

Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia*

*A longitudinal study of course of illness in schizophrenia
– relapse and re-hospitalization as outcome criteria*

ANDRZEJ CECHNICKI

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE. Na podstawie siedmioletniej katamnezy, porównano wskaźniki przebiegu leczenia zaburzeń schizofrenicznych (nawroty, rehospitalizacje) w liczących po 40 osób grupach chorych objętych programem leczenia „środowiskowego” (grupa eksperymentalna) lub „indywidualnego” (grupa porównawcza). Stwierdzono korzystniejsze wskaźniki w grupie chorych pozostających w opiece środowiskowej (red).

SUMMARY. In a seven-year follow-up study indices of the course of schizophrenic disorders treatment (relapses and re-hospitalizations) were compared in two groups of 40 patients each, receiving either „community-based” (experimental group) or „individual” treatment (controls). More favorable indices were obtained in the group of patients receiving community-based care (ed.).

Słowa kluczowe: schizofrenia / przebieg / leczenie środowiskowe / 7-letnia katamneza
Key words: schizophrenia / course of illness / community-based treatment / 7-year follow-up

W latach 1985–1988 zespół badawczy z Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie zrealizował program pt. *Ocena oddziaływań psychospołecznych we wczesnym leczeniu schizofrenii* [5], a w następnych latach dokonał oceny wyników leczenia w trzy [4] i siedem lat od pierwszego zachorowania. Istotną przesłanką decydującą o podjęciu tego programu badawczego była potrzeba weryfikacji wyników pracy usługowej, ale równocześnie sformułowano szereg pytań badawczych typowych dla prospektywnych, longitudinalnych studiów o charakterze *real time* [1, 2, 3]. Badania prospektywne w porównaniu z retrospektywnymi zmniejszają ryzyko zafałszowania wyników. W tego typu badaniu pacjent i badacz starzeją się razem spotykając się co kilka lat na kolejnych badaniach

katamnesticznych. Taki projekt pozwala od początku sformułować jasne kryteria włączenia pacjentów do badań, ustalić parametry oceny przebiegu, zmienne opisujące stan końcowy, powtarzalne instrumentarium badawcze i metodologię.

Oczywiście zarówno przebieg choroby, jak i „stan końcowy” nie jest w tej pracy rozumiany jako „dobry” albo „zły”, ale posiadający swoją dynamikę, wielowymiarowy – oceniany zarówno w obszarze psychopatologicznym, jak i zawodowym i społecznym. Obszary te są ze sobą powiązane, ale również zachowują swoją niezależność. Praca ta wprowadza ogólnie w cel krakowskich badań i zatrzymuje się na pierwszym z nich, tj. na przebiegu choroby, a konkretnie na ocenie nawrotów i rehospitalizacji na przestrzeni pierwszych siedmiu lat chorowania, a więc poddaje wstępnej analizie bardzo wąski krąg pytań.

* Praca została zrealizowana w ramach środków z programu badawczego KBN nr 4S 492 058.

CEL

Celem krakowskiego projektu badawczego jest ocena przebiegu schizofrenii od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej oraz ocena wpływu na uzyskiwane wyniki leczenia dwóch różnych programów opieki – „indywidualnego” i „środowiskowego”, w których badani pozostawali przez okres katamnezy. Przez program „środowiskowy” rozumie się oddziaływanie psychospołeczne wobec pacjenta oraz program psychoedukacyjny wobec rodzin pacjentów. Ostatecznie sformułowano cele ogólne, cele szczegółowe oraz cel użyteczny dla podjętych badań.

Jako *cele ogólne* poznawcze przyjęto: (1) ocenę przebiegu schizofrenii w badanej grupie w 7 lat od pierwszego zachorowania, (2) ocenę skuteczności wyników leczenia w programie „indywidualnym” w siedem lat od rozpoczęcia leczenia (grupa I, porównawcza) oraz ocenę skuteczności kompleksowego leczenia wzbogaconego o formy pozaszpitalne w programie „środowiskowym” (grupa II, eksperymentalna), (3) porównanie skuteczności obu tych form leczenia niezależnie w obszarze psychopatologicznym i społecznym, (4) analizę wpływu „predyktorów” i „programu terapeutycznego” na uzyskiwane „wyniki leczenia” w obszarze psychopatologicznym i społecznym.

W trakcie rozwoju programu sformułowano szereg celów szczegółowych będących przedmiotem odrębnych prac badawczych. Wymienię kilka dla lepszego zobrazowania różnorodności problematyki: (1) wpływ „czynników terapeutycznych” (wgląd, satysfakcja z leczenia) na wyniki leczenia w oddziale dziennym, (2) znaczenie dla przebiegu i zejścia choroby, takich predyktorów, jak np. poziom ekspresji emocji w rodzinie (EE) lub zmiany neuroanatomiczne ujawniane w tomografii komputerowej, (3) znaczenie „brzemienia rodzinnego”, sieci społecznej czy też jakości życia w ocenie pośrednich i ostatecznych wyników, (4) szczególne znaczenie diadycznej relacji terapeuta-pacjent dla przebiegu schizofrenii.

Jako *cel użyteczny*, jak już wspomniano, przyjęto opracowanie modelu oddziaływania psychospołecznego wobec pacjentów chorych na schizofrenię i ich rodzin.

BADANI PACJENCI

Rozpoczynając program przyjęto kilka założeń pozwalających na zminimalizowanie błędów metodologicznych zarzucanych powszechnie tego typu badaniom.

W latach 1985–1988 wyłoniono 80-osobową grupę badaną, która spełniała następujące kryteria wstępne: (a) pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, (b) diagnoza: schizofrenia wg kryteriów DSM-III, (c) zamieszkiwanie wraz z rodziną na terenie Krakowa.

Uzasadnienie dla przyjętych kryteriów zostało szeroko przedstawione w jednej z publikacji poświęconej zagadnieniom metodologicznym [2, 3]. Podsumowując przyjęte kryteria kwalifikacyjne należy podkreślić, że służyły one wyodrębnieniu spośród chorujących na schizofrenię maksymalnie homogenicznej grupy jedynie przy pomocy kryteriów psychopatologicznych i społecznych. Każdy badany spełniający powyższe kryteria był pierwszy raz hospitalizowany na oddziale C Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Na tym samym oddziale odbywały się również wszystkie kolejne rehospitalizacje stacjonarne w okresie sprawozdawczym. Programem badawczym zostało objętych 80 pacjentów. W ten sposób sformułowana grupę podzielono na dwie podgrupy.

Pacjenci z grupy I, porównawczej ($n=40$) pozostawali w opiece „indywidualnej”, tzn. zostali objęci leczeniem metodami uznawanymi za tradycyjne. Po leczeniu na oddziale stacjonarnym przechodzili do leczenia ambulatoryjnego, prowadzonego przez terapeutów z oddziału stacjonarnego w ambulatorium Katedry Psychiatrii. Pozwalało to na utrzymanie stałego kontaktu terapeutycznego, bez odsyłania do rejonowych poradni zdrowia psychicznego.

Pacjenci z grupy II, eksperymentalnej ($n=40$) brali udział w programie „środowi-

skowym". Po leczeniu na oddziale stacjonarnym przechodzili na oddział dzienny, a w razie wskazań terapeutycznych uczestniczyli w obozie terapeutycznym lub mieszkali w hostelu, zaś ich rodziny uczestniczyły w programie psychoedukacyjnym. W okresie katamnetycznym objęci byli leczeniem ambulatoryjnym prowadzonym przez terapeutów z oddziału dziennego, z tą jednak różnicą w stosunku do grupy porównawczej, że program ten obok kontaktu indywidualnego był zorientowany na działania grupowe i zajęcia w *milieu*.

Aby uniknąć dylematów etycznych związanych z równoległym kierowaniem pacjentów do grup o różnych programach terapeutycznych, w pierwszym roku badań skompletowano najpierw całą grupę biorącą udział w programie „indywidualnym”, a następnie całą grupę biorącą udział w programie „środowiskowym”. Tak wyłonione grupy zostały porównane pod względem 31 „predyktorów” demograficznych, społeczno-rodziny i związanych z chorobą. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między wyłoniętymi grupami.

Przyjęto założenie, że bada się jedynie wpływ samego faktu przynależności pacjenta do programu (grupa I lub grupa II) a nie stopień wykorzystania proponowanych ofert terapeutycznych. Uznano, że zarówno „brak wykorzystania modelu” w związku z brakiem wskazań klinicznych (bardzo dobry stan pacjenta), jak również ze względu na brak motywacji pacjenta i odmowę współpracy, jest wyrazem pewnej słabości proponowanego modelu. Ostatecznie 7-letnią katamnezą (K7) objęto 34 pacjentów grupy I i 37 pacjentów grupy II (razem 71 osób). Chociaż zgłaszalność do badań była niezwykle wysoka – ponad 89% – to jednak nie uzyskano wyników badań od 11% pacjentów (tablica 1), którzy od początku programu odmówili przejścia na oddział dzienny i w okresie katamnezy ich stan zdrowia był niekorzystny, jak również i tych, którzy nie chcieli mieć nic wspólnego z psychiatrią ze względu na dobre samopoczucie lub założyli

rodzinę. Odbyto z nimi rozmowy i zebrano kilka podstawowych informacji pomimo braku pełnego badania katamnetycznego.

Charakterystyka wybranych predyktorów w porównywanych grupach. W grupie I były 22 kobiety i 12 mężczyzn, a w II grupie odpowiednio – 21 i 16. Szereg istotnych informacji przedstawia tabl. 1, w której zawarte są wybrane predyktory szczegółowo charakteryzujące badaną grupę. Średni wiek badanych w okresie katamnezy wynosił 33,9 w I grupie i 33,9 w II. W obu grupach, przed pierwszą hospitalizacją po 12 osób miało zawarty związek małżeński, ale blisko połowa (17 osób w grupie I i 17 osób w grupie II) nie przeżyło inicjacji seksualnej. Kolejno 11 i 10 osób miało ukończone wyższe wykształcenie, a tylko jedna w każdej grupie podstawowe. Obciążenie dziedziczne I stopnia diagnozowano u 7 osób z I grupy i 5 osób z II. U podobnej grupy diagnozowano obciążenie II stopnia. Pierwsza hospitalizacja w sposób przeważający w obu grupach dotyczyła pierwszego rzutu choroby, chociaż w obu grupach była niewielka podgrupa pacjentów, którzy pierwszy rzut choroby przeżyli na wiele lat przed pierwszą hospitalizacją.

U 40% w I grupie i u 55% w II rozpoznawano różnego typu głęboką patologię osobowości. W obu grupach dominował ostry początek choroby, a tylko u jednego pacjenta z I grupy zdiagnozowano początek rzekomonerwicowy. Średni czas pierwszej hospitalizacji stacjonarnej w obu grupach wynosił 13 tygodni dla grupy I i 18 tygodni dla grupy II. Wysoki wskaźnik „ujawnianych uczuć” wskazujący na krytyczne i nadużywane emocjonalnie postawy bliskich krewnych do pacjentów przeważał w obu grupach. Wszystkie te dane – w sumie 31 istotnych informacji – zebrano w karcie predyktorów niezależnych.

METODY BADANIA

Narzędzia. Dane dotyczące okresu anamnetycznego i obrazu klinicznego w chwili hospitalizacji zostały zakodowane na liście

Tablica 1. Wybrane predyktory demograficzne, społeczno-rodzinne i związane z chorobą. Opis grupy w momencie kwalifikacji do badań – pierwsza hospitalizacja psychiatryczna (grupa I – porównawcza, grupa II – eksperymentalna)

Predyktory		I grupa (n = 34)	II grupa (n = 37)	Ogółem (n = 71)
Płeć	kobiety	22	21	43
	mężczyźni	12	16	28
Stan cywilny – przed pierwszą hospitalizacją	wolny	22	25	47
	małżonkowie	12	12	24
	separacja, rozwód	0	0	0
Wykształcenie – przed pierwszą hospitalizacją	wyższe	11	10	21
	średnie lub zawodowe	22	20	42
	wyższe nieukończone	0	6	6
	podstawowe	1	1	2
Obciążenie dziedziczne I stopnia	występuje	7	5	12
	brak	27	32	59
Obciążenie dziedziczne II stopnia	występuje	7	7	14
	brak	27	30	57
Czas między zachorowaniem a hospitalizacją (średnia w tygodniach)		49,5	46	47,5
Wiek w momencie pierwszej hospitalizacji		27,3	27,5	27,4
Osobowość przedchorobowa	norma	20	17	37
	zaburzenia osobowości inne niż schizoidalne	7	7	14
	osobowość schizoidalna	7	13	20
Przystosowanie seksualne przedchorobowe	brak inicjacji	17	17	34
	okazjonalne związki	5	8	13
	stały partner	12	12	24
Diagnoza wg DSM-III – wymiar I	typ paranoidalny	33	35	68
	typ niezróżnicowany	1	2	3

czynników rokowniczych (predyktorów niezależnych). Każdy z pacjentów (a także ich rodziny) został opisany przy pomocy narzędzi badawczych odnoszących się do okresu anamnestycznego i katamnestycznego. Niezależnie oceniono obszar psychopatologii i funkcjonowania społecznego. Sporządzono kwestionariusz opisujący czynniki będące potencjalnymi predyktorami przebiegu, ze szczególnym uwzględnieniem atmosfery w rodzinie badanej przy pomocy *Camberwell Family Interview* (CFI) oraz kwestionariusz katamnestyczny (K7).

Dane dotyczące katamnezy oraz obrazu psychopatologicznego zaburzeń u pacjenta

i jego społecznego funkcjonowania były uzyskiwane przez kategoryzację informacji z badania psychiatrycznego, standaryzowanego wywiadu z pacjentem oraz w uzupełniających spotkaniach i wywiadach z rodzinami. W celu umożliwienia porównania wyników uzyskanych w kolejnych katamnezach z wynikami 7-letniej katamnezy, zachowano narzędzia stosowane w obu wcześniejszych programach. Każdego z pacjentów, a także ich rodziny, opisano za pomocą kilku narzędzi badawczych.

Anamneza. Wykorzystano do tego celu kwestionariusz opisujący czynniki będące potencjalnymi predyktorami przebiegu.

Stan psychopatologiczny pacjenta każdorazowo oceniano za pomocą zmodyfikowanej w UCLA [Lukoff i wsp. 1986] skali oceny stanu psychicznego (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS – Overalla i Gorhamma 1983), obejmującej w swym rozszerzonym wydaniu 25 objawów ocenianych na 7-stopniowej skali. Skala posiada sprecyzowane kryteria dla „wyceny punktowej”. Przyjęto, że pięć obszarów skali (wymiar 13, 14, 17, 18, 20) jest sumą tzw. objawów negatywnych. Jednocześnie przyjęto – za badaczami z tego ośrodka zajmującymi się badaniem przebiegu schizofrenii – kryterium nawrotu. Jako pełny nawrót traktowany jest taki stan psychopatologiczny pacjenta, któremu w zapisie na arkuszu BPRS w którymkolwiek punkcie (objawie) odpowiada ranga „6” lub „7”.

Funkcjonowanie społeczne. Poziom funkcjonowania społecznego pacjenta oceniany był każdorazowo przy pomocy standaryzowanego wywiadu od pacjenta i jego rodziny przez kategoryzację na skali aktywności społecznej (SAS), opracowanej przez Słupczyńską (1983). Stosowane skale są skalami porządkowymi i pozwalają obok średniego poziomu aktywności społecznej ocenić niezależnie poziom aktywności w 7 obszarach funkcjonowania społecznego: aktywności zawodowej i nauce, pracy w domu, samodzielności, udziale w życiu rodzinnym, roli rodzicielskiej, kontaktach społecznych i zainteresowaniach.

Katamneza. Dla oceny przebiegu choroby i leczenia został wykorzystany kwestionariusz katamnesticzny (K7) o konstrukcji podobnej do kwestionariusza katamnesticznego wykorzystanego w K1 i K3.

Przyjęto, że porównanie wyników badań katamnesticznych grupy I („program indywidualny”) z grupą II („program społeczny”) pozwala na wyciągnięcie wniosków o efektywności badanych modeli terapii schizofrenii. Badanie wpływu „predyktorów” i „programu leczenia” na „wyniki leczenia” powinno dostarczyć informacji o bardziej złożonej konstelacji czynników mających wpływ na

uzyskiwane wyniki leczenia i kształtowaniu się ich w kolejnych latach katamnezy.

Metody analizy statystycznej. W odniesieniu do wszystkich okresów katamnesticznych zachowano te same metody oceny statystycznej. W porównaniach międzygrupowych przy skalach ciągłych, np. BPRS – porównań dokonano testem Manna-Whitneya (po zweryfikowaniu odrzucono hipotezę o rozkładzie normalnym testem Kołmogorowa-Smirnowa), a skal Likertowskich (uporządkowanych) w kwestionariuszu katamnesticznym – testem median. Przy ocenie interkorelacji, korelację między cechami oceniano przy pomocy korelacji rangowej Spearmana. Dla oceny wpływu predyktorów mających rokownicze znaczenie dla przebiegu choroby na uzyskiwane wyniki leczenia wykorzystano metodę krokowej analizy regresji [6].

Przy ocenie zależności, czyli w badaniu oddziaływania na siebie różnych zmiennych, posłużono się metodą analizy regresji. Metoda ta pozwala ocenić, czy w ogóle istnieje związek między szeregiem zmiennych niezależnych, np. „predyktory” i „program leczenia” a zmienną zależną – w tym przypadku – „wynikami leczenia”. Pozwala również ocenić jak dużo zmienności wyników leczenia wyjaśnianych jest przez zmienność w predyktorach. Równanie regresji wyjaśnia jak wygląda związek matematyczny (funkcjonalny) między zmienną zależną, tj. efektem leczenia, a zmiennymi niezależnymi, np. predyktorami i programem leczenia. W wyniku obliczeń otrzymujemy współczynnik korelacji wielokrotnej, którego kwadrat pomnożony przez 100% daje procent wariancji wyjaśnionej. Spośród różnych metod analizy regresji wybrano metodę regresji krokowej (*step-wise*), która pozwala na selekcję zestawu zmiennych istotnych oraz ustalenie hierarchii ważności w zależności od stopnia wyjaśniania uzyskiwanych zmienności. O ile na ostateczny procent wyjaśnionej rzeczywistości składa się szereg zmiennych niezależnych, ich udział musi być interpretowany całościowo, a nie w sposób izolowany [6].

WYNIKI – LECZENIE A NAWROTY I REHOSPITALIZACJE

Tak jak to często przedstawiano we wcześniejszych publikacjach [4, 5, 6], jednym z najtrudniejszych problemów metodologicznych jest problem kryteriów oceny wyników. W opisywanym badaniu oddzielnie uwzględniono ocenę w obszarze psychopatologicznym i społecznym. Poniżej przedstawiono ogólne wyniki leczenia dla całej badanej grupy jedynie w dwóch wybranych kryteriach z obszaru psychopatologicznego, gdyż są najpowszechniej używanymi kryteriami oceny wyników leczenia wobec pacjentów chorych na schizofrenię. Te dwa kryteria, to: (1) nawroty, (2) liczba rehospitalizacji.

Nawroty

Poniżej przedstawiony został (rys. 1) procent nawrotów w kolejnych okresach katamnezy, tj. w katamnezie rocznej (1), katamnezie 3-letniej (2) oraz 7-letniej (3). Różnica między badanymi grupami osiąga w katamnezie 7-letniej poziom istotny statystycznie na korzyść grupy leczonej w programie „środowiskowym” ($\chi^2=6.365$). Ilość nawrotów narasta w kolejnych latach odpowiednio z 14% do 49% i 75%. Tak więc

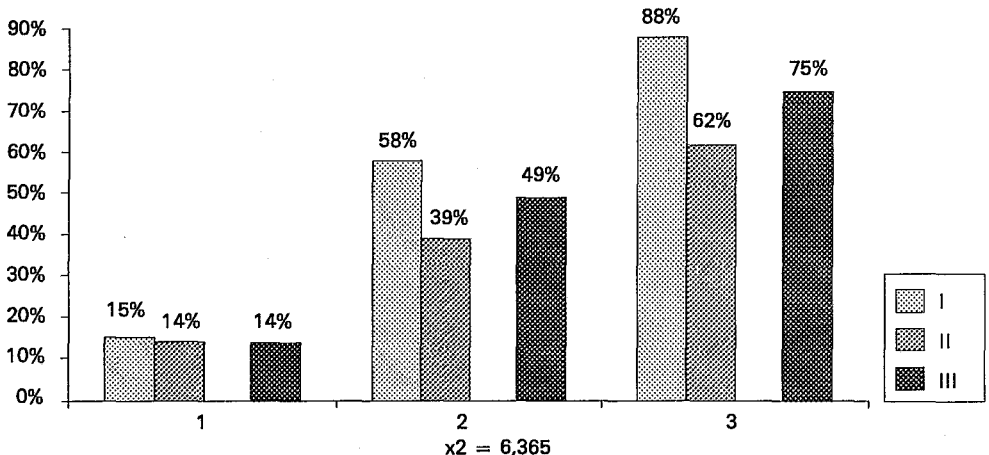
pod koniec 7-letniej katamnezy tylko 25% pacjentów unika nawrotu.

Należy zaznaczyć, że w ocenie nawrotu nie dokonano rozróżnienia na nawroty I i II typu (zaostrenie istniejących objawów). Pominięto też problem tzw. mini nawrotów nie osiągających poziomu przyjętego kryterium nawrotu. Z tego też m.in. względu uważam, że wyniki powinny być interpretowane całościowo z uwzględnieniem danych o rehospitalizacjach.

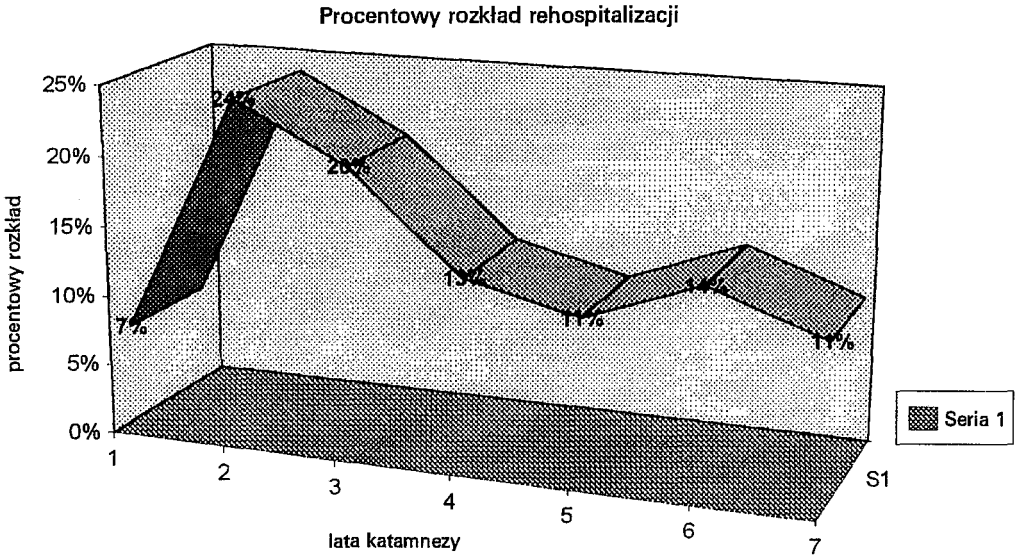
Rehospitalizacje

Porównując liczbę rehospitalizacji w ciągu 7 lat trwania katamnezy w dwóch badanych grupach stwierdzamy kilka bardzo wartościowych poznawczo zjawisk. Dla lepszego ich zobrazowania uzyskane wyniki zostaną przedstawione w postaci graficznej. Z rys. 2 wynika, że największa ilość rehospitalizacji przypada na 2 i 3 rok po pierwszej hospitalizacji. Są to więc lata krytyczne dla przebiegu choroby i wielu badaczy i praktyków uważa, że w tym okresie nie powinien być proponowany pacjentom intensywny program społecznego leczenia, ze względu na możliwe zwiększenie poziomu stresu w gęstym polu społecznym.

Aby zweryfikować tę opinię porównano (tabl. 3) ilość rehospitalizacji pomiędzy gru-



Rysunek 1. Procent nawrotów w kolejnych czasokresach katamnezy. Porównanie grupy I (n=34) i grupy II (n=37) oraz ocena globalna.

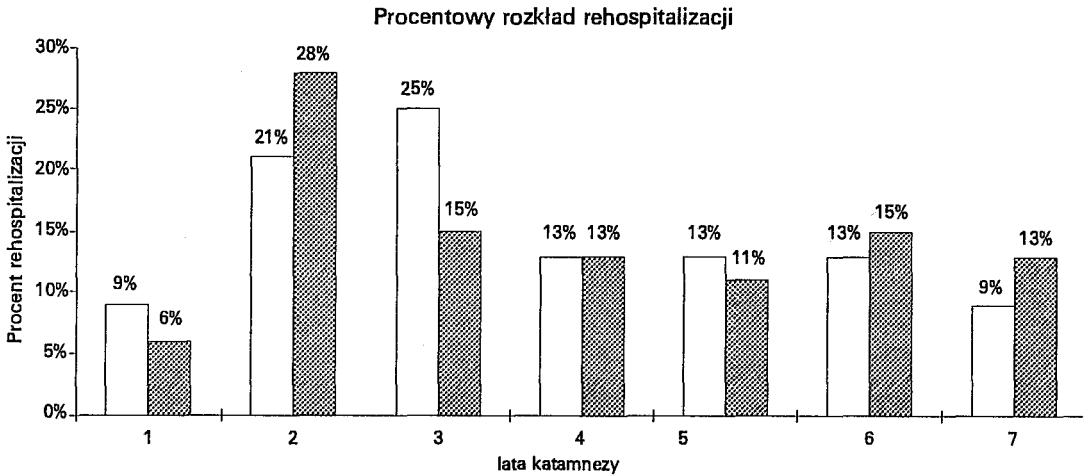


Rysunek 2. Procent rehospitalizacji w ciągu 7 lat katamnezy w badanej grupie (n=71).

pą w programie „indywidualnym” i „środowiskowym”.

Analiza rozkładu rehospitalizacji w kolejnych latach katamnezy zaprzecza niebezpieczeństwom wynikającym z programu „społecznego” leczenia, o ile prowadzony jest on przez doświadczony zespół terapeutów. Ważna i bardzo wartościowa poznawczo jest ana-

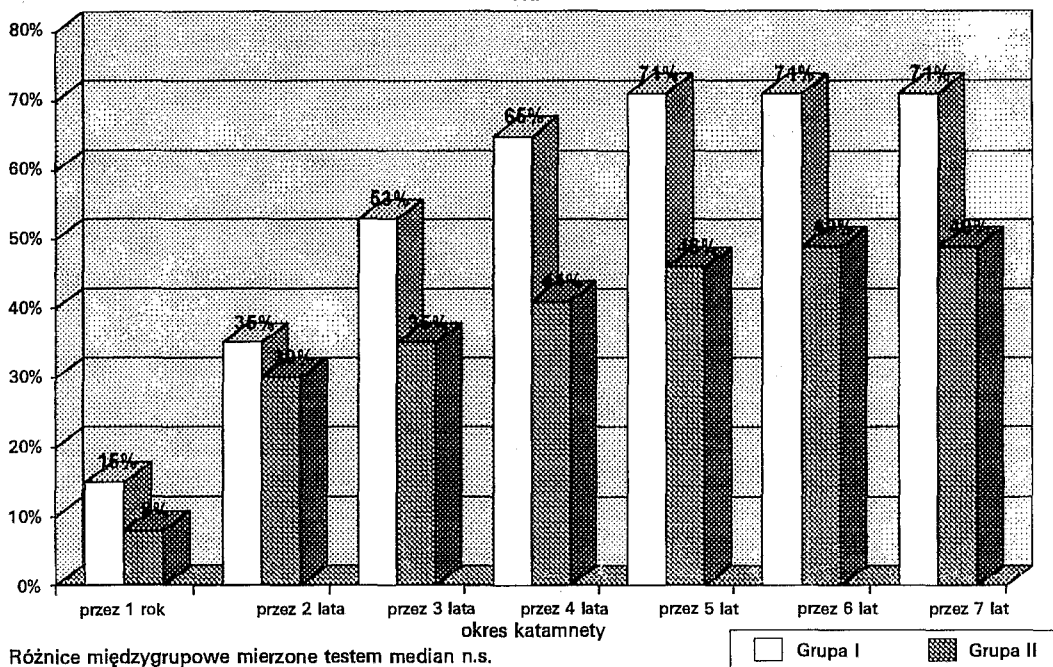
liza porównawcza wyników i choć nie jest ona przedmiotem tego artykułu, to jednak warto odnotować fakt, iż wyniki uzyskiwane w badanym programie nie odbiegają od bardzo uważnie prowadzonych programów, w których kontrolowana jest dawka i zażywanie neuroleptyków (najczęściej w postaci iniekcji leków o przedłużonym działaniu).



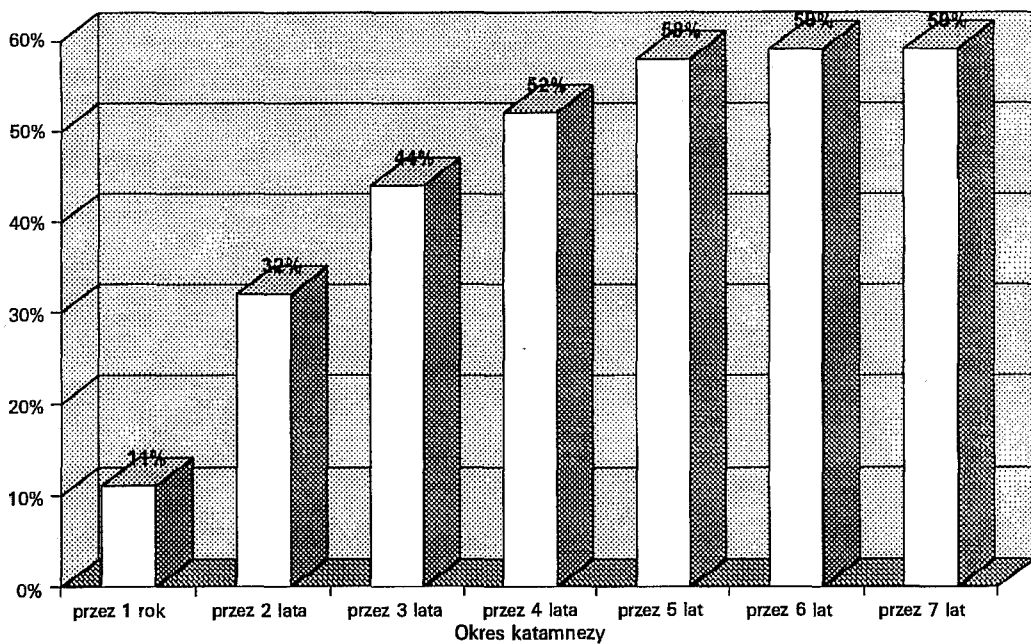
Różnice międzygrupowe mierzone testem median n.s.

Rysunek 3. Procent rehospitalizacji w ciągu 7 lat katamnezy w grupie I (porównawczej) i II (eksperymentalnej).

Title



Rysunek 4. Rehospitalizacje stacjonarne. Procent osób rehospitalizowanych w kolejnych czasokresach katamnety. Porównanie grupy I i II.



Rysunek 5. Rehospitalizacje stacjonarne. Procent osób rehospitalizowanych w kolejnych czasokresach katamnety (n = 71).

W tym programie leki były podawane wg indywidualnych wskazań klinicznych.

Kolejne wartościowe informacje uzyskujemy przyglądając się narastaniu ilości rehospitalizacji w kolejnych okresach katamnezy (rys. 4 i 5).

Obserwując ilość rehospitalizacji w kolejnych okresach katamnezy obserwujemy w obu grupach analogiczne zjawisko. Zarówno w grupie I, tzw. „indywidualnej”, jak i grupie II „środowiskowej” ilość hospitalizacji narasta do 5 roku trwania katamnezy, a następnie ulega pewnej stabilizacji. Znaczne różnice międzygrupowe – w 7-letniej katamnezie bez rehospitalizacji było w grupie I 29%, a w grupie II 51% pacjentów. Różnice nie osiągają jednak poziomu istotnego statystycznie. Podobne zjawiska obserwujemy w całej badanej grupie. Trzeba podkreślić, że aż 41% badanych hospitalizowano tylko jeden raz, co obrazuje poniżej rys. 5.

WNIOSKI

1. Wybrane wyniki leczenia wskazują na dynamikę procesu chorobowego, ale wszyscy badani po 7 latach chorowania żyją w środowisku i żadna osoba z badanej grupy nie popełniła samobójstwa.
2. Ilość nawrotów narasta odpowiednio z 14% do 49% i 75% w rok, trzy i siedem od pierwszego zachorowania na schizofrenię.
3. Ilość rehospitalizacji stacjonarnych stabilizuje się po 5 latach przebiegu choroby na poziomie 59% i już praktycznie nie narasta. Tak więc w 7 lat od pierwszego zachorowania aż 41% pacjentów było tylko raz hospitalizowanych stacjonarnie.
4. Pacjenci leczeni w programie środowiskowym w czasie 7 lat chorowania mieli statystycznie istotną, mniejszą ilość nawrotów, tj. 62% w stosunku do 88% w grupie leczonej w programie indywidualnym.

5. Pacjenci leczeni w programie środowiskowym mieli zdecydowanie mniejszą (choć w stopniu nieistotnym statystycznie), ilość rehospitalizacji stacjonarnych, tj. 49%, w porównaniu z 71% w grupie w programie indywidualnym.

Tym samym badania wpisują się w ciąg prospektywnych studiów, które udowadniają bardziej korzystny przebieg schizofrenii w leczeniu środowiskowym – pomimo niekorzystnych rokowniczo kryteriów kwalifikacyjnych – i dodają nadziei w codziennych zmaganiach z tą chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Böker W, Brenner HD (red.): Bewältigung der Schizophrenie. Hans Huber Verlag, Bern 1986.
2. Böker W, Brenner HD (red.): Verlaufsprozesse schizophrener Erkankungen. Hans Huber Verlag, Bern 1992.
3. Cechnicki A: Rola oddziału dziennego w leczeniu schizofrenii. Wpływ wybranych czynników na wyniki leczenia. Maszynopis pracy doktorskiej, Kraków 1991.
4. Cechnicki A: Prospektywne badania przebiegu schizofrenii. Maszynopis pracy habilitacyjnej, Kraków 1997.
5. Cechnicki A: Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia w oddziale dziennym. Wprowadzenie metodologiczne. Psychoterapia 1992, też w 7.
6. Häfner H, Gattaz WF, Janzarik W (red.): Search for the causes of schizophrenia. Springer Verlag, Berlin 1987.
7. Olbricht RK (red.): Prospektive Verlaufsfor schung in der Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin 1988.
8. Raport końcowy z realizacji projektu badawczego nr 401759101: Ocena odległych wyników kompleksowego leczenia schizofrenii – katamneza trzyletnia. Maszynopis. Kraków 1993.
9. Raport końcowy z realizacji programu naukowego 8-R-86: Ocena skuteczności oddziaływania psychospołecznego we wczesnym leczeniu schizofrenii. Maszynopis. Kraków.