan;399(10323):473–86.
4. Lu L, Dong M, Zhang L, Zhu XM, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a meta-analysis of observational studies. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e39.
5. Smart SE, Kępińska AP, Murray RM, MacCabe JH. Predictors of treatment resistant schizophrenia: a systematic review of prospective observational studies. Psychol Med. 2021 Jan;51(1):44–53.
6. Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. Neuropharmacology. 2020 May;168:107634.

7. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015 Jan;225(1–2):14–30.
8. Li W, Zhang HH, Wang Y, Zhang L, Ungvari GS, Cheung T, et al. Poor Insight in Schizophrenia Patients in China: a Meta-Analysis of Observational Studies. *Psychiatr Q.* 2020 Dec;91(4):1017–31.
9. Carrà G, Crocamo C, Angermeyer M, Brugha T, Toumi M, Bebbington P. Positive and negative symptoms in schizophrenia: A longitudinal analysis using latent variable structural equation modelling. *Schizophr Res.* 2019 Feb;204:58–64.
10. Martínez AL, Brea J, Rico S, de los Frailes MT, Loza MI. Cognitive Deficit in Schizophrenia: From Etiology to Novel Treatments. *Int J Mol Sci.* 2021 Sep 14;22(18):9905.
11. Bora E. Peripheral inflammatory and neurotrophic biomarkers of cognitive impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2019 Sep;49(12):1971–9.
12. Keefe RSE, Fenton WS. How Should DSM-V Criteria for Schizophrenia Include Cognitive Impairment? *Schizophr Bull.* 2007 Mar 15;33(4):912–20.
13. Kahn RS. On the Origins of Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2020 Apr 1;177(4):291–7.
14. Snyder MA, Gao WJ. NMDA hypofunction as a convergence point for progression and symptoms of schizophrenia. *Front Cell Neurosci*
15. Havelka D, Prikrylova-Kucerova H, Prikryl R, Ceskova E. Cognitive impairment and cortisol levels in first-episode schizophrenia patients. *Stress.* 2016 Jul 3;19(4):383–9.
16. Montalvo I, Gutiérrez-Zotes A, Creus M, Monseny R, Ortega L, Franch J, et al. Increased Prolactin Levels Are Associated with Impaired Processing Speed in Subjects with Early Psychosis. Najbauer J, editor. *PLoS ONE.* 2014 Feb 24;9(2):e89428.
17. Stepnicki P, Kondej M, Kaczor AA. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules.* 2018 Aug 20;23(8):2087.
18. Gainotti G. History of Anosognosia. In: Bogousslavsky J, Boller F, Iwata M, editors. *Frontiers of Neurology and Neuroscience S.* Karger AG; 2019 p. 75–82
19. Langer KG, Levine DN. Babinski, J. (1914). Contribution to the Study of the Mental Disorders in Hemiplegia of Organic Cerebral Origin (Anosognosia). Translated by K.G. Langer & D.N. Levine. *Cortex.* 2014 Dec;61:5–8.
20. Pia L, Tamietto M. Unawareness in schizophrenia: Neuropsychological and neuroanatomical findings. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Oct;60(5):531–7.
21. Landi P, Marazziti D, Rutigliano G, Dell’Osso L. Insight in Psychiatry and Neurology: State of the Art, and Hypotheses. *Harv Rev Psychiatry.* 2016 May;24(3):214–28.
22. Little JD. In schizophrenia, are lack of capacity and lack of insight more usefully understood as anosognosia? *Australas Psychiatry.* 2021 Jun;29(3):346–8.

23. Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2014 Jan;152(1):191–200.
24. Van Camp LSC, Sabbe BGC, Oldenburg JFE. Cognitive insight: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2017 Jul;55:12–24.
25. Pijnenborg GHM, Larabi DI, Xu P, Hasson-Ohayon I, de Vos AE, Ćurčić-Blake B, et al. Brain areas associated with clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020 Sep;116:301–36.
26. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Jan;89(1):62–7.
27. Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2019 Mar 7;45(2):277–83.
28. Kruck CL, Flashman LA, Roth RM, Koven NS, McAllister TW, Saykin AJ. Lack of relationship between psychological denial and unawareness of illness in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2009 Aug;169(1):33–8.
29. Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother.* 2016 Oct 2;16(10):1193–204.
30. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991 Jan 1;17(1):113–32.
31. Xavier RM, Vorderstrasse A, Keefe RSE, Dungan JR. Genetic correlates of insight in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018 May;195:290–7.
32. Spencer BWJ, Shields G, Gergel T, Hotopf M, Owen GS. Diversity or disarray? A systematic review of decision-making capacity for treatment and research in schizophrenia and other non-affective psychoses. *Psychol Med.* 2017 Aug;47(11):1906–22.
33. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, Urbán R. The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020 Dec;34(6):449–57.
34. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophr Bull.* 2006 Oct 27;33(6):1324–42.
35. Hasan A, Falkai P, Lehmann I, Gaebel W. Schizophrenia. *Dtsch Arztebl Int* 2020 Jun
36. Köhler-Forsberg O, Sørensen HJ, Benros ME, Petersen L, Gasse C. Association between prior somatic disease and 5-year relapse risk among 11,856 incident patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2019 Jun;59:1–7.
37. Curto M, Fazio F, Ulivieri M, Navari S, Lionetto L, Baldessarini RJ. Improving adherence to pharmacological treatment for schizophrenia: a systematic assessment. *Expert Opin Pharmacother.* 2021 Jun 13;22(9):1143–55.

38. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med.* 2016 Feb;51(2):211–9.
39. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2020 Dec;9(1):17.
40. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Hert MD. factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a © The Author(s), 2013. Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol.* :19.
41. Czobor P, Van Dorn RA, Citrome L, Kahn RS, Fleischhacker WW, Volavka J. Treatment adherence in schizophrenia: A patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2015 Aug;25(8):1158–66.
42. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* 2011 Jun 15
43. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty J. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence.* 2017 Mar;Volume 11:449–68.
44. Tsai J, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry Res.* 2013 Nov;210(1):16–20.
45. Dieset I, Andreassen OA, Haukvik UK. Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life Span. *Schizophr Bull.* 2016 Nov;42(6):1316–9.
46. Cleary SD, Bhatti S, Broussard B, Cristofaro SL, Wan CR, Compton MT. Measuring insight through patient self-report: An in-depth analysis of the factor structure of the Birchwood Insight Scale. *Psychiatry Res.* 2014 May;216(2):263–8.
47. Thompson K. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses k. *Schizophr Res.* 2000;7.
48. Pijnenborg GHM, van Donkersgoed RJM, David AS, Aleman A. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2013 Mar;144(1–3):109–17.
49. de Filippis R, De Fazio P, Gaetano R, Steardo L, Cedro C, Bruno A, et al. Current and emerging long-acting antipsychotics for the treatment of schizophrenia. *Expert Opin Drug Saf.* 2021 Jul 3;20(7):771–90.
50. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2021 Nov;8(11):969–80.

8. PRIEDAI

8.1 Priedas Nr. 1

Birčvudo įžvalgos skalė

	Visiškai sutinku	Sutinku	Abejoju	Nesutinku	Visiškai nesutinku
1. Kai kuriuos simptomus sukėlė mano psichika					
2. Aš esu psichiškai sveikas					
3. Man nereikia vaistų					
4. Gydymas ligoninėje man yra nereikalingas					
5. Gydytojas yra teisingas išrašydamas man vaistus					
6. Man nereikia gydytojo ar psichiatro priežiūros					
7. Jei kažkas pasakytų, jog aš turiu nervinį ar psichikos sutrikimą, jis būtų teisingas					
8. Iš neįprastų dalykų, kuriuos man teko patirti, nei vienas yra dėl sutrikimo/ligos					

Taip

Ne

VAISTŲ VARTOJIMO VERTINIMO SKALĖS REZULTATŲ ĮVERTINIMAS

Vaistų vartojimo vertinimo skalės klausimai atspindi elgseną, susijusią su vaistų vartojimo grafiko laikymusi (1–4 klausimai), požiūrį į vaistų vartojimą (5–8 klausimai) ir neigiamą šalutinį poveikį, taip pat požiūrį į vaistus nuo psichozės (9–10 klausimai).

Atsakymas „Ne“ į 1–6 ir 9–10 klausimus vertinamas 1 balu, atsakymas „Taip“ – 0 balų.

Atsakymas „Taip“ į 7–8 klausimus vertinamas 1 balu, atsakymas „Ne“ – 0 balų.

Kuo vaistų vartojimas įvertinamas daugiau balų, tuo geresnis požiūris ir elgsena, susijusi su vaistų vartojimo grafiko laikymusi.