

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**Типология отношения семьи к терапии
психотропными препаратами**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2011

Аннотация

Предлагаемые методические рекомендации представляют собой перечень утверждений в виде структурированного интервью для близкого окружения психически больных для выявления отношения членов семьи и/или референтных лиц к проводимому медикаментозному лечению. Тип отношения к медикаментозному лечению устанавливается на основании конкретных поведенческих проявлений близкого окружения, которые зафиксированы в перечне утверждений, включенных в структурированное интервью, а их надежность подтверждается отдельным аналогичным структурированным интервью с больным. Ответы позволяют врачу-психиатру произвести качественную оценку того или иного типа отношения к лечению психотропными средствами и выбрать сфокусированную стратегию коррекции для каждого из неконструктивных типов, что способствует оптимизации терапии комплайенса.

Методические рекомендации предназначены для использования врачами-психиатрами в клинической практике и при проведении научных исследований.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Заявители: к.м.н. Н.Б. Лутова, м.н.с. О.В. Макаревич,

Рецензенты: д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской Академии последипломного образования Т.В. Решетова.
Заведующий кафедрой сексологии Санкт-Петербургской Академии последипломного образования д.м.н., профессор Б.Е. Алексеев.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011

Введение

Начиная с работ Э. Эскориоля (1838) семья больного стала для ученых, занимающихся изучением шизофрении, фокусом исследования. На основании разнообразных теоретических представлений и методологических подходов рядом авторов были установлены многочисленные особенности семей больных шизофренией. В литературе приводятся данные об их коммуникативных особенностях, своеобразии распределения власти, наличии затянувшейся симбиотической связи и эротизированных отношений «родитель–ребенок». Отечественные ученые также активно исследовали семьи психически больных: была создана типология семей больных шизофренией, изучены особенности взаимодействия в семьях больных психозами, их ролевые ожидания, соотношение эмоциональных и когнитивных процессов. Ценность полученных данных представляется несомненной как для формирования более целостного представления об эндогенных психозах, так и для создания предпосылок для проведения более эффективной психокоррекционной помощи семьям психически больных. Однако порой эти данные трактуются частью общества с обвинительных позиций по отношению к родственникам людей с психическими расстройствами, что содействует усилению стигмы, усугубляет изоляцию семьи с психически больным и, наконец, увеличивает пессимистический настрой близких и дистресс, испытываемый ими.

Известно, что в разных культурах, странах и социальных группах вероятность проживания психически больных людей со своей семьей значительно разнится. Например, в Италии до 70% пациентов проживают в семьях, а в США эти данные варьируют: так, у коренных американцев эта цифра составляет всего 17%, в то время как в латиноамериканских семьях она достигает 85%. В России процент пациентов с шизофренией, проживающих в семьях, достигает 80–85%.

При этом факт проживания больного в семье имеет свои положительные стороны, но одновременно рождает немало проблем. Проживание в семье, при адекватном ее отношении, дает пациентам огромный ряд преимуществ, обеспечивая социальную и финансовую поддержку, защиту от изоляции, бездомности и стрессовых жизненных ситуаций. Но в то же время реакция семьи на болезнь и ее лечение бывает разнообразной и неоднозначной. Прежде всего это обусловлено тем, что хроническое заболевание

носит межличностный, социальный и культуральный характер, а не представляет собой явление, касающееся только одного пациента. Это усугубляется тем, что появление в семье столь тяжелого и высокостигматизированного заболевания, как шизофрения, ведет к выраженному нарушению существующего гомеостаза семейной системы (ролей, границ, ожиданий, желаний и надежд), что обусловлено двумя обстоятельствами. Во-первых, тем, что в результате течения болезни пациент становится неспособным к созданию и сохранению семьи, а также к полноценному функционированию в ней. Во-вторых, нередко отрицательная реакция семьи на наличие заболевания, агрессивная позиция в адрес назначаемой терапии провоцируют более частые обострения болезни (за счет как неблагоприятной психологической обстановки, так и более частых нарушений в режиме приема лекарственной терапии), что ведет к углублению дефектов и еще большей дезадаптации пациента.

Известно, что появление в семье психически больного связано с ростом нагрузки и напряжения на других членов семьи. Исследования позволили более точно представить структуру трудностей, с которыми сталкивается семья, и выделить объективные и субъективные проблемы. Объективные включают в себя возросшие расходы, увеличение нагрузки на здоровых членов семьи, нарушение ритма и распорядка жизни. Субъективные трудности заключаются в растерянности близких из-за беспомощности больного, что вызывает у них замешательство в связи с непредсказуемостью его поведения, беспокойство за будущее пациента, а также эмоциональные реакции в виде страха, вины, депрессии и гнева. Часть родственников, при совместном проживании с больным, начинают чувствовать себя тяжело обремененными, несчастными и, как показали недавние исследования, чаще страдают соматическими и инфекционными заболеваниями. И внутри семьи происходит значительное изменение ее структуры и взаимоотношений между членами, обусловленное тем, что близкие в большей степени концентрируются на проблемах больного. Таким образом, образуются различные подгруппы по степени вовлеченности в опеку над заболевшим. Часть родственников берет на себя основную заботу о больном, включаясь в вопросы лечения и контактов с медицинскими и социальными учреждениями. Фактически эти члены семьи становятся связующим звеном между больным и окружающим миром, зачастую жертвуя личной жизнью и собственными интересами. Вторая группа представлена теми, кто в мень-

шей степени задействован в повседневной заботе о больном, но при этом остается в достаточно тесной эмоциональной взаимосвязи с пациентом. Изменение состояния больного часто рассматривается ими как угроза для их привычного образа жизни. Третью группу составляет близкое окружение, знающее о наличии заболевания и проблемах, связанных с ним, однако не имеющее с пациентом постоянного контакта. Эта подгруппа достаточно часто является источником критики в адрес основного опекуна.

Исследования показали, что, переживая появление в семье психически больного, различные семьи демонстрируют разную динамику. В одних семьях этот факт усиливает «деструктивность», приводя к ухудшению обстановки, снижению стабильности и нарастанию факторов, усугубляющих расстройство; в других — приводит к мобилизации семьи, усилению ее стабильности, снижению конфликтности, что позволяет легче справляться с выполнением задач, связанных с опекой над больным. Но в любом случае перед семьей встает необходимость решения целого ряда проблем: понимания больного и установления адекватного уровня требований к нему, выстраивания отношений с заболевшим родственником и с социальным окружением, в том числе и с медицинскими учреждениями.

Процесс формирования лечебных взаимоотношений семьи и врача, как правило, является длительным и сложным, обусловленным рядом факторов. Прежде всего, это разница в представлениях семьи и врача о сути заболевания, его течении, возможностях терапии и прогнозе. Не имея реальных знаний, семья, стремясь заполнить пробел, зачастую формирует искаженное представление как о самом заболевании, так и о возможностях терапии, как переоценивая возможности медикаментозного лечения, так и обесценивая его. Исследование психологии фармакотерапии показало различное видение динамики состояния пациента при приеме лекарства врачом и родственниками больного, что позволило сделать вывод о необходимости учитывать отношение к фармакотерапии близкого окружения больного. Семья не только способна контролировать эмоции больного, но и влияет на личностные влечения, поощряя одни и препятствуя другим. В свою очередь, индивид отдает предпочтение тем особенностям семейного опыта, которые согласуются с его личностными влечениями и направлены с ними. Кроме того, нельзя недоучитывать тот факт, что семьи зачастую проявляют высокую критичность к медицинскому обслуживанию и врачам-психиатрам, будучи неудовлетво-

ренными как практическими советами и уровнем эмоциональной поддержки, так и результатами терапии.

Анализ обширных литературных данных показывает, что большинство работ, изучающих семьи пациентов, страдающих шизофренией, направлены на рассмотрение таких аспектов, как их коммуникативные особенности, структура взаимоотношений, их адаптация, реакции семьи на поведение больного. При этом аспект отношения членов семьи и/или референтных лиц к проводимому медикаментозному лечению остается недостаточно исследованным. Кроме того, отсутствуют инструменты для изучения отношения членов семьи к назначению медикаментозной терапии у психически больных. Между тем быстрая и отчетливая квалификация типа отношения членов семьи и/или референтных лиц к медикаментозному лечению больного шизофренией позволяет провести сфокусированную коррекцию неконструктивных типов отношений, что способствует поддержанию комплаентности этого контингента больных. Представленные методические рекомендации предназначены для выявления того или иного типа отношения близкого окружения психически больных к лекарственному лечению и в отечественной литературе не имеют аналогов.

Показания к использованию метода

Диагностика типа реакции членов семьи и референтных лиц на назначение лекарственной терапии показана во всех случаях проведения медикаментозного лечения в психиатрическом здравоохранении.

Противопоказания к использованию метода

К проведению обследования по данной методике противопоказаний нет.

Материально-техническое оснащение метода

Проведение технологии не требует специального оборудования и аппаратуры.

Описание метода

Основным методом являются структурированные интервью с членами семьи и/или референтными лицами из окружения

больного и с пациентами. Структурированное интервью проводится врачом-психиатром отдельно с лицом из близкого окружения и с больным.

Такой подход обеспечивает повышение точности полученных данных, поскольку вопросы интервью и возможные варианты ответов фиксируют конкретные поведенческие проявления, а не различные мнения членов семьи или пациента. Кроме того, совпадения оценок больных и лиц близкого окружения отражают чувствительность инструмента.

При проведении неструктурированных интервью родственников пациентов и самих больных, в ходе которых прояснялись вопросы вовлеченности лиц из близкого окружения в уход за больным, их представления о характере, проявлениях и сути заболевания, ожидания от лечения и представления о методах терапии и получаемых больным лекарственных препаратах, были выделены и отфильтрованы темы, которые в свою очередь определили содержание перечня утверждений, вошедших в структурированное интервью, отражающее типологию отношения к психотропным препаратам. Интервью представляет собой перечень из 12 высказываний для родных и близких и 11 — для пациента, отражающих различные варианты поведения. Ответы включают в себе качественную оценку тех или иных поведенческих проявлений относительно лекарственной терапии. Надежная фиксация принадлежности к определенному типу отношения возможна в том случае, когда варианты ответов, соответствующие одинаковой кодировке, повторяются 7 и более раз. В иных случаях фиксируются смешанные варианты отношения, что требует более тщательного прояснения и что надо учитывать при проведении их коррекции.

Врач-психиатр инструктирует интервьюируемого о том, что на каждое предложенное утверждение он/она может выбрать один из приведенных вариантов ответов, который соответствует его варианту поведения (Приложение 1). Кроме того, интервьюируемый может дать собственный развернутый вариант свойственного ему/ей поведения, и этот вариант ответа на основании экспертного мнения врача может быть отнесен к какому-либо типу отношения.

С пациентом отдельно проводится структурированное интервью с аналогичным инструктажем (Приложение 2).

Фиксированные утверждения и приведенные варианты возможного поведения лиц близкого окружения имеют отчетли-

вые содержательные различия, отражающие 4 возможных варианта отношения родственников к медикаментозному лечению: враждебный, манипулирующий, отстраненный и поддерживающий.

«Враждебный тип» (данному типу присвоена кодировка 1 в приложениях 1 и 2) — на поведенческом уровне проявляется в возложении ответственности за любые нежелательные явления (не устраивающее родных поведение больного, его психопатологические симптомы и психологические проблемы) на применяемые лекарственные средства. Родственники прямо обесценивают, препятствуют либо способствуют прерыванию лекарственной терапии. Психодинамической основой данного типа отношения является неосознаваемое чувство вины за переданную «плохую генетику» и скрытый страх собственной стигматизации.

Коррекция здесь должна быть направлена на повышение информированности относительно возможностей и границ психотерапии, негативных последствий отсутствия терапии, а также на проработку чувства вины, переживаемого родственником.

«Отстраненный тип» (данному типу присвоена кодировка 2 в приложениях 1 и 2) — манифестно отражает «уход» родственников от проблем, связанных с проведением медикаментозного лечения. Родственники не оценивают действия лекарства ни положительно, ни отрицательно. В этом случае вся ответственность (контакты с врачом, приобретение лекарств, регулярность их приема) возлагается на самого больного или врача. Психодинамика подобного поведения обусловлена уходом от ответственности, который фундирован неосознаваемыми чувствами вины и малоценности, защитой от которых становится отрицание, а в качестве копинг-стратегии используется бегство от ситуации.

Корректирующими приемами данного типа отношения являются информирование родственников относительно сути, течения и возможного прогноза заболевания, о возможностях психотерапии, а также о возможностях функционирования пациента и фокусировка на неосознании собственной ответственности.

«Манипулирующий тип» (данному типу присвоена кодировка 3 в приложениях 1 и 2) — на манифестно-поведенческом уровне проявляется в том, что, устраняясь от ответственности, родственники возлагают ее на лекарства и/или врача, излишне расширяя границы возможностей лекарственных средств, пытаются с их помощью устранить любые противоречия и напряженные си-

туации, возникающие между ними и больным, и относят любые психологические проблемы к манифестации болезненных симптомов. Психодинамическая основа такого поведения обусловлена паникой и чувством вины с сохраняющимся осознанием какой-то своей причастности и необходимости действия, которое чревато ответственностью. Защита от этих чувств имеет своим следствием перемещение ответственности на врача, чему способствует превращение личностной проблематики в симптомы, за снятие которых ответствен врач. В случаях наличия симбиотической связи между больным и кем-то из членов семьи манипулирующий тип может иметь дополнительную неосознаваемую выгоду — фиксацию симбиоза. В данном случае может иметь место соперничество с врачом.

При работе с этим типом перспективными фокусами коррекции являются информирование о границах возможностей психотерапии и прояснение собственных неосознанных манипуляций и их последствий.

«Поддерживающий тип» (данному типу присвоена кодировка 4 в приложениях 1 и 2) на манифестно-поведенческом уровне отражает положительную оценку родными действия лекарств в отношении уменьшения проявлений психопатологической симптоматики, понимание необходимости приема медикаментов и оказание поддержки в их приобретении, а также деликатный контроль за приемом лекарственных средств, заинтересованность в поддержании контакта с лечащим врачом-психиатром, готовность в сотрудничестве с ним содействовать решению личностной проблематики больного. Подобное поведение близких интегрируется в общую стратегию лекарственной терапии. Психодинамически — это осознанное понимание собственной роли и принятие ответственности за благополучие больного. Данный тип не требует коррекции.

Благодаря тому, что операционализация данных типов отношения к медикаментозному лечению опирается на три параметра (родственник — врач — лекарство), становится возможным их надежное отграничение друг от друга.

Такой подход дает врачу-психиатру способ оценки типа отношения близкого окружения к терапии психотропными средствами и стратегию способа коррекции каждого из неконструктивных типов, выводя на сфокусированную терапию комплайенса.

Таблица 1

Алгоритм операционализации поведенческой и психодинамической составляющих близкого окружения в зависимости от типа отношения к фармакотерапии

Тип отношения	Поведенческая составляющая			Психодинамическая составляющая		
	Родственник	Врач	Лекарство	Родственник	Врач	Лекарство
1	+	-	-	+	-	-
2	-	-	-	-	-	-
3	-	+	+	+	-	+
4	+	+	+	+	+	+

Возможные осложнения при проведении технологии и способы их устранения.

При проведении данной технологии какие-либо осложнения исключены.

Эффективность использования технологии

С помощью представленного структурированного интервью в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НИПНИ им. В.М. Бехтерева обследовано 63 семьи (всего 126 человек). Среди родственников обследовано 53 женщины и 10 мужчин, средний возраст $58,1 \pm 4,0$ года. Из них 46 человек — родители пациентов и 17 — супруг или супруга. Также структурированное интервью было проведено отдельно с пациентами. Из 63 пациентов обследованы 44 женщины и 19 мужчин. Средний возраст больных составил $32,4 \pm 1,2$ года. Все обследованные пациенты имели диагноз «Шизофрения» (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10) и получали терапию психотропными препаратами. Средняя продолжительность заболевания составила 8 лет, среднее количество обострений — 4 и средняя продолжительность текущей госпитализации — 2,5 месяца.

Анализ полученных данных позволил выявить типы отношения к терапии психотропными средствами родственников пациентов, представленные в табл. 2.

Таблица 2

Типология отношения родственников к медикаментозной терапии (данные структурированных интервью родственников и больных)

Типы отношения семьи	Родственники (63 чел.)	Пациенты (63 чел.)
I тип (враждебный)	9%	7%
II тип (отстранённый)	29%	31%
III тип (манипулирующий)	33%	29%
IV тип (поддерживающий)	29%	33%

Разница между тем, как оценивают отношение к терапии родственников сами пациенты, и данными, полученными в результате опроса близкого окружения, не превышает 4%, что подтверждает чувствительность инструмента и высокую распознаваемость типов отношения семьи к медикации. Корреляционные взаимосвязи между оценками, полученными от членов семьи и самих больных шизофренией, оказались достаточно высоки. Для враждебного типа корреляционная взаимосвязь составила .467, $p \leq 0,001$; для манипулирующего .215, при $p \leq 0,015$; для отстраненного .345, $p \leq 0,02$; для поддерживающего типа .536, $p \leq 0,002$.

Сравнение данных, полученных в результате интервью с членами семьи и с пациентами, подтверждает пригодность разработанной методики для решения поставленных задач по определению типа реакции семьи на проводимую терапию психотропными препаратами.

Приложение 1

Перечень утверждений структурированного интервью для родственников

Кодировка:

- 1 – враждебный тип отношения
- 2 –отстранённый тип отношения
- 3 – манипулирующий тип отношения
- 4 –поддерживающий тип отношения
- 5 – другой ответ

1. Мне кажется, что ни усилия врачей, ни наша поддержка не дадут никаких результатов.

- 1. да
- 2. бог знает, как пойдет лечение
- 3. врачи могут помочь, а от нас ничего не зависит
- 4. от нашего участия многое может зависеть
- 5. другой ответ

2. Если больной хочет моей поддержки, он должен меня слушаться.

- 1. прежде всего он должен отказаться от приема лекарств
- 2. я не хотел бы навязывать ему свою волю
- 3. в первую очередь надо выполнять назначения врача
- 4. да
- 5. другой ответ

3. Если мне не нравится поведение больного, я могу настоять на дополнительном приеме лекарств, угрожая вызовом «скорой помощи» или требованием срочного посещения врача.

- 1. больной должен, не прибегая к лекарствам, вести себя так, как я считаю правильным,
- 2. пусть ведет себя как хочет, он сам отвечает за свое поведение

3. да
4. я буду стараться разобраться в причинах его поведения и уговорить его принять лекарство или обратиться к врачу
5. другой ответ

4. Если состояние больного вызывает у меня опасения, я помогу ему связаться с врачом.

1. я посоветую больному обойтись своими силами, не обращаясь к врачу
2. я буду надеяться на благоприятный ход событий, не обязательно принимать какие-то меры
3. я буду настаивать, чтобы он сам обратился к врачу
4. я постараюсь успокоить его и помогу связаться с врачом
5. другой ответ

5. Больному, принимающему лекарства, нельзя вести активный образ жизни.

1. активный образ жизни полезен, надо только не принимать лекарства
2. не надо вмешиваться, это его личное дело
3. доктор должен решать, какой образ жизни вести
4. больному надо помочь активировать образ жизни по мере возможности при соблюдении лекарственного режима
5. другой ответ

6. Когда больной испытывает побочное действие лекарства, я всегда обращаю его внимание на то, как это плохо выглядит со стороны.

1. да
2. я стараюсь не обращать на это внимание
3. я стараюсь его жалобы на побочные действия адресовать врачу
4. я стараюсь убедить его, что это не так уж заметно со стороны
5. другой ответ

7. Когда больной жалуется на побочное действие лекарства, я советую снизить дозу или вообще не принимать его.

1. да
2. я стараюсь не придавать этому большого значения
3. я требую пожаловаться на это врачу
4. я уговариваю его потерпеть в пределах, оговоренных с врачом, и сосредоточиться на положительном основном эффекте лекарственной терапии
5. другой ответ

8. Больной, принимающий лекарство, не должен жить самостоятельно.

1. больной может жить самостоятельно, только если он не принимает лекарства
2. как ему жить, должен решать он сам
3. все отрицательные последствия самостоятельной жизни должен устранять врач с помощью лекарств
4. больной может жить самостоятельно в меру того, как он сам с этим справляется, при наблюдении и поддержке родных
5. другой ответ

9. Если я вижу, что больному плохо от лекарства, я предлагаю ему на какое-то время прекратить прием.

1. я предлагаю постоянно обходиться без лекарств
2. я надеюсь, что все как-нибудь обойдется
3. я предлагаю пожаловаться врачу
4. я предлагаю помочь ему обсудить с врачом, что можно сделать для улучшения переносимости, не прекращая прием лекарств
5. другой ответ

10. Я доверяю врачу и стараюсь с ним сотрудничать.

1. нет
2. врачу виднее, что делать, моего участия не требуется

3. врача надо держать в курсе всех проблем, чтобы он мог постоянно принимать меры
4. да
5. другой ответ

11. Устраивать личную жизнь, принимая лекарства, невозможно.

1. да
2. не надо вмешиваться в личную жизнь больного
3. за успешность личной жизни больного отвечает врач, проводящий лекарственную терапию
4. больному, принимающему лекарства, надо помогать в решении проблем личной жизни
5. другой ответ

12. Я активно интересуюсь деталями лекарственной терапии (название препарата, доступность, режим приема, доза, возможные побочные эффекты), проводимой моему близкому.

1. я против того, чтобы он вообще принимал лекарства
2. я об этом не задумываюсь
3. если возникнут проблемы, их должен решать врач
4. да
5. другой ответ

Приложение 2

Перечень утверждений структурированного интервью для пациентов

- 1. Мои родные активно интересуются деталями моей лекарственной терапии (название препарата, доступность, доза, режим приема, возможные побочные эффекты).**
 1. нет, они считают, что лекарства принимать вообще ни к чему
 2. нет, они об этом не задумываются
 3. они считают, что если возникнут проблемы, их должен решать врач
 4. да
 5. другой ответ

- 2. Если мне что-то непонятно в режиме приема лекарств, мои родные помогают мне связаться с врачом, чтобы выяснить, что надо делать.**
 1. мои родные вообще против того, чтобы я принимал лекарства
 2. моим родным все равно, принимаю я лекарства или нет
 3. они считают, что этим должен заниматься врач
 4. да
 5. другой ответ

- 3. Мои родные/близкие обсуждают мое лечение с врачом без моего участия, даже если мне это не нравится.**
 1. дорожа моим мнением, они этого не делают
 2. да, они не считаются с моим мнением
 3. они не видят пользы от лекарственного лечения
 4. нет, вообще не обсуждают
 5. другой ответ

4. Мои родные обеспокоены возможными нежелательными последствиями лекарственной терапии.

1. да, поэтому они против лекарственной терапии
2. они надеются на благоприятный результат
3. они считают, что эти вопросы должен решать врач
4. да, поэтому они обсуждают с врачом, как не допустить этого
5. другой ответ

5. Родные часто сетуют на то, что со стороны стали видны нежелательные последствия лекарственного лечения.

1. да, поэтому они требуют прекратить прием лекарств
2. они не обращают на это особого внимания
3. они требуют, чтобы я разбирался в этом вопросе с врачом
4. они обсуждают вместе со мной и врачом, насколько это действительно так и что здесь можно сделать
5. другой ответ

6. Если родным не нравится мое поведение, они могут настаивать на дополнительном приеме лекарств, угрожая вызовом «скорой помощи» или требуя срочно посетить врача.

1. они считают, что я должен, не прибегая к помощи лекарств, вести себя так, как они считают правильным
2. они считают, что я могу вести себя как хочу, поскольку сам отвечаю за свое поведение
3. да
4. они стараются разобраться в причинах моего поведения и уговорить меня принять лекарство или обратиться к врачу
5. другой ответ

7. Мои родные считают, что я не должен вести активный образ жизни, поскольку принимаю лекарства.

1. они считают, что активный образ жизни полезен, только не надо принимать лекарства

2. они считают, что не надо вмешиваться, это мое личное дело
3. они считают, что это доктор должен решать, какой образ жизни вести
4. они считают, что мне надо помочь, активировать образ жизни по мере возможности, соблюдая лекарственный режим
5. другой ответ

8. Мои родные без согласия врача советовали мне снизить дозировки или прекратить прием лекарств, считая, что в этом уже нет необходимости.

1. они считают, что в лекарствах вообще никогда не было необходимости
2. они мало интересуются приемом лекарств
3. они считают, что все мои проблемы должен решать врач с помощью лекарств
4. нет, они считают, что без согласования с врачом этого нельзя делать
5. другой ответ

9. Когда мне надоедает длительно принимать лекарства, мои родные подбадривают меня, объясняя необходимость этого.

1. они вообще против того, чтобы я принимал лекарства
2. они не интересуются, принимаю ли я лекарства
3. они считают, что за все проблемы, связанные с лечением,, отвечает врач
4. да
5. другой ответ

10. Мои родные считают, что я не должен жить самостоятельно, поскольку принимаю лекарства.

1. они считают, что я могу жить самостоятельно только если не принимаю лекарства
2. они считают, что я сам должен решать, как мне жить
3. они считают, что все возможные отрицательные последствия самостоятельной жизни должен решать врач с помощью лекарств

4. они считают, что я могу жить самостоятельно в меру того, как я с этим справляюсь при их наблюдении и поддержке
5. другой ответ

11. Мои родные считают, что я не могу устроить свою личную жизнь, поскольку принимаю лекарства.

1. да
2. они считают, что это мое личное дело
3. они считают, что за успешность личной жизни отвечает врач, проводящий лекарственную терапию
4. они считают, что должны всегда способствовать мне в налаживании личной жизни
5. другой ответ