

## Prospektywne badania przebiegu schizofrenii - nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia.\*

### Wprowadzenie

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 zafalszowania 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 swo-

ją 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.

### Cel badań

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 oddziaływania psychospołeczne wobec pacjenta oraz program psychoedukacyjny wobec rodzin pacjentów. Ostatecznie sformułowano cele ogólne, cele szczegółowe oraz cel praktyczny dla podjętych badań.

I. Jako **cele ogólne** 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)

\* Praca stanowi omówienie niektórych wyników badań w ramach programu KBN nr 4 S 402 058 06. Pełny opis metody i wyników oraz ich omówienie znajdują się w pracy: Andrzej Cechnicki „Prospektywne badania przebiegu schizofrenii”. Niepublikowany maszynopis pracy habilitacyjnej. W obecnej formie praca była opublikowana w: „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 1997, 6, Supplement 2 (5), 7-15.

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.

II. W trakcie rozwoju programu sformułowano szereg **celów szczegółowych** będących przedmiotem odrębnych prac badawczych. Wymienię kilka dla lepszego zobrazowania różnorodności problematyki:

- wpływ „czynników terapeutycznych” (wgląd, satysfakcja z leczenia) na wyniki leczenia w oddziale dziennym
- znaczenie dla przebiegu i zejścia choroby takich predyktorów jak np. poziom ekspresji emocji w rodzinie (EE) lub zmiany neuroanatomiczne ujawniane w tomografii komputerowej.
- znaczenie „brzemienia rodzinnego”, sieci społecznej czy też jakości życia w ocenie pośrednich i ostatecznych wyników
- szczególne znaczenie diadycznej relacji terapeuta-pacjent dla przebiegu schizofrenii

III. Jako **cel praktyczny** - 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 w/g 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 homo-

gennej 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 sformowaną grupę podzielono na dwie podgrupy. Pacjenci z grupy I-szej porównawczej (n=40) pozostawali w opiece „indywidualnej”, to znaczy 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-giej (n=40) eksperymentalnej brali udział w programie „środowiskowym”. 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 trzydziestu jeden „predyktorów” demograficznych, społeczno-rodzinnych i związanych z chorobą. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między wyłonionymi grupami. Przyjęto za-

łożenie, że bada się jedynie wpływ samego faktu przynależności pacjenta do programu (grupa I i 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 siedmioletnią katamnezą (K7) objęto 34 pacjentów grupy I i 37 pacjentów grupy II (razem 71 osób). Choć 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 drugiej grupie odpowiednio 21 i 16. Szereg istotnych informacji przedstawia tabela (tab. 1), w której zawarte są wybrane predyktory szczegółowo charakteryzujące badaną grupę. Średni wiek badanych w okresie katamnezy wynosił 33,9 w grupie I i 33,9 w II. W obu grupach przed pierwszą hospi-

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

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

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-go stopnia diagnozowano u 7 osób z grupy I i 5 osób z II. U podobnej grupy diagnozowano obciążenie II-go 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 I hospitalizacją. U 40% w I grupie i u 55% w II grupie 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 I 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 wobec pacjentów przeważał w obu grupach. Wszystkie te dane - w sumie 31 istotnych informacji - zebrano w karcie predyktorów niezależnych.

## Metody badania

### Narzędzia

Dane dotyczące okresu anamnestycznego i obrazu klinicznego w chwili hospitalizacji zostały zakodowane na liście czynników rakowniczych (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 CFI oraz kwestionariusz katamnestyczny (K-7).

Dane dotyczące katamnezy oraz obrazu psychopatologicznego zaburzeń u pacjenta i jego społecznego funkcjonowania były uży-

też wykorzystane przez kategoryzację informacji z badania psychiatrycznego, standaryzowanego wywiadu z pacjentem oraz w uzupełniających 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 oceniany za pomocą zmodyfikowanej w UCLA skali oceny stanu psychicznego Brief Psychiatric Rating Scale: (BPRS-Overall i Gorhana, 1983; Lukoff i wsp. 1986) 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 - 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 katamnestyczny (K-7) o konstrukcji

podobnej do kwestionariusza katamnesticznego w wykorzystanym 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 Komogorowa-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 regresji krokowej. Metoda ta pozwala ocenić czy w ogóle istnieje związek między szeregiem zmiennych niezależnych np. „predyktory” i „program leczenia” a zmienną zależną - w tym wypadku „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 a programem leczenia. W wyniku obliczeń otrzymujemy współczynnik korelacji wielokrotnej (Multiple Regression), którego kwadrat pomnożony przez 100% daje procent wariacji wyjaśnionej. Na fakt, czy regresja jest istotna statystycznie wskazuje

p -opisane w równaniu regresji jako Signif. F. Wśród różnych metod analizy regresji zastosowana metoda regresji krokowej (stepwise) pozwala na selekcję zestawu zmiennych istotnych oraz ustalenie hierarchii ważności w zależności od stopnia wyjaśniania (w procentach) 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).

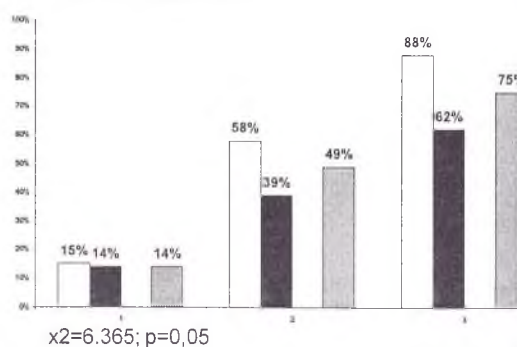
### Wyniki leczenia - nawroty i rehospitalizacje

Tak jak to często przedstawiano we wcześniejszych publikacjach (4, 5, 6) jednym z najtrudniejszych problemów metodologicznych jest problem przyjętych kryteriów 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 czasokresach ka-

Procent nawrotów



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

katamnezy tj. w katamnezie rocznej (1), w katamnezie trzyletniej (2) oraz siedmioletniej (3).

Różnica między badanymi grupami osiąga w katamnezie siedmioletniej poziom istotny statystycznie na korzyść grupy leczonej w programie „środowiskowym” ( $x_2=6.365$ ). Ilość nawrotów narasta w kolejnych latach odpowiednio z 14% do 49% i 75%.. Tak więc pod koniec siedmioletniej katamnezy tylko 25% pacjentów unika nawrotu.

Należy zaznaczyć, że w ocenie nawrotu nie dokonano rozróżnienia na nawroty I-szego i II-go 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.

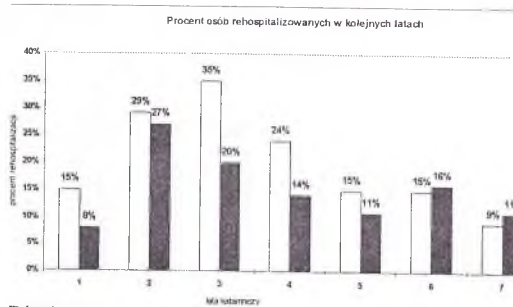
**Rehospitalizacje**

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 poniższej grafiki (Rys 2) wynika, że największa ilość rehospitalizacji przypada na 2 i 3 rok po pierwszej hospitalizacji. Są więc to 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 gęstniejącym polu społecznym.

Aby zweryfikować tę opinie porównano (Rys. 3) ilość rehospitalizacji pomiędzy gru-



Różnice międzygrupowe mierzone testem median n.s.

Rys. 3. Procent osób rehospitalizowanych w kolejnych latach katamnezy w grupie I (porównawczej) i II (eksperymentalnej).

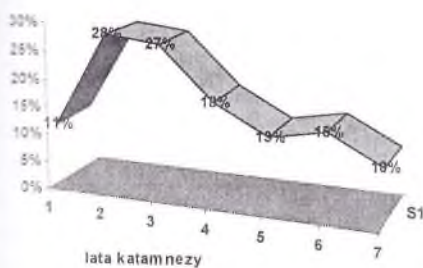
pą w programie „indywidualnym” i „środowiskowym”.

Analiza rozkładu rehospitalizacji w kolejnych latach katamnezy zaprzecza niebezpieczeństwom wynikającym z programu „społecznego” leczenia o ile prowadzony jest on przez doświadczony zespół terapeutów. Ważnym i bardzo wartościowym poznawczo jest analiza 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 i pod kontrolą prowadzonych programów, w których kontrolowana jest dawka i zażywanie neuroleptyków najczęściej przez iniekcje leków o przedłużonym działaniu. W tym programie leki były podawane według indywidualnych wskazań klinicznych.

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

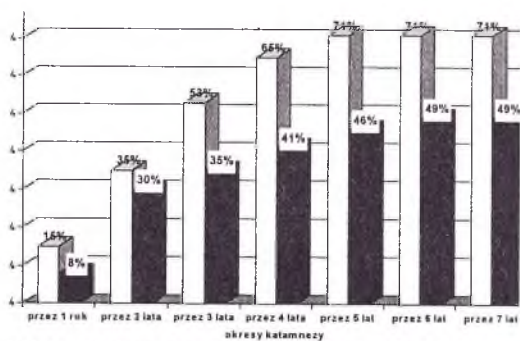
Obserwując ilość rehospitalizacji w kolejnych czasokresach katamnezy obserwujemy w obu grupach analogiczne zjawisko. Zarówno w grupie pierwszej tzw. „indywidualnej” jak i grupie drugiej „środowiskowej” ilość hospitalizacji narasta do 5 roku trwania katamne-

Ilość osób rehospitalizowanych w kolejnych latach katamnezy



Rys. 2 Procent osób rehospitalizowanych w kolejnych latach katamnezy w badanej grupie (n=71) Krakowskie prospektywne badania schizofrenii

zy a następnie ulega pewnej stabilizacji (rys. 4). W siedmioletniej katamnzie bez rehospitalizacji było w grupie I-szej 29% a w grupie drugiej 51% pacjentów. Znaczne róż-

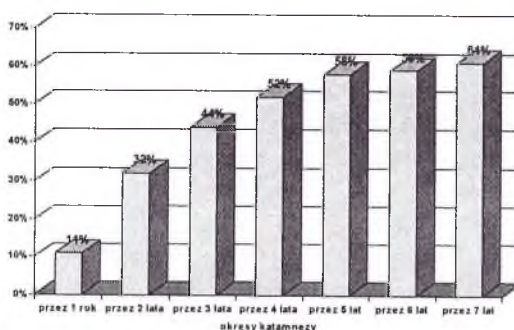


Różnice międzygrupowe mierzone testem median n.s.

Rys. 4. Rehospitalizacje stacjonarne. Procent osób rehospitalizowanych w kolejnych czasokresach katamnzy. Porównanie grupy I i II.

nice międzygrupowe nie osiągają jednak poziomu istotnego statystycznie.

Podobne zjawiska obserwujemy w całej badanej grupie. Trzeba podkreślić, że aż



Rys. 5. Rehospitalizacje stacjonarne. Procent osób rehospitalizowanych w kolejnych czasokresach katamnzy. Ocena globalna (n=71).

41% badanych było tylko raz hospitalizowanych co obrazuje poniżej rys. 5.

### Wnioski

- 1 Wybrane wyniki leczenia wskazują na dynamikę procesu chorobowego, ale wszyscy badani po siedmiu latach chorowa-

nia 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 39% 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 nieistotną 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 programie środowiskowym, pomimo niekorzystnych rokowniczo kryteriów kwalifikacyjnych i dodają nadziei w codziennych zmaganiach z tą chorobą.

### Piśmiennictwo

- 1 Böker W., Brenner H. D. (Ed.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Hans Huber Verlag, Bern, 1986.
- 2 Böker W., Brenner H. D. (Ed.): *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. 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 6.
- 6 Häfner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (Ed.): *Search for the Causes Schizophrenia*. Springer Verlag, Berlin, 1987.
- 7 Olbricht R. K. (Hrg.) *Prospektive Verlaufsforschung in der Psychiatrie*. Springer Verlag, Berlin, 1988.
- 8 Raport końcowy z realizacji projektu badawczego Nr 4 0175 91 01 „Ocena odległych wyników kompleksowego leczenia schizofrenii - katamneza trzyletnia” Kraków, 1993, maszynopis.
- 9 Raport końcowy z realizacji programu naukowego 8-R-86. „Ocena skuteczności oddziaływania psychospołecznego we wczesnym leczeniu schizofrenii”. Kraków, wrzesień, 1990, Maszynopis.