Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Piotr Błądziński

Wpływ wglądu pacjenta i jego współpracy w leczeniu farmakologicznym na odległe wyniki leczenia psychoz schizofrenicznych

Praca doktorska

Promotor: dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki
Promotor pomocniczy: dr n. med. Łukasz Cichocki

Pracę wykonano w Zakładzie Psychiatrii Środowiskowej UJ CM
Kierownik jednostki: dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki

Kraków, 2015

Podziękowania

Serdecznie dziękuję
mojemu Promotorowi Dr hab. Andrzejowi Cechnickiemu
za lekcję, że psychiatria powinna być skuteczna nie tylko na polu klinicznym, ale i społecznym,
za zaproszenie do pracy nad wyjątkowym zagadnieniem wieloletnich badań przebiegu schizofrenii, a także
za Jego nieustające zaangażowanie i cierpliwość oraz wiele cennych uwag podczas pracy nad rozprawą doktorską.

Dziękuję dr n. med. Łukaszowi Cichockiemu
za rozmowy w chwilach intelektualnych mielizn i pustek.
Dziękuję kolegom
Joannie Palce, Arturowi Darenowi i Konradowi Wrońskiemu,
przy wsparciu których niniejsza praca pokonała szczęśliwie drogę od pierwotnej teoretycznej koncepcji
do zmaterializowanej monografii.

Dziękuję mojej Rodzinie
Annie, Marcie, Filipowi i Małgorzacie
za wyrozumiałość i wsparcie.

SPIS TREŚCI

Streszczenie 6
Abstract 9
WSTĘP 12
ROZDZIAŁ I. Koncepcje i definicje pojęć 16
1.1. Schizofrenia – wprowadzenie w temat 16
1.2. Czynniki rokownicze w przebiegu psychoz schizofrenicznych 23
1.3. Znaczenie wglądu w psychiatrii 26
1.3.1. Definicje wglądu 26
1.3.2. Koncepcja wglądu w różnych ujęciach teoretycznych 28
1.3.3. Wielowymiarowość wglądu w psychozie 34
1.4. Współpraca w leczeniu farmakologicznym 37
1.4.1. Definicje współpracy w leczeniu farmakologicznym 37
1.4.2. Udział własny pacjenta w leczeniu 39
ROZDZIAŁ II. Związek wglądu pacjenta i jego współpracy w leczeniu farmakologicznym z odległymi wynikami leczenia - przegląd wyników badań 41
2.1. Wgląd w schizofrenii w badaniach wczesnych i wieloletnich 41
2.2. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w badaniach wczesnych i wieloletnich 49
ROZDZIAŁ III. Problemy metodologiczne w badaniach nad wglądem i współpracą w leczeniu farmakologicznym 60
3.1. Wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym – analiza zależności 60
3.2. Przyczyny przeciwstawnych wyników oceny wglądu w schizofrenii 63
3.3. Metody pomiaru wglądu - opis narzędzi 64
3.4. Metody pomiaru współpracy w leczeniu farmakologicznym - opis narzędzi 65
ROZDZIAŁ IV. Opis badania 67
4.1. Kontekst badania 67
4.2. Cel pracy i hipotezy badawcze 69
4.3. Metody zbierania danych i analizy 72
4.3.1. Miejsce i czas badania 72
4.3.2. Grupa badana 72
4.3.3. Metody badawcze 79
4.3.4. Opracowanie statystyczne wyników 84
ROZDZIAŁ V. Wyniki badań 85
5.1. Wgląd pacjentów w długoterminowej obserwacji. Opis i czynniki rokownicze 86
5.1.1. Opis wglądu w długoterminowej obserwacji 87
5.1.2. Porównanie przedchorobowych czynników rokowniczych w grupach o różnych poziomach wglądu 88
5.1.3. Związek czynników rokowniczych z wglądem 92
5.2. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w długoterminowej obserwacji. Opis i czynniki rokownicze 93

5.2.1. Opis współpracy w leczeniu farmakologicznym w długoterminowej obserwacji 93
5.2.2. Porównanie przedchorobowych czynników rokowniczych w grupach o różnych poziomach współpracy w leczeniu farmakologicznym 95
5.2.3. Związki współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami rokowniczymi 97
5.3. Analiza związków pomiędzy wglądem a współpracą w leczeniu farmakologicznym ocenionymi po siedmiu latach leczenia 97
5.4. Związki czynników rokowniczych z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikami leczenia w długoterminowej obserwacji 99
5.4.1. Porównanie wyników leczenia w grupach o różnym poziomie wglądu 100
5.4.2. Porównanie wyników leczenia w grupach o różnych poziomach współpracy w leczeniu farmakologicznym 108
5.4.3. Związki czynników rokowniczych z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikami leczenia w długoterminowej obserwacji 113
ROZDZIAŁ VI. Omówienie wyników badań wraz z dyskusją 118
6.1. Wgląd pacjentów w długoterminowej obserwacji - występowanie, stabilność, czynniki rokownicze . 118
6.2. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w długoterminowej obserwacji - występowanie, stabilność, czynniki rokownicze 122
6.3. Związek wglądu ze współpracą w leczeniu farmakologicznym 125
6.4. Poziom wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym a wybrane wyniki leczenia 126
ROZDZIAŁ VII. Wnioski 131
7.1. Aplikacje praktyczne 133
7.2. Przyszłe kierunki badań 133
7.3. Ograniczenia 134
Piśmiennictwo 135
Spis tabel, rysunków i wykresów 151
Aneks 154

Streszczenie

CEL PRACY: Celem pracy jest wieloletnia i wielowymiarowa ocena wglądu w chorobę i współpracy w leczeniu farmakologicznym osób chorujących na psychozy schizofreniczne oraz związku pomiędzy wglądem i współpracą a odległymi wynikami leczenia w dwóch różnych programach terapeutycznych. Cele szczegółowe dotyczyły ich wzajemnych powiązań oraz powiązań z innymi ważnymi przedchorobowymi czynnikami rokowniczymi.

METODOLOGIA: Praca doktorska jest częścią krakowskich, prospektywnych badań przebiegu pierwszego epizodu schizofrenii rozpoczętych w latach 1985-1988 (pierwsza ocena) i następnie prowadzonych przez okres dwudziestu lat. W badaniu klinicznym wyłoniono grupę 45 osób, która wykonała wszystkie badania po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach chorowania. Wykorzystano eksperyment kliniczny, z zachowaniem zasad etyki, dla zbadania związku interwencji środowiskowej z odległym poziomem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym. Pacjenci i ich rodziny zostali opisani w kwestionariuszu anamnestycznym, obejmującym analizowane czynniki rokownicze i natężenie psychopatologii (BPRS-LA), a relacje panujące w rodzinie oceniono przy pomocy *Camberwell Family Interwiev* (CFI). W kolejnych odległych pomiarach po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach wykorzystano Kartę Katamnestyczną, skalę GAF, Skalę Przebiegu Choroby Straussa-Carpentera, skale z wymiaru V DSM III (praca, kontakty społeczne i czas wolny) i skalę BPRS- LA. Do oceny wglądu każdorazowo użyto 4-stopniowej, obserwacyjnej, klinicznej skali wglądu. Przekrojowej oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym w każdym z okresów pomiarowych dokonano w oparciu o bezpośrednie badanie kliniczne, karty ambulatoryjne i znajomość pacjenta przez terapeutę. Oba wskaźniki oceniono metodą sędziów kompetentnych. Po siedmiu latach chorowania ocena poziomu wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym została wykorzystana w pierwszej części badania, jako wskaźnik wyników leczenia a w drugiej części jako czynnik rokowniczy odległych wyników, co zostało ujęte w całościowym modelu badawczym. Do opracowania statystycznego wyników wykorzystano pakiet Statistica 10 PL. Dla porównywania różnic międzygrupowych używano Testu U Manna-Whitney'a, analizy wariancji lub testu t-Studenta, a do analizy związków pomiędzy wybranymi zmiennymi wykorzystano metodę analizy regresji krokowej postępującej i logistycznej.

WYNIKI: Wgląd - stabilność. W odległych wynikach leczenia po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach pełny wgląd uzyskało odpowiednio: 56%, 54%, i 51% badanych. Wglądem psychodynamicznym charakteryzowało się odpowiednio: 24%, 16%, 20% pacjentów. W oparciu o losy indywidualnych pacjentów wykazano niestabilność wglądu w badanej grupie. Odsetek osób utrzymujących pełny poziom wglądu w dwóch sąsiednich punktach pomiarowych wynosił tylko 36-38%. **Związek czynników rokowniczych z wglądem.** Wykazano związek głębokich satysfakcjonujących pozarodzinnych kontaktów społecznych, wyższego poziomu wykształcenia oraz krótszego okresu I hospitalizacji z kształtowaniem się pełnego wglądu w chorobę i wglądu dynamicznego. Nie wykazano związku pomiędzy osiąganym poziomem wglądu a udziałem w środowiskowym programie

leczenia. **Współpraca w leczeniu farmakologicznym - stabilność:** Wykazano istotny spadek liczby osób niewspółpracujących w kolejnych latach obserwacji: po siedmiu latach leczenia grupa ta stanowiła 49%, po dwunastu - 38%, a po dwudziestu - 20%. Współpraca w leczeniu okazała się zjawiskiem stosunkowo dynamicznym w badanej grupie. Podgrupa osób utrzymujących pełny poziom współpracy w dwóch sąsiednich okresach pomiarowych wzrosła z 44% (między siódmym a dwunastym) do 56% (między dwunastym a dwudziestym). Z kolei w ujęciu indywidualnym pełna współpraca okazała się stabilna: 87-89% osób w pełni współpracujących we wcześniejszym punkcie pomiarowym utrzymywało taki jej poziom w kolejnym punkcie. **Związek czynników rokowniczych ze współpracą w leczeniu farmakologicznym.** Grupa osób z pełną współpracą po siedmiu latach chorowania charakteryzowała się w momencie I-szej hospitalizacji wyższym poziomem wykształcenia, częściej posiadała chorującego krewnego I-szego stopnia, miała niższe nasilenie objawów ogólnych i negatywnych przy wypisie po I-szej hospitalizacji. Podgrupa osób w pełni współpracujących nie różniła się od grupy niewspółpracujących po siedmiu latach pod względem udziału w programie leczenia. **Ocena interakcji pomiędzy wglądem i współpracą w leczeniu farmakologicznym:** Interakcja między wglądem a współpracą w leczeniu farmakologicznym okazała się nieistotna zarówno dla ogólnych wyników leczenia mierzonych skalą GAF jak i nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych skalą BPRS w każdym z punktów pomiarowych. **Wgląd, jako czynnik rokowniczy odległych wyników leczenia.** Podgrupa z pełnym wglądem, w przeciągu wszystkich lat obserwacji, posiadała lepsze wyniki ogólnego funkcjonowania ocenianego skalą GAF, korzystniejszy typ przebiegu choroby wg Watta i Shepperda, niższe ogólne nasilenie psychopatologii oraz niższe nasilenie objawów negatywnych w skali BPRS. Osiągnięcie psychodynamicznego poziomu wglądu skutkowało istotnie mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w odległych wynikach leczenia. **Współpraca w leczeniu farmakologicznym jako czynnik rokowniczy odległych wyników leczenia.** Podgrupa z pełną współpracą posiadała mniejszą ilość nawrotów, mniejszą liczbę rehospitalizacji, krótszy czas rehospitalizacji i korzystniejszy typ przebiegu choroby w ocenach po siedmiu, po dwunastu i dwudziestu latach chorowania, a także częściej osiągała kryteria zdrowienia po dwudziestu latach. Pełna współpraca w ocenie średnioterminowej i odległej była także istotnie związana z lepszymi wynikami ogólnego nasilenia psychopatologii oraz wymiaru depresyjnego. **Związki czynników rokowniczych z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z odległymi wynikami leczenia.** W analizie metodą regresji liniowej wgląd nie miał związku z wynikami leczenia schizofrenii w żadnym odległym punkcie pomiarowym natomiast współpraca w leczeniu farmakologicznym wyjaśniała niektóre wyniki przy wysokim procencie (33% - 66%) zmienności wyjaśnianej. Lepsza współpraca oceniona po siedmiu latach była powiązana z korzystnym przebiegiem choroby, lepszym funkcjonowaniem społecznym wg DSM III i zdrowieniem w niektórych okresach pomiarowych oraz mniejszą liczbą nawrotów, liczbą rehospitalizacji i krótszym czasem rehospitalizacji w każdym z późniejszych okresów pomiarowych.

WNIOSKI: Wgląd pacjenta w wieloletnim przebiegu psychozy jest zjawiskiem niestabilnym. Korzystna przedchorobowa pozarodzinna sieć społeczna pozostaje w związku z wyższym poziomem wglądu. Podgrupa osób z pełnym wglądem, w przeciągu wszystkich lat

obserwacji, posiadała lepszy wynik ogólnego funkcjonowania, korzystniejszy typ przebiegu choroby, niższe ogólne nasilenie psychopatologii oraz niższe nasilenie objawów negatywnych. Uzyskanie wglądu, w rozumieniu psychodynamicznym, powiązane jest z mniejszym nasileniem depresyjności w późniejszych okresach chorowania. W analizie regresji nie ujawniono związku wglądu z odległymi wynikami leczenia. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy osiąganymi wynikami wglądu a udziałem w programie leczenia. Współpraca w leczeniu farmakologicznym osiągnęła w badanej grupie, po dwunastu i dwudziestu latach chorowania, stabilny wysoki poziom. Większe dziedziczne obciążenie, wyższy poziom wykształcenia a także niższe nasilenie ogólne objawów i objawów negatywnych przewidują lepszą współpracę w leczeniu po wielu latach chorowania. Lepsza współpraca w leczeniu farmakologicznym oceniona po siedmiu latach była powiązana z korzystnym przebiegiem choroby, lepszym funkcjonowaniem społecznym wg DSM III i zdrowieniem w niektórych okresach pomiarowych oraz mniejszą ilością liczbą nawrotów, liczbą rehospitalizacji i czasem rehospitalizacji w każdym z późniejszych okresów pomiarowych. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy osiąganymi wynikami współpracy a udziałem w programie leczenia. Interakcja wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym nie wywierała istotnego wpływu na odległe wyniki leczenia schizofrenii. Celem terapii pacjentów z diagnozą psychoz schizofrenicznych powinno być utrzymanie współpracy w leczeniu farmakologicznym niezależnie od pracy nad pogłębieniem wglądu. Dla jej uzyskania niezbędna jest wieloletnia, stabilna relacja terapeutyczna bez której trudno sobie wyobrazić stabilną współpracę w leczeniu.

OGRANICZENIA: Kliniczne skale używane do oceny wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym nie posiadają zbadanej rzetelności i trafności. Niska liczebność niektórych grup w podziałach międzygrupowych, podobnie jak kontekst badania związany z miastem akademickim powodujący, że populacja badana różni się rozkładem poziomu wykształcenia od populacji ogólnopolskiej, ogranicza możliwości wnioskowania. Podobnie kontekst systemu opieki środowiskowej, którego kompleksowa forma leczenia może powodować trudności w analizach porównawczych z grupami nieobjętymi tego typu terapią.

Abstract

AIM: The aim of this work is a long-time multi-dimensional account of insight in the illness of people suffering from schizophrenic psychoses and their cooperation in pharmacological treatment, as well as the relationship between insight, cooperation and long-term treatment outcomes in two different therapeutic programmes. Specific aims concern their reciprocal relationships, as well as their associations with other pre-illness prognostic factors.

METHODOLOGY: This doctoral thesis is a part of the Kraków-based programme of prospective research into the course of the first episode schizophrenia commenced in 1985-1988 (first assessment) and conducted throughout twenty years thereafter. A group of forty-five people, who completed all of the research components after seven, twelve and twenty years of illness, was selected for the clinical research. A clinical experiment, which observed ethical principles, was conducted to investigate the relationship between community-based interventions and two long-term indicators: level of insight and level of cooperation in pharmacological treatment. The patients and their families were described using the BPRS-LA (Brief Psychiatric Rating Scale), an anamnestic questionnaire covering the analysed prognostic factors and the intensity of psychopathological symptoms, while the relationships prevailing in the families were assessed with the aid of the Camberwell Family Interview (CFI). The GAF scale (Global Assessment of Functioning), the Strauss-Carpenter prognostic scale, scales from the V DSM III measure (work, social contacts and free time), the BPRS-LA and a special follow-up form were employed for the successive, long-term measurements after seven, twelve and twenty years. A four-point, observational, clinical scale was used to assess insight in each case. A cross-sectional appraisal of cooperation in pharmacological treatment in each of the measurement periods was performed based on direct clinical examination, outpatient records and the therapist's knowledge of the patient. Both indicators were evaluated using the competent judges method. After seven years of illness, the assessment of the levels of insight and of cooperation in pharmacological treatment was used in the first part of the research as an indicator of treatment results, and in the second as a prognostic factor of long-term treatment results, which was taken into account in the overall research model. Statistical analysis of the results was performed with the aid of the Statistica 10 PL tool. The Mann-Whitney U test, analyses of variance or a t-Student test were employed to compare between-group differences, while forward stepwise regression and logistic stepwise regression were used to analyse the relationships between the selected variables.

RESULTS: Insight – stability. In the long-term treatment results after seven, twelve and twenty years, full insight was achieved by 56%, 54% and 51% respectively of the group investigated. Psychodynamic insight was identified in 24%, 16% and 20% of the patients respectively. Based on the outcomes of individual patients, instability of insight was determined in the group under investigation. The proportion of people maintaining a full level of insight across two adjacent measurement points was only 36-38%. **The relationship between prognostic factors and insight.** A relationship was demonstrated between deep, satisfying, extra-familial social contacts, a higher level of education and a shorter first period of hospitalisation and the formation of full insight into the illness and dynamic insight. No

relationship was demonstrated between the level of insight achieved and participation in the community treatment programme. **Cooperation in pharmacological treatment – stability.** A significant decline in the numbers of people not cooperating was found over the successive years of observation. After seven years 49% were not cooperating compared to 38% after twelve years and 20% after twenty years. Cooperation in treatment was found to be a comparatively dynamic phenomenon in the group being studied. The sub-group of people maintaining a full level of cooperation across two adjacent measurement periods rose from 44% between years seven and twelve to 56% between years twelve and twenty. At the individual level, meanwhile, full cooperation was found to be stable: 87-89% of people who were in full cooperation at the earlier measurement point were found to have maintained that level at the next point. **The relationship between prognostic factors and cooperation in pharmacological treatment.** At the moment of first hospitalisation the group of people in full cooperation after seven years of illness were characterised as having a higher level of education, as more often having an ill first-degree relative and as having a lower intensity of general and negative symptoms on discharge following first hospitalisation. In terms of participation in the treatment programme, there was no difference after seven years between the sub-group of people in full cooperation and those not cooperating. **Assessment of the interaction between insight and cooperation in pharmacological treatment.** At each of the measurement points the interaction between insight and cooperation in pharmacological treatment was found not to be significant both for the overall treatment results measured by the GAF scale and for the intensity of psychopathological symptoms measured on the BPRS scale. **Insight as a prognostic factor for long-term treatment results.** Throughout all of the years of observation, the sub-group with full insight returned better results for overall functioning as assessed by the GAF scale, a more beneficial type of the course of schizophrenia according to Watt and Shepherd, lower overall intensity of psychopathology and lower intensity of negative symptoms on the BPRS scale. The achievement of a psychodynamic level of insight resulted in a significantly lower intensity of depressive symptoms in the long-term treatment results. **Cooperation in pharmacological treatment as a prognostic factor for long-term treatment results.** The sub-group in full cooperation had fewer relapses, fewer re-hospitalisations, shorter re-hospitalisation periods and a more beneficial type of the course of schizophrenia in the evaluations after seven, twelve and twenty years of illness. They also satisfied the criteria for recovery more often after twenty years. Full cooperation in the medium-term and long-term assessment was also significantly associated with better results for overall intensity of psychopathology and for the measure of depression. **The relationships of the prognostic factors, including insight and cooperation in pharmacological treatment, with long-term treatment results.** In the linear regression analysis insight had no relationship with treatment results for schizophrenia at any of the long-term measurement points. Cooperation in pharmacological treatment, however, explained some of the results at a high percentage, 33-66%, of the variation explained. As assessed after seven years, better cooperation was associated with a more beneficial course of the illness, better social functioning according to DSM III, recovery in some measurement periods, fewer relapses, and fewer and shorter re-hospitalisations in each of the later measurement periods.

CONCLUSIONS: The insight of a patient over the course of long-term psychosis is an unstable phenomenon. A beneficial, pre-illness, extra-familial social network is associated with a higher level of insight. Throughout all of the years of observation, the sub-group of people with full insight returned a better result for overall functioning, a more beneficial type of the course of the illness, lower general intensity of psychopathology and less intense negative symptoms. Achieving insight in the psychodynamic sense is related to lower intensity of depression in later periods of illness. The regression analysis found no relationship between insight and long-term treatment results. No significant relationship was found between the results achieved for insight and participation in the treatment programme. Cooperation in pharmacological treatment reached a stable and high level after twelve and twenty years of illness in the group under investigation. A greater hereditary predisposition, a higher level of education and, also, less intense overall and negative symptoms predict better cooperation in treatment after many years of illness. Better cooperation in pharmacological treatment assessed after seven years was associated with a beneficial course of the illness, better social functioning according to DSM III, recovery in certain of the measurement periods, fewer relapses, fewer re-hospitalisations and shorter re-hospitalisations in each of the later measurement periods. No significant relationship was found between the results achieved for cooperation and participation in the treatment programme. The interaction of insight and cooperation in pharmacological treatment exerted no significant influence on the long-term results of schizophrenia treatment. The aim of therapy for patients diagnosed with schizophrenic psychoses should be – independently of work done to deepen insight – to maintain cooperation in pharmacological treatment. A long-term and stable therapeutic relationship is essential if this is to be achieved. Without it, it is difficult to envisage stable cooperation in treatment.

LIMITATIONS: The reliability and validity of the clinical scales employed to assess insight and cooperation in pharmacological treatment are unverified. The low numbers in some of the groups in between-group analyses and the research context of a university city (meaning that distribution of educational levels in the population studied differed from the general population of patients) restricted the scope for drawing conclusions. The case was similar with regard to the context of a community system of care, whose comprehensive form of treatment can cause difficulties in comparative analyses with groups who are not involved in this type of therapy.

WSTĘP

Zjawisko współistnienia dwóch perspektyw: obiektywności i subiektywności, obecne na polach nauki, szczególnie intensywne jest w dziedzinie psychiatrii, a zwłaszcza w badaniach nad schizofrenią. Wgląd pacjenta w objawy chorobowe to miejsce spotkania tych perspektyw w praktyce klinicznej. Mogą one funkcjonować ze sobą nie tylko w opozycji, ale i w koalicji, wzajemnie siebie szanując – takie ich współistnienie jest warunkiem dobrej terapii, opartej na współpracy w leczeniu.

Schizofrenia. Przegląd literatury na temat zjawiska ukazuje ponad stuletnie dążenia naukowców do jego zdefiniowania a zarazem budzi wrażenie, że jest to obszar wiedzy względnej. Fakt ujęcia schizofrenii w liczne teorie zdaje się zachęcać, by na tym terenie poruszać się ostrożnie, z gotowością do kwestionowania zastanej wiedzy. Przeglądając źródła historyczne opisujące zagadnienie schizofrenii można odnieść wrażenie, że przez wieki brak wglądu, brak potrzeby leczenia i choroba psychiczna: psychoza, obłęd, szaleństwo, obłąkanie (*vesania*) – to jedno. Brak poczucia choroby, bezkrytycyzm były postrzegane jako integralna cecha obłędu, a może nawet obłęd sam w sobie [Alexander i Selesnick, 1966; Rybakowski i Wciórka, 2010].

Czy istnieje obiektywna wiedza na temat schizofrenii? Lekarz, terapeuta, pacjent i jego rodzina zanurzeni w codzienną, kliniczną praktykę i własne doświadczenie odpowiedzą na to pytanie: schizofrenię opisują koncepcje, teorie i prawdopodobne wymiary. Jednocześnie jednak chorujący oczekuje od lekarza profesjonalnej, opartej na dowodach, wiedzy, która wiąże się z zachętą do współpracy i przejęciem części odpowiedzialności za leczenie.

W bardziej dostrzegalnym, objawowym aspekcie, schizofrenia jest psychozą, czyli zjawiskiem chorobowym, w którym zawodzi testowanie realności [Bell i wsp., 1985; Hansen i wsp., 2012]. W odniesieniu do wglądu oznacza to, że zaburzeniu ulega także realne odbieranie kondycji, w której człowiek aktualnie się znajduje - pojawia się brak rozpoznania własnego stanu psychicznego. Głębszy aspekt zjawiska to opisywane przez Eugena Bleulera „rozluźnienie kojarzeń" będące niejako rdzeniem psychozy schizofrenicznej oraz „rozszczepienie" odnoszące się do uczuciowości wyższej, ale także funkcjonujące długo w psychiatrii w odniesieniu do osobowości [Bleuler, 1950; Moskowitz i Heim, 2011]. U pacjenta dochodzi do zaburzenia poczucia własnej tożsamości, uczuć, przekonań i granic własnego „ja". Rzeczywiste doznania i potrzeby mogą ulec fragmentaryzacji lub, w

niektórych przypadkach, niemal całkowicie zanikają. Cechy te wpływają na zmianę, którą Kępiński nazwał zmianą „kolorytu osobowości" [Kępiński, 1992] i często takie poczucie, będące w istocie traumą, komunikuje rodzina chorującego. Taka zmiana, wydawałoby się - nieproszona zmiana, niejednokrotnie budzi bunt, potrzebę przeciwstawienia się jej. Jak jednak radzić sobie ze zmianą jeżeli doświadczony nią człowiek jej nie czuje, i co się z tym wiąże, nie ma potrzeby naprawiania czegokolwiek czy zdrowienia? Z kolei innym pacjentom brak wglądu nie przeszkadza w podjęciu leczenia, co czyni zagadnienie, z punktu widzenia klinicznego, jeszcze ciekawszym [Staring i wsp., 2011].

W zależności od sposobu rozumienia wzajemnych relacji pomiędzy wglądem, współpracą w leczeniu i schizofrenią można postawić szereg pytań. Można zadać pytanie o rolę braku rozeznania. Dlaczego chory nie wie, że jest chory? Czy uzyskanie wglądu w chorobę poprawi leczenie i przebieg choroby? Czy wgląd jest pierwotny czy wtórny do psychopatologii, a jeżeli jest wtórny, to jaka jest siła interwencji terapeutycznych nacelowanych na wgląd? Brak wglądu, nieświadomość choroby są wnikliwie naukowo analizowane, także na płaszczyźnie kulturowej, antropologicznej czy egzystencjalnej. Perkins i Moodley (1993) a w dwadzieścia lat później Jacob (2010) zastanawiali się dlaczego uznajemy, że chorujący zdrowieje, w chwili, kiedy zaczyna podzielać zdanie klinicysty i opisywać swoje przeżycia językiem psychiatrycznym? Czy brak wglądu jest wynikiem nieodpowiedniego leczenia, czy jest to raczej fundamentalny rdzeń psychozy, który można zawrzeć w sentencji „(nie) wiem jaki jest mój realny stan zdrowia"?

Problem ten obrazują przypadki z pracy klinicznej. Pacjent A mówi: „Panie Doktorze, ja myślę, że ta tabletka to trucizna, że jestem systematycznie podtruwany, ale ponieważ to pan mi ją podaje, to ja to wezmę". Można rozumieć ten casus tak, że wgląd ze współpracą w leczeniu farmakologicznym nie wiąże się, a najistotniejsza, w tym indywidualnym przypadku, jest relacja terapeutyczna. Pacjent B mówi: „ja myślę, że ja częściowo kontroluję psychozę i jestem gotów nie brać leków. Chcę mieć dobry seks i jestem gotów na to ryzyko". Tu z kolei pacjent posiadający wgląd podejmuje decyzję o, z pozoru, gorszej współpracy. Przykład ten można odnieść do znanego z literatury zjawiska „inteligentnego nieprzestrzegania zaleceń" [Friemann i Wciórka, 2009]. Do lekarza przychodzi matka pacjenta C i przyznaje, że dolewa synowi kropli neuroleptyku do herbaty, bo on nie chce brać leku. Lekarz odpowie, że liczy się zaufanie i współpraca w leczeniu, ale czy może oceniać sytuację matki swojego pacjenta?

Rezultaty badań ilościowych natomiast wskazują, że wśród pacjentów z pierwszym epizodem psychozy 95,5% nie wiąże swoich objawów z chorobą [Dębowska i wsp., 1998a], a brak przekonania o chorobie charakteryzuje 50 - 80% pacjentów ze schizofrenią [Amador i Gorman, 1998]. Brak wglądu, nie wymieniany w kryteriach diagnostycznych chorób i zaburzeń psychicznych, jest jednym z centralnych fenomenów w przebiegu schizofrenii. Brak wystarczającej współpracy w leczeniu osiąga wśród zażywających neuroleptyki poziom 20-56% [Lacro i wsp., 2002].

Zasadniczym celem opracowania tego tematu jest potrzeba eksploracji jego mało poznanego, wieloletniego kontekstu. Niniejsza praca doktorska analizuje związek wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z odległymi wynikami leczenia i przebiegiem schizofrenii. Używane w tytule pracy określenie „odległe" wymaga krótkiego objaśnienia. Obecne w literaturze badania wglądu i współpracy w leczeniu określane jako długoterminowe odnoszą się najczęściej do obserwacji 1-rocznych lub 2-letnich, a najdalej sięgają do ocen 7-letnich. McGlashan w przeglądzie wieloletnich badań nad schizofrenią analizuje jedynie te, które trwały co najmniej 10 lat [McGlashan, 1988]. Także według podziału Marnerosa badania długoterminowe nad schizofrenią obejmują okres powyżej 10 lat obserwacji [Marneros, 1995]. Angermeyer i wsp. dokonują podziału analizowanych prac w zależności od czasu obserwacji przebiegu schizofrenii na trzy przedziały: < 5 lat, 5-10 lat i powyżej 10 lat [Angermeyer i wsp., 1990]. Drugim celem niniejszej pracy jest kwestia zastosowania specyficznej interwencji terapeutycznej (w tym przypadku środowiskowego programu leczenia) i ocena jej związku z dynamiką wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym na przestrzeni wielu lat wśród pacjentów chorujących na schizofrenię.

Dla porządku należy zaznaczyć, że zagadnienie wglądu pacjenta w objawy chorobowe i współpracy w leczeniu w przebiegu psychoz schizofrenicznych jest tematem szerokim i praca doktorska koncentruje się tylko na kluczowych dla niej kontekstach. Konteksty te mają związek tak z przestrzenią badań naukowych, jak i z sytuacją relacji terapeutycznej, ponieważ wgląd w chorobę i współpraca w leczeniu farmakologicznym są z relacją terapeutyczną w praktyce nierozdzielne.

W rozdziale pierwszym prezentacja pojęcia schizofrenii ograniczona zostanie do zagadnień związanych z jego historią, definicją i nazwą oraz ujęcia schizofrenii w aspekcie wglądu pacjenta w chorobę. Przybliżenie koncepcji psychoz schizofrenicznych będzie oparte na analizie, co jest subiektywne a co obiektywne w psychozie, ponieważ na próbach

rozwiązania tego dylematu opiera się ocena kliniczna wglądu pacjenta w kontakcie terapeutycznym. Wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym będą przedstawione jako czynniki rokownicze, gdyż w tym ujęciu pada niejednokrotnie najważniejsze pytanie pacjenta: czy wyzdrowieję i co ma wpływ na zdrowienie? Czy wgląd w chorobę i współpraca w leczeniu mają związek z przebiegiem choroby? Jeśli tak, to czy zjawiska te możemy traktować jako pośrednie cele terapeutyczne [Cechnicki, 2011] wskazujące kierunek na drodze do uzyskania dobrego stanu końcowego, zdrowienia? Czynniki rokownicze wreszcie są jednym z głównych zagadnień krakowskich badań nad schizofrenią, do których szeroko odnosi się ta rozprawa. W rozdziale drugim zostanie zaprezentowana analiza czynników wpływających na przebieg i wyniki leczenia psychoz schizofrenicznych po wybuchu psychozy ze szczególnym uwzględnieniem roli wglądu pacjenta i jego współpracy w leczeniu farmakologicznym oraz przegląd wyników wczesnych i wieloletnich badań. Omówione zostaną także badania nad czynnikami wpływającymi na kształtowanie się wglądu i współpracy w leczeniu. Rozdział trzeci traktuje o problemach metodologicznych w badaniach nad wglądem i współpracą w leczeniu farmakologicznym, przyczynach przeciwstawnych wyników oraz odnosi się do oceny zależności pomiędzy badanymi zjawiskami i opisu dostępnych narzędzi oceny wglądu i dostępnych narzędzi oceny współpracy w leczeniu. W rozdziale czwartym przedstawiono projekt badań, badaną grupę i metodologię. Wyniki badań nad wglądem i współpracą w leczeniu będących częścią krakowskich prospektywnych badań przebiegu schizofrenii zawiera rozdział piąty. W rozdziale szóstym i siódmym zostaną omówione rezultaty badań wraz z dyskusją i prezentacją wniosków. Pracę kończy przegląd literatury wraz z aneksem.

ROZDZIAŁ I.
Koncepcje i definicje pojęć

1.1. Schizofrenia – wprowadzenie w temat

W ujęciu historycznym nazwa „schizofrenia" pojawia się późno, w XX wieku. Wcześniejsze źródła podające opisy odpowiadających jej, głównie objawowo, zjawisk nazywają ją szaleństwem, obłędem, obłąkaniem (*vesania*) i dla jej charakterystyki używają zwykle języka religijnego, filozoficznego, później także prawnego. W cywilizacjach starożytnych (Mezopotamia, Stary Testament) rozumiano obłęd w kontekście religijnym: boskich praw i ich przekraczania, złych duchów, ale także odpowiedzialności „szaleńca" za własne „szaleństwo" i kary za przewinienia, które do niego doprowadziły [Alexander i Selesnick, 1966]. Pierwsze próby wyjaśnień medycznych pojawiły się w Grecji, w okresie rozwoju ery rozumu: to już nie kapłani a lekarze zajmowali się „szaleństwem". Nazywano ich „lekarzami dusz" i zajmowali się oni „święta chorobą", czyli nie poddającą się leczeniu epilepsją lub innymi przewlekłymi schorzeniami, także psychicznymi. Pojawiły się koncepcje chorób psychicznych (np. hipokratejska) i metody leczenia. Część z nich jest aktualnych i dziś, jak te proponowane przez Sorana z Efezu w dziele „O szale lub obłąkaniu, które Grecy nazywają manią" oparte o relaks, sztukę czy muzykoterapię [Rybakowski i Wciórka, 2010]. W czasie panowania Imperium Rzymskiego i w okresie wieków średnich nastąpił powrót do modeli religijnych i duchowych. Od okresu oświecenia „obłęd" stawał się zjawiskiem medycznym, chociaż metody leczenia niekoniecznie stawały się pochodną jego medycznego rozumienia. Przykładem jest wyjęty już z XIX wieku etap leczenia moralnego Filipa Pinela, który wynikał z postrzegania choroby jako pochodnej bezżenności (*celibacy*), nadmiernej swobody (*promiscuity*), lenistwa i apatii [Read i wsp., 2004]. Historię rozumienia choroby psychicznej do okresu nowożytnej medycyny podsumowuje Nasierowski jako proces „od jedni psychofizycznej do kartezjańskiego dualizmu". Ów kartezjański dualizm wstrzymał rozwój psychiatrii spychając choroby psychiczne do kategorii chorób duszy i stygmatyzując przy tym cierpiące na nie osoby jako, np. opętane [Rybakowski i Wciórka, 2010].

Rozwój psychiatrii w „pełnoprawną" dyscyplinę medycyny, a chronologicznie druga połowa wieku XIX i wiek XX, to czas intensywnego badania psychoz. Schizofrenia stała się dla psychiatrii zjawiskiem fundamentalnym – nie tylko jako jeden z głównych przedmiotów jej zainteresowań, ale także z historycznego punktu widzenia, jeden z motorów jej rozwoju:

choroba o bogatym obrazie objawowym, będąca wielkim problemem społecznym, posiadająca potężny potencjał stygmatyzujący jednostkę. W połowie XIX wieku próbowano definiować chorobę psychiczną w oparciu o obserwacje nad kiłą III-rzędową - porażeniem postępującym (ang. *general paresis*), gdzie nadrzędną ideą było czysto biologiczne (zakaźne) i jednoprzyczynowe rozumienie genezy zaburzeń psychicznych. Autorem opisu zjawiska w 1822 roku był Antoine Bayle [Robertson, 1923]. Ostatecznie teoria ta się nie sprawdziła, ale w dużej mierze wpłynęła na koncepcje psychiatrii biologicznej. Natomiast z obserwacji nad przebiegiem zaburzeń psychicznych, gdzie objawy płynnie przechodziły przez wszystkie fazy od głębokiej depresyjności, poprzez dwubiegunowość po psychozę włącznie, wyłoniła się koncepcja jednej psychozy (ang. *unitary psychosis*) [Griesinger, 1862]. Melancholia, mania i delirium były uważane za różne etapy jednej i tej samej choroby mózgu kończącej się w stadium demencji [Taylor i wsp., 2010]. Teorie tę zanegował Karl Kahlbaum opisując psychozę okresu adolescencji i młodości, nadając jej nazwę „paraphrenia hebetica", a następnie „hebefrenia". Termin „hebefrenia" rozwinął dalej Ewald Hecker uznając ją w 1871 roku za odrębną chorobę. Z kolei Kahlbaum, na podstawie teorii trzyczęściowego obrazu umysłu złożonego z emocji, woli i intelektu, w 1874 roku opisał katatonię jako wyraz choroby woli. Dla psychiatrii był to okres dużych i czasami dość zaskakujących przemian. Psychiatrzy, zwani jeszcze powszechnie w piśmiennictwie anglojęzycznym „*alienists*" zagłębiali się w poszukiwaniach biologicznej, neurodegeneracyjnej przyczyny zaburzeń psychicznych, tymczasem z inspiracji i pod superwizją neurologa Jean-Marie Charcota, rodziło się wielokontekstowe podejście bliższe nowoczesnej psychiatrii, uwzględniające kontekst psychologiczny [Bogousslavsky i Moulin, 2009].

Jednak to idee, które można dziś sprowadzić roboczo do miana „biologicznych" zdominowały początek badań nad schizofrenią. Podręczniki psychiatrii ujmują wstępny okres konceptualizacji schizofrenii jako polemikę dwóch wielkich psychiatrów. Emil Kraepelin, pracując nad schizofrenią, starając się definiować chorobę psychiczną w sposób jaki robiły to inne gałęzi medycyny, dał początek psychiatrii jako dziedzinie medycyny [Strauss, 2013]. Oparł się na obserwacji przebiegu choroby i w kolejnym wydaniu swojego podręcznika z 1896 roku połączył trzy zjawiska, rozumiane przez niego jako umysłowe procesy degeneracyjne: katatonię, hebefrenię i paranoję, w jeden konstrukt „dementia praecox" (termin zapożyczony od Benedicta Morela) [Berrios i wsp., 2003]. W ten sposób ukształtowało się pojęcie schizofrenii, którego rdzeń określony został jako niekorzystny przebieg i biologiczna neurodegeneracja. Odmienności, które występowały we wstępnym

okresie w obrazie każdej z tych jednostek, nie stanowiły dla Kraepelina źródła wątpliwości, ponieważ nie skutkowały one różnicami w zakresie decyzji terapeutycznych [Kraepelin, 1987]. Kraepelin oddzielił ponadto psychozy schizofreniczne od psychoz afektywnych (tych z wyraźną komponentą zaburzeń nastroju i napędu psychoruchowego), wywierając ogromny wpływ na współczesne nam systemy klasyfikacyjne i psychiatrię jako całość. Dzisiejszy rozkwit technologii diagnostycznej i farmakologicznej sprzyja rozwojowi „neokraepelinowskiego" podejścia.

W wyraźną polemikę z Kraepelinem wdał się profesor psychiatrii z Zurichu Eugen Bleuler, który w 1911 roku użył jako pierwszy terminu „schizofrenia". Rozumiał on schizofrenię bardziej jako grupę chorób („grupa schizofrenii") niż jako pojedyncze zjawisko. Obserwacje Bleulera były początkiem zanegowania jedynie niekorzystnego zejścia choroby i jednocześnie początkiem badań nad psychozami schizoafektywnymi, reaktywnymi, krótkotrwałymi i zaburzeniami podobnymi do schizofrenii [Taylor i wsp., 2010]. Bleuler, inaczej niż Kraepelin, nie postrzegał przebiegu choroby jako nadrzędnego kryterium schizofrenii. Opisał jej cechy psychopatologiczne, dzieląc je na osiowe i dodatkowe. Wśród podstawowych wymienił zblednięcie afektywne, zaburzenie kojarzenia, autyzm i ambiwalencję [Bleuler, 1950]. Warto wspomnieć o kontekście całkowicie nienaukowym, niezależnym od natury samego zjawiska schizofrenii, o kontekście historycznym, który w dużej mierze zadecydował, że myśl Bleulera, niosąca prognostyczną nadzieję pacjentom, nie od razu weszła w polemikę z pesymistyczną koncepcją Kraepelina i z dużym opóźnieniem stała się „terapeutycznym" elementem dyskusji nad, dotąd „biologiczną", schizofrenią. Jego idee zostały odkryte przez zachodnią psychiatrię dopiero w latach 50. XX wieku, ponieważ pisał w języku niemieckim, a czas jego badań zbiegł się z okresem II wojny światowej. Przy wielu zasadniczych różnicach Kraepelin i Bleuler byli także zgodni na niektórych polach. Dla przykładu, obydwaj uważali, że konstruktem najbliższym rdzeniowi schizofrenii, definiującym niejako jej istotę, jest hebefrenia, w przebiegu której wymiar dezorganizacji przybiera największe nasilenie [Kraepelin, 1987; Bleuler, 1924].

W swoich badaniach za Bleulerem podążał Kurt Schneider, pozostając jednocześnie pod wpływem Karla Jaspersa i jego fenomenologicznego opisu psychozy. Według Jaspersa centrum psychozy była „niezrozumiałość", co oznaczało, że tzw. „normalna" osoba nie mogła zrozumieć psychotycznego doświadczenia (co jest zresztą wykładnią subiektywności). Schneider podzielił objawy schizofrenii na I- i II-rzędowe. Nadał im jednak inne znaczenie niż Bleuler, stawiając na pierwszym miejscu objawy pozytywne: halucynacje i urojenia.

Łatwiej je zdiagnozować i zmierzyć, jednak występując także w innych jednostkach chorobowych, nie są patognomoniczne. Jak pisze Nancy Andreasen, swego rodzaju ironią jest, że eksploracje Schneidera i jego dążenia do zrozumienia indywidualnego przeżywania pacjenta, w wyniku włączenia jego kryteriów diagnostycznych do międzynarodowych klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych, zaowocowały obiektywną kwantyfikacją i redukcjonizmem [Andreasen, 1997].

We współczesnych klasyfikacjach dominuje ujęcie psychopatologiczne z podziałem na objawy pozytywne i negatywne [Crow, 1981; Andreasen i Olsen, 1982]. Ma ono swój początek w koncepcjach Johna Hughlings Jacksona odwołujących się do teorii ewolucji Darwina i hierarchicznej, piętrowej budowy mózgu. W myśl tej koncepcji, zwanej teorią dyssolucji objawy negatywne (np. wycofanie, izolacja, zblednięcie afektywne) były wynikiem utraty funkcji przez najwyższe piętra, natomiast objawy pozytywne (np. halucynacje) wyrazem odhamowania niższych, filogenetycznie starszych struktur mózgu [Berrios, 2001]. Wśród badaczy kontynuujących ten kierunek myśli był także polski psychiatra Jan Mazurkiewicz, który schizofrenię nazywał chorobą dyssolucyjno-piętrową [Perzyńska-Starkiewicz i Perzyński, 2012].

Rozwój farmakologii i diagnostycznych metod obrazowych pozwolił na dokładniejsze biologiczne obserwacje schizofrenii. Badania nad działaniem neuroleptyków w centralnym systemie nerwowym (szczególnie ich wpływ na przekaźnictwo dopaminergiczne) [Carlsson i Lindqvist, 1963] zapoczątkowały rozwój teorii patogenezy schizofrenii dotyczących zaburzeń równowagi neurotransmiterów. I w tym przypadku nauka o schizofrenii wybrała drogę jakby alternatywną do założeń medycyny opartej na dowodach (ang. *evidence-based medicine,* EBM): najpierw opracowano leki, potem odkryto dokładny mechanizm ich działania i dopiero na tej podstawie wnioskowano o patofizjologicznych zmianach zachodzących w chorobie. Z kolei badania nad anatomiczną asymetrią mózgu i zaburzonym procesem lateralizacji językowej [Sommer i wsp., 2001] stały się podłożem dla rozwinięcia neurorozwojowej koncepcji schizofrenii, która obecnie jest jedną z dominujących [Weinberger, 1987].

Definicja terminu schizofrenia Jacka Wciórki opisuje zjawisko jako „zaburzenie psychiczne o przewlekającym się czasie trwania, którego charakterystyczne objawy wskazują na występowanie mniej lub bardziej zaznaczonej dezintegracji czynności psychicznych, zaburzającej prawidłowy i harmonijny przebieg procesów psychicznych i często – choć nie zawsze – prowadzącej do wyraźnie niekorzystnych zmian w indywidualnym i społecznym

funkcjonowaniu chorych. Przyczyny choroby nie są ostatecznie ustalone, a cieszące się międzynarodowym uznaniem kryteria (…) pozwalające na względnie rzetelne jej rozpoznawanie mają charakter międzynarodowej umowy ekspertów, zestawiającej objawy i cechy przebiegu uważane za najbardziej charakterystyczne oraz pewne zasady różnicowania tej choroby z innymi zaburzeniami.” [Wciórka, 1998].

Określenia: schizofrenia, choroba schizofreniczna, psychozy schizofreniczne traktowane są zwykle jako synonimy, używane m.in. w zależności od tego, czego chcemy uniknąć. Przykładowo „choroba schizofreniczna” pozwala na uniknięcie stygmatyzujących konotacji „schizofrenii” [Wciórka, 1998]. Nazwa „psychozy schizofreniczne” funkcjonuje w ogólnym, najszerszym podziale psychoz na te o cechach schizofrenii i te o innym charakterze: psychozy nieschizofreniczne (np. afektywne, organiczne, majaczeniowe). Nazwa „psychozy schizofreniczne” definiuje ten sam fenomen, co „schizofrenia”. Zastosowanie liczby mnogiej podkreśla z jednej strony, że obraz i przebieg schizofrenii, u niektórych pacjentów może przebiegać w sposób podobny i charakterystyczny. Pośrednio odnosi się ta uwaga do wyróżnianych podtypów schizofrenii jak: paranoidalny, katatoniczny itd. Z drugiej strony użycie liczby mnogiej zaznacza odmienność przebiegu choroby w każdym indywidualnym przypadku i można je odnieść do obserwacji klinicznych, gdzie schizofrenia u każdego chorującego ma inny obraz. W tym świetle używane tutaj określenie „psychozy schizofreniczne” jest bardziej zgodne z psychoterapeutycznym rozumieniem zjawiska.

Klinicysta, badając wgląd w chorobę, ocenia między innymi świadomość choroby. Musi zatem odpowiedzieć na pytanie czy pacjent wie, że jest chory i czy potrafi nazwać (dla klinicysty najlepiej w języku medycznym), to co mu dolega. Musi zatem być spełniony warunek, że sam klinicysta wie, czym ta choroba jest. I chociaż ta uwaga w odniesieniu do badań naukowych może brzmieć niestosownie i arogancko to w kontekście schizofrenii jest zasadna. W literaturze znajdujemy przykłady chociażby na znaczne różnice w częstości rozpoznawania schizofrenii przez brytyjskich (rozpoznawali rzadziej) i amerykańskich (rozpoznawali znacznie częściej) psychiatrów [Kendell i wsp., 1971]. Historia konceptualizacji schizofrenii w kontekście prognozy jej przebiegu oraz zakreślenia jej granic jest zawiła. Stan obecnej wiedzy na temat schizofrenii jest nie mniej skomplikowany, a wyniki badań niejednokrotnie są ze sobą sprzeczne. Nie ma homogenicznej koncepcji tej choroby. O spełnianiu przez pojęcie schizofrenii założeń medycznego modelu choroby krytycznie traktuje jeden z serii artykułów „*Schizofrenia: Just facts*” [Tandon i wsp., 2008], ukazujących się cyklicznie co 10 lat, podsumowujących to, co aktualnie o schizofrenii

wiadomo: „Z 77 zmiennych branych pod uwagę jako „ważne" w schizofrenii, tylko 23 z nich spełnia standardy opisywane jako niezależne studia posiadające spójne rezultaty, przy braku sprzecznych wyników w badaniach replikacyjnych" [Taylor i wsp., 2010].

Spoglądając w przeszłość, do prac Kraepelina, i analizując obecne tendencje klasyfikacyjne, jak w ostatniej, piątej edycji DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) [APA, 2013] można odnieść wrażenie, że psychiatria zatacza koło: od idei jednoprzyczynowych i skąpoobjawowych do uniwersalizacji psychopatologicznej – uniformizacji schizofrenii. Z kolei niektórzy profesjonaliści [Szasz, 1988; Laing, 2004; Read i wsp., 2004] twierdzą, że nie ma jednej schizofrenii, ale tyle schizofrenii ile chorujących na nią osób. Pomimo, że są to głosy ryzykowne z punktu widzenia medycyny jako nauki i mogą kłócić się z elementarną definicją jednostki chorobowej, to właśnie taki, antypsychiatryczny, sposób rozumienia schizofrenii pozwolił na zwiększenie udziału pacjenta w terapii i rozwój relacji lekarz-pacjent. Uzasadnione jest zatem spojrzenie na historię operacjonalizacji pojęcia schizofrenii jako na polemikę dwóch idei: odwołującej się do biologii i do indywidualnego podejścia do chorego. Różnorodność koncepcji schizofrenii jest jedną z przyczyn kwestionowania także samej nazwy zjawiska. Aktualnie w literaturze obecne są propozycje zmiany nazwy na inną, np. zaburzenie integracji (ang. *integration disorder*) czy zespoły CONCORD, czyli zespoły zniekształcenia procesów motywacyjno-dążeniowych, poznawczych i odbioru rzeczywistości o początku w wieku młodzieńczym (ang. *youth onset conative, cognitive and reality distortion* (CONCORD) syndromes) [Keshavan i wsp., 2013] lub zespół zaburzonego uwydatniania znaczeń (ang. *salience syndrome*) [Kapur, 2003; Van Os, 2009; Kacperska i Murawiec, 2011]. Pojawiają się także propozycje zawężenia diagnozy schizofrenii do hebefrenii [Taylor i wsp., 2010].

Schizofrenia jest opisywana jako przeżycie subiektywne, indywidualne [Laing, 2004] albo przejaw nie tyle choroby, co pozytywnego procesu rozwojowego [Dąbrowski, 1964]. Kępiński w swojej pracy monograficznej, posługując się metodą bliską Jaspersowi, zwaną fenomenologią zastępczego doświadczenia, a opartą na dążeniu do uobecnienia w swojej wyobraźni aktualnego stanu psychicznego pacjenta poprzez wczucie się w jego stany uczuciowe [Rybakowski i Wciórka, 2010], opisuje „świat schizofreniczny". W tym „świecie schizofrenicznym" mieszczą się takie pojęcia jak: „metafizyka", „kłamstwo", „zawiść i władza" czy „koloryt". O tym ostatnim zjawisku zresztą sam Kępiński pisze, że jest pojęciem bardziej literackim niż naukowym [Kępiński, 1992]. Pomimo, że Kępiński w opisie zjawiska odwoływał się do biologii, posługując się własną teorią „metabolizmu informacyjnego" to

wydaje się, że właśnie ta prezentacja subiektywnego świata, tak trudnego do ujęcia w naukowe ramy, okazała się najbardziej przybliżającą problemy chorujących na schizofrenię.

Próbując zintegrować dotychczas przedstawione informacje, w tym kontekst badań biologicznych i genetycznych nad schizofrenią warto odnieść się do prac Johna Straussa. Pisze on o schizofrenii jako o „tragicznej ewolucji ludzkiego doświadczenia". Zainspirowany aktualnymi próbami zredukowania zaburzeń psychicznych do zaburzeń biologicznych, proponuje rekonceptualizację pojęcia schizofrenii w oparciu o dwa główne założenia: złożoności (ang. *complexity*) i subiektywności (ang. *subjectivity*). Postuluje podejście oparte na wieloczynnikowych teoriach schizofrenii, tj. na modelu biopsychospołecznym, w czym nawiązuje do Luca Ciompi [Ciompi, 1988] i koncepcji podatności na zranienie Josepha Zubin'a [Zubin i wsp., 1983] z uwzględnieniem niejasnych i trudno mierzalnych powiązań pomiędzy trzema grupami czynników: biologicznych, psychologicznych i społecznych. Czynniki takie jak dziedziczność, infekcje w życiu płodowym, kształtowanie się znaczących relacji, wpływ środowiska zewnętrznego (stres, okresy przełomowe, praca, ale także używki, narkotyki, substancje toksyczne), sposób komunikowania się czy indywidualne cechy psychologiczne (jak sposoby radzenia sobie) w sposób zróżnicowany ujawniają swój wpływ na obraz i przebieg choroby na jej poszczególnych etapach. Strauss dalej odwołuje się do innych dziedzin, które z powodzeniem korzystają z teorii złożoności (kompleksowości) jak nauka o historii, a także do obecnych w psychiatrii koncepcji dotyczących zaburzenia stresowego pourazowego (ang. *posttraumatic stress disorder,* PTSD). Proponuje on następującą koncepcję schizofrenii, że jest to: „grupa procesów dających szczególne właściwości systemowi nerwowemu człowieka do radzenia sobie ze specyficznymi rodzajami ostrych i prawdopodobnie (najczęściej) powtarzalnych doświadczeń życiowych" [Strauss, 2013]. Czy wedle tej definicji schizofrenia nie jest przejawem przystosowania?

Należy dodać, że w kontekście subiektywności sam opis zjawiska może się różnić w zależności od sytuacji, a w psychiatrii szczególnie istotny jest choćby sposób w jaki choroba komunikowana jest pacjentowi [de Barbaro, 2005]. Według koncepcji Timothy J. Crow'a, odnoszącej się do zagadnienia lateralizacji, schizofrenia może być ceną jaką człowiek płaci za ewolucyjny skok w kompetencji językowej [Crow, 1997]. Jeśli tak jest, to można z domieszką ironii stwierdzić, że ta kompetencja, jak na razie, nie jest wystarczająca do opisu samego zjawiska schizofrenii. Być może należy przyjąć, że elementarną cechą schizofrenii jest trudność jej definiowania, ujęcia i opisania wedle wymogów współczesnej medycyny

[Tandon i wsp. 2008; Tandon i wsp., 2011; Keshavan i wsp. 2011]? Powodem tego może być choćby skrajne zindywidualizowanie obrazu choroby właściwie we wszystkich jej aspektach.

Jak jednak w takim kontekście mówić o wglądzie w schizofrenii? Jak zadać pacjentowi pytanie o wgląd i jak rzetelnie tę odpowiedź ocenić i porównać z innymi? Czego oczekiwać w przestrzeni współpracy w leczeniu? W ocenie autora tej rozprawy doktorskiej, lekarza psychiatry identyfikującego się bardziej psychoterapeutycznie niż biologicznie, sztuką w praktyce klinicznej jest zdolność połączenia podejścia biologicznego i psychoterapeutycznego. Integracja tych postaw w relacji z pacjentem odzwierciedla się akceptacją istnienia dwóch obszarów sprzeczności: mierzalne – niemierzalne i obiektywne – subiektywne.

1.2. Czynniki rokownicze w przebiegu psychoz schizofrenicznych

W przebiegu schizofrenii trudno jest przewidywać stan końcowy, zmiennych jest wiele. Przedmiotem analizy w niniejszej pracy są czynniki rokownicze, które są modyfikowalne w terapeutycznych oddziaływaniach.

Jednym z problemów, które napotyka klinicysta, pacjent i jego rodzina jest pytanie o przyszłość i szansę na wyzdrowienie. Dla klinicysty odpowiedź na to pytanie sprowadza się głównie do konieczności przeglądu czynników rokowniczych. Przewidują one, przepowiadają z pewnym prawdopodobieństwem, przyszłość. Należy jednak pamiętać, że mają także inny aspekt w kontekście badań nad schizofrenią. Od kiedy czynniki rokownicze są traktowane jako synonimy czynników ryzyka i czynników zdolności znoszenia stresu (ang. *resilience factors*) pomagają także lepiej zrozumieć podłoże patofizjologiczne choroby [Emsley i wsp., 2008].

Istnieje pewna pula predyktorów, które powszechnie występują w literaturze [Cuesta i wsp., 2000; David i wsp., 1995; Mintz i wsp., 2003; Lincoln i wsp., 2007; Rzewuska, 2002]. Można dokonać ich podziału na różne sposoby. W zależności od ich natury wyróżniamy: biologiczne, demograficzno-społeczne i kliniczne. Ze względu na czas, w którym występują, mówi się o czynnikach przedchorobowych i predyktorach przebiegu po wybuchu choroby. Dzielimy je także ze względu na stałość: czynniki niezmienne (niemodyfikowalne) i czynniki modyfikowalne [McGlashan, 1999; Bottlender i wsp., 2003].

Czynniki rokownicze mają wiązać się z wynikami leczenia i przebiegiem choroby. Wśród długoterminowych badań nad przebiegiem i wynikami leczenia schizofrenii znajdujemy różne kryteria doboru wyników przebiegu i stanu końcowego [Wiersma i wsp., 1998; Thara, 2004; Harrow i wsp., 2005]. Cechnicki analizuje wskaźniki oceny ogólnej jak ogólne funkcjonowanie (oceniane na skali GAF), czas spędzony w środowisku, liczba samobójstw, typ przebiegu choroby wg Watta i Sheparda [Watt i wsp., 1983; Shepherd i wsp., 1989] czy ogólne oceny w obszarze społecznym i klinicznym oraz wskaźniki szczegółowe w obszarze klinicznym (liczba i czas rehospitalizacji, liczba nawrotów i nasilenie objawów) i w obszarze społeczno-rodzinnym (stan cywilny, współmieszkańcy, praca, kontakty społeczne, obciążenie rodzinne) [Cechnicki, 2011]. Warto szerzej wspomnieć o dwóch rokowniczych czynnikach, które są bardziej złożone, posiadają nieco obszerniejszą literaturę teoretyczną i mają związek z kształtowaniem się wglądu w chorobę i współpracy w leczeniu.

Pierwszym z nich jest czas nieleczonej psychozy (ang. *Duration of Untreated Psychosis* - DUP) określany jako czas od wystąpienia objawów psychotycznych do podjęcia leczenia [Marshall i wsp., 2005; Perkins i wsp., 2005; Harris i wsp., 2005; Cechnicki i wsp., 2014]. Pomimo, że jest to czynnik niemodyfikowalny w odniesieniu do badanego pacjenta, to rezultaty wielu prac pokazują potrzebę wypracowywania profilaktycznych strategii wczesnego wykrywania stanów psychotycznych z aplikowaniem odpowiedniego leczenia. Dawałoby to możliwość wpływu na ten czynnik w całej populacji. Takie też dane pochodzą z obszaru, na którym od wielu lat funkcjonuje system Otwartego Dialogu w Finlandii [Seikkula i wsp., 2011; Błądziński i wsp., 2014]. Według niektórych badaczy czas nieleczonej psychozy i wczesna interwencja mogą mieć wpływ na odległe wyniki leczenia schizofrenii. Wczesna interwencja jest przez nich rozumiana jako prewencja wtórna [Wyatt i Henter, 2001]. Inni badacze [Linszen i wsp., 2001], pisząc o wpływie wczesnych oddziaływań terapeutycznych w obserwacji 5-letniej, dochodzą do wniosku, że taka interwencja poprawia wczesne, lecz nie odległe wyniki leczenia. Wymieniają przy tym czynniki, które są istotne dla uzyskiwania wglądu w chorobę. Podkreślają, że istotniejsze od czasu nieleczonej psychozy dla odległych wyników są takie czynniki jak ciągłość opieki pozaszpitalnej i stałość związku z jednym terapeutą, ciągłość wsparcia dla rodziny ze strony terapeutów, psychoedukacji i regularności farmakoterapii. Takie działania można określić jako „dobrą" wczesną interwencję. Drugim prezentowanym bliżej czynnikiem jest wskaźnik ujawnianych uczuć (UU, ang. *Expressed emotion* - EE), który został opracowany w latach 70. w Wielkiej Brytanii jako rezultat obserwacji wyrazu i siły emocjonalnych reakcji rodziny wobec jej chorującego członka

[Brown i wsp., 1972; Vaughn i Leff, 1976; Rostworowska i wsp., 1987; Rostworowska, 1999a]. Zaobserwowano, że emocje takie jak nadmierna krytyka, chłód, ale i nadopiekuńczość wyraźnie wiążą się z gorszym przebiegiem choroby, głównie poprzez częstsze występowanie nawrotów i rehospitalizacji.

Czynniki rokownicze przebiegu schizofrenii obecne w chwili wybuchu choroby dzielimy na korzystne i niekorzystne. Wśród korzystnych predyktorów przedchorobowych przebiegu psychozy Cechnicki wymienia: dobre funkcjonowanie społeczne przed zachorowaniem, brak zaburzeń osobowości, obecność czynników spustowych, krótszy czas nieleczonej psychozy, ostry początek, psychopatologicznie bogaty obraz objawów i ich ustąpienie w chwili wypisu, niski poziom ujawnianych uczuć w relacjach z bliskimi, płeć żeńska i posiadanie stałego partnera. Niekorzystne predyktory przebiegu schizofrenii to najczęściej: izolacja społeczna, osobowość schizoidalna, dłuższy czas pierwszej hospitalizacji, nasilone objawy negatywne, wczesny wiek zachorowania i wysoki wskaźnik ujawnianych uczuć w relacjach z bliskimi [Cechnicki, 2011]. Z chwilą wybuchu psychozy część z tych czynników uzyskuje własną dynamikę, stając się w dalszych analizach predyktorami przebiegu po wybuchu psychozy jak np. wskaźnik ujawnianych uczuć.

Predyktory przebiegu po wybuchu psychozy wymienia dalej Cechnicki identyfikując je jako czynniki związane głównie z relacją terapeutyczną i systemem opieki ambulatoryjnej: a) interwencje terapeutyczne (stabilność relacji terapeutycznej, profilaktyka nawrotów i uzyskanie remisji), b) optymalna farmakoterapia i rehabilitacja (dobór optymalnej interwencji farmakologicznej i rehabilitacyjnej do indywidualnych potrzeb i fazy choroby), c) umiejętność samopomocy i radzenia sobie z chorobą rozwinięte u badanych (psychoedukacja, rozwój strategii radzenia sobie z chorobą), d) nastawienia i oczekiwania od przyszłości (obecność postawy samopiętnującej), e) wpływ otoczenia społecznego (jak sieć społeczna wpływa na badanego), f) wpływy czynników biologicznych (rozwój lekooporności, choroby somatyczne) [Cechnicki, 2011]. W takim ujęciu wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym funkcjonują jako czynniki rokownicze po wybuchu psychozy.

Należy zaznaczyć, że tak wgląd jak i współpraca w leczeniu w wielu badaniach są traktowane także jako wynik i posiadają swoje własne czynniki rokownicze [Cuesta i wsp., 2000; David i wsp., 1995; Mintz i wsp., 2003; Lincoln i wsp., 2007; Rzewuska, 2002]. Taka sytuacja nie dotyczy tylko tych dwóch przypadków. W wieloletnich badaniach nad schizofrenią mamy do czynienia z sytuacją, gdy predyktor w przebiegu choroby jest też

analizowany jako wynik leczenia, co w pewnym stopniu prowadzi do komplikacji problemu [Cechnicki, 2011].

Podstawowe ograniczenia metodologiczne wiążą się z porównaniem związku predyktorów i wyników leczenia. Analizując różne badania dotyczące tematu odnajdujemy zarówno podobne jak i sprzeczne ze sobą rezultaty. Pojawiają się wątpliwości czy porównujemy „to samo z tym samym" oraz jakie jest znaczenie pojedynczego czynnika rokowniczego i jego związek z przebiegiem choroby? Występują trzy obszary wątpliwości metodologicznych spotykanych w literaturze. Korelacja predyktorów z przebiegiem lub wynikiem końcowym badana jest pojedynczo bez badania możliwych interakcji między samymi predyktorami. Pomijany bywa wpływ zmiennych zakłócających na związek między czynnikiem rokowniczym a wynikiem leczenia. Wreszcie znaczne trudności sprawia uwzględnienie czynnika czasu i dynamiki zmian czynnika rokowniczego [Cechnicki 2011].

Wgląd w chorobę i współpracę w leczeniu farmakologicznym można rozumieć jako specyficzne cele terapeutyczne, a w niniejszej pracy są przedstawione jako modyfikowalne terapeutycznie czynniki rokownicze przebiegu choroby. Należy jednak zasygnalizować problem występujący w literaturze, że włączenie predyktorów przebiegu może skutkować tym, że przebieg będzie najlepiej wyjaśniany przez sam przebieg [Cechnicki, 2011]. Wiele badań analizuje przepowiadającą rolę wglądu i współpracy w leczeniu, jednakże właściwie żadne z nich nie odnosi się do obserwacji odległych.

1.3. Znaczenie wglądu w psychiatrii

1.3.1. Definicje wglądu

Nazwa „wgląd" w kontekście schizofrenii nie pojawia się w źródłach historycznych. Jednak, co ciekawe, przeglądając źródła starożytne na temat obłędu [Alexander i Selesnick, 1966] natrafiamy na pojęcie, które obecnie jest postulowane jako nieodzowne w rozumieniu wglądu w chorobie psychicznej, a mianowicie na modele wyjaśniające (ang. *explanatory models*). Dopiero literatura ostatnich dwudziestu lat próbuje ująć ten wymiar psychozy i wglądu w ramy naukowe i dokonać adekwatnego opisu zjawiska. Odnoszą się do tego zagadnienia psychiatrzy badający psychozy w innych od zachodniego kręgach kulturowych [Jacob, 2010].

Fenomen wglądu posiada liczne definicje. Te najbardziej ogólne opisują zjawisko spoza zakresu wiedzy psychiatrycznej, i w ogóle medycznej. Przykładem jest definicja wglądu za Słownikiem Języka Polskiego: zajrzenie do czegoś, zbadanie, skontrolowanie czegoś [SJP – Dokument elektroniczny 1]. W Oxfordzkim Słowniku Języka Angielskiego wgląd (*insight*) jest definiowany jako zdolność do uzyskania dokładnego i głębokiego zrozumienia kogoś lub czegoś oraz (przypis dla terminologii psychiatrycznej) posiadanie świadomości przez osoby chore psychicznie, że ich doświadczenia psychiczne nie są oparte na rzeczywistości zewnętrznej [Oxford Dictionaries – Dokument elektroniczny 2].

Początkowo, na polu psychiatrii, wgląd definiowany był przez badaczy jako zjawisko jednowymiarowe, chociaż różne definicje wglądu odnoszą się do różnych jego wymiarów czy kontekstów z nim związanych, jak postawa, ocena, zrozumienie i inne. Aubrey Lewis, jeden z prekursorów badań nad wglądem, określał ten fenomen jako prawidłową postawę wobec zmian chorobowych [Lewis, 1934]. Według Eskey'a wgląd to werbalizacja świadomości istnienia niedomogi funkcji intelektualnych [Eskey, 1958]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje wgląd jako poczucie istniejących zaburzeń emocjonalnych [Carpenter i wsp, 1973].

Polski Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii wgląd opisuje szerzej, że jest to: „cecha myślenia wyrażająca się w zdolności do właściwej oceny własnych przeżyć i postaw oraz zjawisk zachodzących w otoczeniu. Myślenie krytyczne cechuje dążenie do poznawania nowych faktów, konfrontowania ich z własnymi doświadczeniami i poglądami, zdolność do korygowania poglądów i postaw" [Korzeniowski i Pużyński, 1986]. Według oksfordzkiego słownika psychiatrycznego pojęcie to oznacza „wiedzę pacjenta o tym, że objawy jego choroby są nienormalnymi lub chorobowymi zjawiskami" [Campbell, 1996]. W polskiej literaturze funkcjonuje m.in. definicja Aleksandrowicza, według której wgląd to: samokrytycyzm; uzyskiwanie prawdziwej wiedzy o sobie i możliwość dysponowania tą wiedzą; znajomość siebie; rozumienie i zdawanie sobie sprawy z zachodzących procesów psychicznych [Aleksandrowicz, 1996]. Jak wynika z przytoczonych definicji, wgląd w psychiatrii rozumiany jest nie tylko w odniesieniu do chorób psychicznych, w przebiegu których zaburzona jest ocena tego, co realne. W terapii zaburzeń nerwicowych czy zaburzeń osobowości, gdzie nie stwierdza się deficytu testowania realności, uzyskanie wglądu przez pacjenta pozostaje także jednym z zasadniczych celów [Messer, 2013].

1.3.2. Koncepcja wglądu w różnych ujęciach teoretycznych

Pojęcie wglądu występuje w kilku kontekstach: w psychiatrii klinicznej, w teoriach psychodynamicznych, w odniesieniu do pojęć podobnych, jak samowiedza (ang. *self-knowledge*) i samooszukiwanie (ang. *self-deception*), w psychiatrii fenomenologicznej, oraz jako podobne zjawisko w stanach neurologicznych [Markova i Berrios, 1992]. Podkreślana jest trudność definiowania pojęcia wglądu oraz rzetelnej jego oceny [Perkins i Moodley, 1993; Jacob, 2010]. W tej pracy dokładniej omówiony zostanie wgląd w znaczeniu klinicznym z pewnymi aspektami psychodynamicznymi.

Zagadnienie wglądu w psychiatrii klinicznej można analizować w dwóch aspektach: złożoności wglądu jako pojęcia oraz jego istotności dla uzyskania wiedzy o rozumieniu choroby przez pacjentów. W większości ujęć i badań wglad traktowany jest jako predyktor przebiegu choroby. Wielu klinicystów uważa, że niepełny wgląd lub brak wglądu jest częściowo odpowiedzialny za złe funkcjonowanie i niekorzystną prognozę, pomimo niejasnych wyników badań [Lincoln, 2007]. Szczególnie istotnym aspektem klinicznym jest zagadnienie, w jaki sposób brak wglądu w chorobę przekłada się na brak współpracy w leczeniu. W okresie prefarmakologicznym podkreślano, że subiektywne doświadczenie choroby i jej leczenia przez pacjenta jest fundamentalnym warunkiem dla terapii psychotycznych pacjentów [Meyer-Gross, 1920]. Na polu psychiatrii klinicznej znaczącą rolę odegrał Aubrey Lewis, który zauważył, że obecność wglądu w chorobę nie może być używana do różnicowania między psychozą a nerwicą – w obydwu przypadkach może być pełny wgląd lub jego brak. Proponował różne poziomy (stopniowanie) wglądu jak wyższy, uzyskiwany z bezpośredniej percepcji i niższy, pochodzący z percepcji wtórnych danych. Dla Lewisa wgląd oznaczał nie tylko świadomość zmiany, ale i osąd o jakości tej zmiany. Lewis, w przeciwieństwie do fenomenologów (Jaspersa) łączył wgląd z procesem choroby, a nie osobowością pacjenta [Lewis, 1934]. W praktyce klinicznej pojęcie wglądu w chorobę przez długi okres czasu nachodziło na zagadnienie postawy (postawa wobec choroby, postawa wobec leczenia) i tak też było mierzone [Soskis i Bowers, 1969]. McEvoy z zespołem [Mc Evoy i wsp, 1981] utworzyli skalę klinicznej oceny i rozumieli dobry wgląd jako ocenę własnych doświadczeń pacjenta zbieżną z oceną zaangażowanego w jego leczenie personelu. Była to zatem w mniejszym stopniu ocena świadomości choroby, a bardziej ocena związku między postawą pacjenta a postawą personelu. W tym ujęciu wgląd rozumiany był jako społeczne dostosowanie, co przywodziło na myśl często spotykaną w praktyce klinicznej sytuację kiedy pacjent „zgadza się” ze swoim lekarzem, z różnych powodów (np. zależności)

[Markova i Berrios, 1992]. W takim przypadku trudno mówić o obiektywnej ocenie wglądu. W związku z potrzebą obiektywizacji tego, w znacznej mierze subiektywnego, zjawiska, a także dążeniom do uzyskania lepszej współpracy w leczeniu oraz rozwojem psychoedukacji, nastąpił okres wnikliwej operacjonalizacji pojęcia wglądu w chorobę. Uwaga badaczy skupiła się na jego wielowymiarowości i właśnie o wielowymiarowości wglądu traktuje osobny podrozdział.

Wgląd, inaczej nazywany „nabyciem nowego rozumienia" lub „mechanizmami zmiany", jest uznawany za istotny element zmiany przez różne podejścia teoretyczne w psychoterapii [Moro i wsp., 2012]. W teorii psychodynamicznej wgląd odnosi się najczęściej do pacjentów z diagnozą zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości. Należy jednak zaznaczyć, że wgląd na poziomie psychodynamicznym osiągają także pacjenci psychotyczni [Alanen, 2000]. Celem psychoterapii psychodynamicznej, wyrastającej z tradycji psychoanalitycznej, jest odsłonięcie stłumionych popędów, emocji i uświadomienie nieświadomych mechanizmów leżących u podstaw psychopatologii pacjenta. Praca nad wglądem, obok koncentracji nad emocjami pacjenta i terapeutycznego przymierza, jest najistotniejszym czynnikiem psychodynamicznej sesji [Messer, 2013].

Markova i Berrios piszą o pewnej niejasności zarówno w odniesieniu do definicji jak i roli wglądu w terapii psychodynamicznej. Zygmunt Freud, chociaż nie zdefiniował wglądu, używał tego pojęcia. Początkowo posłużył się tym terminem do określenia wiedzy o lub świadomości bycia chorym, a następnie nazwał nim stan tylko "najgłębszej" świadomości – taki wgląd, który może pojawić się raz w życiu [Markova i Berrios, 1992]. Inni analitycy używali wielu określeń definiujących zjawisko, jak: emocjonalny wgląd, dynamiczny wgląd, wgląd poprzez interpretację, wgląd intelektualny, wgląd werbalny, wgląd nieświadomy/świadomy. Jednym z ważniejszych dyskutowanych problemów w psychoanalizie było rozróżnienie „prawdziwego" emocjonalnego wglądu od wglądu intelektualnego [Moro i wsp. 2012]. Dla uporządkowania mnogości tych opisów Richfield zaproponował klasyfikowanie zjawiska nie ze względu na zawartość wiedzy, ale jej formę użytą do osiągania wglądu. I tak w psychoterapii psychodynamicznej pacjent może uzyskać wgląd poprzez opis (podany z zewnątrz) albo poprzez przyswojenie, bezpośrednie doświadczenie, przeżywanie w czasie sesji „tu i teraz" (np. w procesie przeniesienia). Z każdą z tych form wiąże się inny poziom, inna „głębokość" uzyskanego wglądu. Uzyskiwanie wglądu jako celu terapii odnosiło się do dowolnych technik wykorzystywanych przez analityka dla poprawy zdolności pacjenta do integracji bezpośrednich (nieświadomych)

przyczyn jego neurotycznego zachowania z jego świadomymi impulsami i celami [Richfield, 1954]. Forma wiedzy używana do uzyskania wglądu jaką jest interpretacja przeniesienia jest tutaj kluczowa. Potwierdzeniem jej istotności są tak współczesne prace teoretyczne [Gabbard i Horowitz, 2009], jak i badanie, w którym połączono psychodynamiczną teorię z empirycznym doświadczeniem. Grupę stu pacjentów z diagnozą depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości i problemów interpersonalnych podzielono na część pozostającą w cotygodniowej, rocznej terapii z interpretacją przeniesienia i część bez interpretacji przeniesienia. Ocena długoterminowa pokazała, że pacjenci z wieloletnim wzorem niskiej jakości relacji z obiektem i pacjenci z zaburzeniami osobowości bardziej skorzystali na terapii z interpretacją przeniesienia niż bez interpretacji. Utrzymujący się długoterminowy dobry efekt był związany z wyższym poziomem wglądu w trakcie terapii [Johansson i wsp., 2010]. Wgląd w teorii psychodynamicznej odnoszony jest także do procesu internalizacji. Internalizacja postawy terapeuty i świadomych strategii autorefleksji prowadzi stopniowo do momentu, w którym pacjent staje się sam własnym terapeutą. Fonagy [1999] uważa, że kluczowy moment zmiany pojawia się, gdy pacjent znajduje siebie w myśleniu terapeuty i rozumie jakiego rodzaju relację ma lub miał z terapeutą [Moro i wsp., 2012].

Co do roli wglądu w terapii analitycznej i tutaj istnieje pewna nieścisłość. Freud, początkowo traktując wgląd jako bezpośrednio związany z osiągnięciem zmiany czy uleczeniem, zmienił zdanie, by następnie zrównać znaczenie wglądu dla osiągnięcia terapeutycznego efektu z takimi zjawiskami jak przepracowanie czy wewnętrzny opór. Zaowocowało to różnicami zdań wśród analityków. Według części z nich analityczne uleczenie odbywa się poprzez wgląd a nie empatię, akceptację czy tolerancję. Autorzy przytoczonego wyżej badania [Johansson i wsp., 2010] konkludują, że wgląd prezentuje się właśnie jako kluczowy mechanizm zmiany w terapii dynamicznej. Dla innych analityków uzyskanie wglądu nie było najistotniejszym czynnikiem leczącym [Markova i Berrios, 1992]. Obecnie w literaturze dominuje przekonanie, że wgląd jest nieodzowny dla uzyskania zmiany w zakresie objawów, relacji, wzorów myślenia, czucia i zachowania, czyli wyleczenia [Clemens, 2003]. Poszukując początku kształtowania się pojęcia wglądu i zdolności jego rozwinięcia, Anna Freud analizuje rozwój rozbieżności pomiędzy wglądem w procesy psychiczne i orientacją w świecie zewnętrznym. Zjawisko to występuje zazwyczaj w okresie dojrzewania funkcji „ego" w pierwszych dwóch latach życia. Śledzi ona także związek poziomu osiąganego wglądu z wpływem mechanizmów obronnych. Rozumie wgląd na dwa sposoby. Z jednej strony jest to zjawisko pozostające zadaniem analizy: przywrócić

pacjentowi wgląd, który utracił z powodu nerwicy. Z drugiej strony badaczka utrzymuje, że psychoanalityczne leczenie pozwala pacjentowi na rozwinięcie takiego poziomu wglądu, który nie może być osiągnięty przez „normalną" osobę poza terapią [Freud, 1981]. W myśl tej teorii wgląd przestaje „sąsiadować" z psychopatologią, a zbliża się, czy nawet staje się, rozwojem. Można podsumować za Moro i wsp., że nie tylko jeden mechanizm prowadzi do wglądu psychodynamicznego, i że nie istnieje prosty wzór, który pozwoli pacjentowi na zmiany zachowania. Jest konieczne rozpoznanie motywacji pacjenta, jego poznawczej pojemności, emocjonalnej ekspresji i zdolności do tworzenia relacji z obiektem, w celu nakreślenia jego indywidualnej drogi do uzyskania wglądu [Moro i wsp., 2012].

Być może jedną z istotniejszych, jakościowych różnic pomiędzy wglądem psychodynamicznym i klinicznym, którą można zauważyć jedynie u pacjentów psychotycznych jest właśnie fakt, że w teorii psychodynamicznej wgląd może być rozumiany jako coś utraconego (np. poprzez wyparcie obecnych kiedyś kompleksów, emocji itp.). Kliniczny wgląd w objawy psychotyczne jest natomiast czymś nowym, bo jakościowo inne i wcześniej nieobecne są doznania wytwórcze. W odniesieniu do dynamicznego wglądu Zygmunt Freud i wielu analityków uważało, że pacjenci chorujący na schizofrenię nie mogą być kwalifikowani do leczenia tą metodą. Pojawiały się głosy sugerujące, że ta terapia może być wręcz szkodliwa dla psychotycznych pacjentów. Według niektórych powodem miałaby być ekspozycja na wspomnienia i uświadomienie faktu, że jest się niezdolnym radzić sobie emocjonalnie [Mueser i Berenbaum, 1990]. Można to zobrazować obiegową opinią, że: „pacjent psychotyczny jest zbyt kruchy do dynamicznej terapii wglądowej". Od strony metodologicznej opisywany jest z kolei problem pomiaru efektu terapii dynamicznej [Tarrier i wsp., 2002]. Wyniki metaanalizy pokazują natomiast, że indywidualna psychoterapia psychodynamiczna posiada efekt terapeutyczny na równi z metodą poznawczo-behawioralną (CBT) i nie-psychodynamiczną terapią wspierającą [Gottdiener i Haslam, 2002], przy założeniu, że różne podejścia terapeutyczne działają na różne obszary psychopatologii. Wśród pacjentów ze schizofrenią w psychoterapii indywidualnej stosuje się zatem zasady psychoanalizy, chociaż zaleca się raczej nie stosowanie ścisłych technik analitycznych [Alanen, 2000].

Zjawiskiem opisywanym językiem psychodynamicznym jest samooszukiwanie. Wiedza o sobie, samowiedza (ang. *self-knowledge*) jest pojęciem szerszym i w tym ujęciu wgląd jest podkategorią samowiedzy odnoszącą się tylko do choroby. Musi on być jednak rozpatrywany w kontekście nie tylko choroby, ale „całego" pacjenta. W związku z tym, że

uzyskanie wglądu w chorobę w ogólnym kontekście może być niekorzystne, w tym miejscu z samowiedzą łączy sie pojęcie „samooszukiwania" (ang. *self-deception*). Najciekawszą kwestią jest pytanie o zaangażowanie pacjenta w samooszukiwanie. W jaki sposób „własne ja" (self) jest jednocześnie oszukującym i oszukiwanym [Von Hippel i Trivers, 2011; Johnson i wsp., 2005]? Dla jednych badaczy samooszukiwanie jest mechanizmem obronnym (nieświadomym), dla innych to świadomy wysiłek podejmowany dla uniknięcia zaangażowania w realność [Markova i Berrios, 1992]. Obecnie uważa się, że jest to wynik dysocjacji procesów psychicznych i wiąże się ze zjawiskami świadomymi jak i nieświadomymi [Von Hippel i Trivers, 2011]. Ponieważ w praktyce klinicznej wśród pacjentów psychotycznych oceniany jest między innymi wgląd w objawy wytwórcze (halucynacje i urojenia) szczególnie cenne wydają się próby umieszczenia zjawisk samooszukiwania, obrony i urojeń w jednej przestrzeni teoretycznej [McKay i wsp., 2005] ze względu na przybliżenie problemu roli wglądu lub jego braku w schizofrenii.

Na płaszczyźnie fenomenologicznej Karl Jaspers uważał, że wgląd to zdolność pacjenta do osądzenia tego, co sie wydarzyło w czasie rozwoju psychozy oraz zdolność do osądzenia powodów, dla których się to wydarzyło. Dokonał on rozróżnienia na świadomość choroby (ang. *awareness of illness*) i wgląd właściwy, czyli prawidłowe oszacowanie typu i nasilenia choroby (ang. *insight proper*), co wiązał z inteligencją i edukacją pacjenta. Uważał, że łatwiej jest ocenić obiektywną wiedzę pacjenta niż jego rozumienie przeznaczenia czy wykorzystania tej wiedzy, a to właśnie ten ostatni warunek jest związany z „self" (własne ja) pacjenta. Wiedza ta nie może być oddzielona od wiedzy pacjenta o samoistnieniu. Jaspers łączył koncept wglądu z osobowością pacjenta [Jaspers, 1963]. Razem z innym fenomenologiem, Klausem Conradem [Conrad, 1958] odnosił się także do wczesnego stadium psychozy, okresu w którym „pacjent czuł, że coś jest nie tak", zanim doszło do głębszego rozwinięcia braku wglądu. Opisywali oni u pacjentów ten specyficzny stan nazywając go „zakłopotaniem" (Jaspers) lub nastrojem urojeniowym „*trema*" (Conrad). W tych koncepcjach wgląd rozumiany był już jako continuum.

Zagadnieniem podobnym do zjawiska braku wglądu występującym w neurologii jest nierozpoznawanie choroby. Może ono przejawiać się jako utrata informacji, jak anozognozja opisana przez Józefa Babińskiego, lub inaczej: wiara w prawdziwość objawu jak w zespole Antona (pacjent pomimo całkowitej ślepoty utrzymuje, że widzi) [Prigatano, 2010]. Badania neurologów mogą rzucić pewne światło na zagadnienie braku wglądu w chorobach psychicznych. Anozognozja oznacza niezdolność do zdania sobie sprawy z własnej choroby.

Obserwator może odnieść wrażenie, że pacjent zaprzecza chorobie. Przykładowo osoba z paraliżem lewostronnym w ogóle go nie dostrzega ani nie dostrzega ograniczeń z tym związanych. Takie „zaprzeczanie" chorobie nie ma jednak podłoża psychicznego i nie jest reakcją adaptacyjną na doświadczenie ciężkiego schorzenia. Zjawisko cechuje się dwoma faktami. Występuje tu brak możliwości zebrania aktualnych informacji na temat stanu własnego ciała oraz brak zainteresowania swoją ogólną sytuacją. Anatomicznie anozognozja związana jest z uszkodzeniem struktur prawej półkuli mózgu w obrębie kory somatosensorycznej i istoty białej z przerwaniem połączeń pomiędzy rejonami przyjmującymi sygnały z całego ciała (czucie zewnętrzne i wewnętrzne, głębokie). Struktura ta jest nadrzędna w zakresie tworzenia zintegrowanego obrazu całego ciała, „dynamicznej mapy somatycznej", ale jej zniszczenie upośledza także procesy rozumowania, podejmowania decyzji oraz procesy emocjonalne i uczuciowe. Anozognozja nie jest więc tylko „izolowanym" nieuświadomionym lewostronnym paraliżem. Informacje o bieżącym stanie ciała stają się niedostępne, brak jest możliwości aktualizowania jego reprezentacji i w konsekwencji brak zdolności automatycznego dostrzegania zmian. Anozognostyk odnosi się do stanu zdrowia sprzed wystąpienia urazu. Z tego wynika z jednej strony irracjonalny werbalny opis własnych dolegliwości, z drugiej strony nieadekwatne do stanu zdrowia komunikowane uczucia i emocje. Anozognozja w kontekście „ja" oznacza zubożoną, w wyniku utraty zdolności przetwarzania danych związanych ze stanami ciała, jaźń. [Damasio, 1999]. W kontekście analizy zagadnienia wglądu w psychiatrii [Shad i wsp., 2006b] można powiedzieć, że to, co w neurologii dzieje się „na ostro", w psychozie zachodzi wolniej, ale podobnie w jednym i drugim przypadku pewien obszar mózgu przestaje się komunikować z resztą jego struktur.

Analizując temat wglądu można postawić wiele pytań. Jeśli spojrzymy na problem od strony dynamiki wglądu w indywidualnym przypadku, trudno nie zapytać, w jaki sposób człowiek uzyskuje wgląd? Czy pojawienie się wglądu to stopniowy proces czy też jest możliwe nagłe jego uzyskanie? Czy pacjent, budząc się pewnego ranka, może nagle zawołać: „Wiem! Te głosy to halucynacje, a ja potrzebuję leczenia". W procesie psychodynamicznym wgląd, poprzedzony długotrwałym dążeniem do zmiany opisywanym często jako „poruszanie się we mgle", może pojawić się nagle z uczuciem zaskoczenia i odkrycia [Moro i wsp., 2012]. W tym aspekcie interesującym zagadnieniem jest doświadczenie opisywane w psychologii poznawczej jako "aha! experience". Chodzi tutaj w zasadzie o spostrzeżenie, o doznanie pewnego rodzaju olśnienia, nabycie niemalże w sposób natychmiastowy pewnej wiedzy, np.

jak rozwiązać trudne zadanie matematyczne. Wymieniane są cztery główne cechy takiego wglądu czy spostrzeżenia: nagłość, łatwość, pozytywny afekt (taki wgląd jest gratyfikujący) i poczucie posiadania racji bez konieczności upewniania się [Topoliński i Reber, 2010]. Czy w odniesieniu do choroby psychicznej można sobie wyobrazić taką „olśnieniową" czy „spostrzeżeniową" drogę uzyskiwania wglądu? Literatura psychiatryczna, zwłaszcza ta odnosząca się do schizofrenii, zna przykład raczej odwrotny: „olśnieniowe", intuicyjne uzyskiwanie urojeniowych przekonań. Klaus Conrad nazwał to zjawisko „Aha-Erlebnis" (*aha-experience*, „objawienie", tzw. „olśnienie schizofreniczne") [Mishara, 2009]. Z obserwacji klinicznych można wnioskować, że jest możliwa taka „nagła" droga uzyskania wglądu, przy czym trzeba zaznaczyć, że „nagła" nie znaczy nie poprzedzona leczeniem farmakologicznym albo niekiedy wieloletnią relacją terapeutyczną. Często nie niesie ze sobą także gratyfikacji, a raczej depresyjność.

Dla rzetelnej oceny wglądu istotne są następujące wnioski. Pierwszy, wiąże sie z istnieniem odmiennych modeli wglądu dla różnych zaburzeń psychicznych. W psychozach niski wgląd lub brak wglądu oznacza pozostawanie poza kontaktem z realnymi doświadczeniami, zdarzeniami. W nerwicach niski poziom wglądu opisuje stan tłumienia, obrony przed uświadomieniem nie tolerowanych przez ego pragnień i popędów. W jednostkach neurologicznych brak wglądu jest bezpośrednio wynikiem uszkodzenia struktur mózgu a w otępieniach zawiera sie w ogólnej poznawczej zapaści. Drugi wniosek to przejście od rozumienia wglądu jako izolowanego objawu do postrzegania zjawiska jako continuum związanego z osobowością (Jaspers) i psychopatologią (Lewis) oraz klinicznym ujęciem wielowymiarowym [Markova i Berrios, 1992].

1.3.3. Wielowymiarowość wglądu w psychozie

Wgląd jest jednym z podstawowych zagadnień w dyskusji nad psychozą i jej przebiegiem. Jest złożonym fenomenem nie oznaczającym jedynie świadomości choroby czy właściwej atrybucji objawów, ale opisującym także zdolność rozumienia aspektów psychodynamicznych po wybuchu psychozy.

Przełom lat 80. i 90. XX wieku to okres nowego spojrzenia na fenomen wglądu i próby konceptualizacji jego złożonej natury, z wyraźnym porzuceniem sposobu rozumienia go jako zjawiska jednowymiarowego. Najistotniejszym, dla niniejszej pracy, jest fakt, że w świetle klinicznych koncepcji wglądu, współpraca w leczeniu jest jednym z jego wymiarów – tym najbardziej uchwytnym, najlepiej poddającym się obiektywnej ocenie [Wciórka, 1998].

W modelu trzech wymiarów współpraca w leczeniu, świadomość choroby oraz zdolność nowego nadawania znaczenia doświadczeniom psychotycznym to elementy opisujące konstrukt wglądu [David, 1990]. Pięć wymiarów wglądu podaje natomiast Greenfield wyróżniając wgląd w objawy, poczucie choroby, rozumienie jej przyczyn, uwzględnienie nawrotu oraz ocenę wartości leczenia [Greenfield i wsp., 1989]. Amador definiuje zjawisko jako poczucie (świadomość) choroby i stwierdza podobieństwo braku wglądu w psychozie do utraty świadomości deficytu w zaburzeniach neurologicznych [Amador i wsp., 1991], a inni [Cuesta i Peralta, 1994] opisują zasadnicze etiologiczne hipotezy braku wglądu dodając do „wglądu jako neuropsychologicznego deficytu" także „wgląd jako objaw" i „wgląd jako obrona". Koncepcja wglądu jako obrony przed poczuciem rezygnacji i beznadziejności wywodzi się z badań nad związkiem wglądu i popsychotycznej depresji [McGlashan i Carpenter, 1976]. Obecnie wiele badań koncentruje się wokół definicji „wglądu poznawczego" rozumianego jako „zdolność pacjenta do korekcji błędnych interpretacji i zniekształconych przekonań" [Beck i wsp., 2004]. Jest to o tyle istotna gałąź badań, że oprócz narzędzi pomiaru intensywnie opracowuje nowe narzędzia terapeutyczne zorientowane na poprawę wglądu w schizofrenii [Pijnenborg i wsp., 2011; Chang i wsp., 2011; Gawęda i wsp., 2009]. Obecnie mierzy się i traktuje wgląd jako fenomen wielowymiarowy, uważany za pochodną czynników psychologicznych, neuropsychologicznych i organicznych [Ouzir i wsp., 2012], a pomimo to jest to ciągle konstrukt krytykowany i poddawany dyskusjom, szczególnie w kontekście psychiatrii transkulturowej i w odniesieniu do leczenia dostosowanego do potrzeb, a także indywidualnego doświadczenia pacjentów. Badaczki Perkins i Moodley [1993] opisują wgląd jako koncept skrajnie surowy, redukcjonistyczny, proponujący osobie doświadczonej ekstremalne ograniczenie sposobu rozumienia swojego niepokoju i cierpienia i nazywania ich w języku zachodniej psychiatrii. Stawiają pytanie, w jaki sposób pouczająca lub użyteczna może być redukcja czyichś indywidualnych wyjaśnień i poszukiwań do jednej skali wglądu? Przestrzegają, że takie koncepcje jak wgląd utrwalają aroganckie, promujące świadczeniodawcę, modele opieki, które mogą nie spotkać się nigdy z potrzebami tych, którym służą. W literaturze można znaleźć odpowiedzi na te poważne zastrzeżenia. Aktualne wielowymiarowe modele nie są kulturowo wrażliwe do oceny wglądu [Tranulis i wsp., 2008]. Proponowany przez Jacoba model wglądu, nawiązujący do problemu subiektywności doświadczenia, pozostawia z koncepcji Davida jedynie wymiar zdolności do zdefiniowania psychotycznego doświadczenia jako anormalnego, natomiast świadomość choroby psychicznej rozszerza o lokalne przekonania dotyczące choroby - mogące zawierać jednocześnie nawet kilka sprzecznych wyjaśnień, a współpraca w leczeniu oznacza także

poszukiwanie leczenia poza obszarem medycznym [Jacob, 2010]. Wyniki badań podejmowanych w Indiach polemizują z powszechnym w psychiatrii rozumieniem wglądu jako czynnika niezależnego od psychopatologii i przewidującego przebieg psychozy. Według tych wyników wgląd miałby być zjawiskiem wtórnym, z jednej strony, do progresji choroby i, z drugiej strony, do kulturowych i społecznych uwarunkowań środowiska. Wyniki te sugerują, że sam wgląd jest modelem wyjaśniającym i może odzwierciedlać próby radzenia sobie z niszczącymi skutkami zaburzeń psychicznych [Jacob, 2014; Johnson i wsp., 2012].

Wgląd i jego ocena to w dyskusji o schizofrenii pole, na którym szczególnie wyraźnie istnieje problem subiektywności. Jak się ma obiektywizm klinicysty chociażby do wyznawanego przez niego paradygmatu biologicznego lub psychoterapeutycznego? Przeglądając historyczną, jak i najnowszą literaturę dotyczącą samej schizofrenii można zaryzykować stwierdzenie, że najwierniejszym sposobem opisu tego zjawiska jest wypunktowanie licznych wątpliwości z nim związanych. Źródłem tych wątpliwości jest żywo obecna linia styku obiektywność-subiektywność. Problem przedstawia Strauss [Strauss, 2011], który stwierdza, że określenie „subiektywne" w gruncie rzeczy funkcjonuje obecnie jako zobiektywizowane słowo oznaczające „pełen szacunku dystans racjonalisty", a tymczasem dla kompletnej wiedzy o zdrowiu psychicznym należy przykładać odpowiednią uwagę do danych obiektywnych, jak i subiektywnych. Jednakże dane subiektywne są szczególnie lekceważone, traktowane jako część słabo definiowalnych pojęć „sztuki lekarskiej" czy „sztuki psychiatrii". Od strony metodologicznej brak jest adekwatnych narzędzi do badania nieuchwytnego subiektywnego doświadczenia ludzkiego. Strauss postuluje wymóg, by doświadczenie było traktowane na równi z tym, co obiektywne. W tym celu odwołuje się do technik i metod narracyjnych, które są zdolne pomieścić subiektywne doświadczenie. Proponuje by dla uchwycenia empirycznych aspektów subiektywności czerpać ze sztuki (teatru), bez redukcji doświadczenia do kategorii i numerów. Jego zdaniem poprzez subiektywność można opisać wiele obszarów dotyczących kondycji chorującej osoby, jak: aktywność, poczucie sensu bycia w świecie czy relację terapeutyczną (która często lekceważona jest jako „niespecyficzny czynnik terapeutyczny"). Przyczyny ignorowania przez psychiatrię subiektywności z jej mocą i subtelnością wywodzą się z faktu, że psychiatria chce być akceptowana przez pozostałe dziedziny medycyny i chce uniknąć zarzutu o nienaukowość. Strauss, kiedy przytacza przykład na najskuteczniejszy czynnik leczący w wieloletnich badaniach na schizofrenią, odwołuje się do zdania pacjentów: „był ktoś, kto potraktował mnie poważnie" [Strauss, 2011; Strauss, 2013]. Sprowadza w ten

sposób dyskusję o świadomości choroby, świadomości objawów i świadomości leczenia do kwestii bezpiecznej relacji terapeutycznej.

1.4. Współpraca w leczeniu farmakologicznym

1.4.1. Definicje współpracy w leczeniu farmakologicznym

Pomimo, że współpraca w leczeniu jest zjawiskiem autonomicznym to należy zaznaczyć, że wśród większości definicji wglądu i właściwie wszystkich wielowymiarowych jego ujęć, występuje różnie precyzowana postawa wobec leczenia. W niniejszej pracy doktorskiej zjawisko współpracy w leczeniu farmakologicznym nazywane jest roboczo regularnością farmakoterapii. Jednak w literaturze jest ono definiowane szerzej niż w odniesieniu do farmakoterapii i podlega licznym zmianom zależnym od ewolucji pojęcia relacji lekarz-pacjent. Terminem powszechnie używanym, ale i krytykowanym jest *compliance* definiowane jako „stopień, w jakim zachowanie pacjenta, dotyczące przyjmowania leku, stosowania diety, wdrażania zmian stylu życia pokrywa się z poradą medyczną lub zdrowotną" [Friemann i Wciórka, 2008; Haynes i Sackett, 1979]. Pośród funkcjonujących w praktyce kilku alternatywnych terminów dla „respektowania zaleceń" jak *compliance, adherence, concordance* oraz w pewnych założeniach odmiennego *shared decision making* (wspólne podejmowanie decyzji) [Towle i Godolphin, 1999] zjawisko oceniane w badaniu krakowskim najbliższe jest definicji *adherence*. W języku polskim *adherence* i *compliance* występują często zamiennie, a w piśmiennictwie międzynarodowym używa się ich także bliskoznacznie [Corrigan i wsp., 1990]. W obszernym przeglądzie literatury dotyczącej tego zagadnienia analiza badań opisujących współpracę w leczeniu dotyczy tych, definiujących zjawisko zarówno jako *adherence,* jak i *compliance* [Higashi i wsp., 2013]. Precyzując, za Friemann i Wciórką, *adherence* rozwija definicję *compliance* podkreślając potrzebę wstępnej zgody, czy też porozumienia między lekarzem a pacjentem [Friemann i Wciórka 2008]. Podkreślana jest złożoność zjawiska współpracy w leczeniu (*adherence*), z czego wynika jej zróżnicowane przejawianie się w praktyce klinicznej. Po pierwsze, współpraca w leczeniu nie jest wynikiem leczenia, a ma znaczenie jako czynnik zakłócający wyniki. Po drugie, w schizofrenii problem współpracy często nakłada się na problemem ograniczenia skuteczności leków przeciwpsychotycznych. Po trzecie, współpraca w leczeniu może być rozumiana jako zachowanie (zażywanie / brak zażywania) i/lub jako postawa (preferowanie zażywania/ preferowanie nie zażywania). Po czwarte, w ujęciu zagadnienia współpracy w leczeniu jako postawy, przekonania pacjenta zawsze traktowane są

jako realność. Po piąte, zachowania związane ze współpracą zmieniają się i fluktuują na przestrzeni czasu i powinny być postrzegane jako część choroby w kontekście długoterminowej ścieżki pożądanych efektów klinicznych, takich jak zdrowienie (ang. *recovery*) [Weiden, 2006]. Wiele czynników wpływa na kształtowanie się współpracy w leczeniu, w tym takie, które wpływają na przekonania pacjenta na temat swojej choroby i korzyści z leczenia, postrzeganie kosztów leczenia i barier w leczeniu. Skutki uboczne leków, które są dokuczliwe dla pacjentów i związane z brakiem współpracy obejmują objawy pozapiramidowe, akatyzję, zaburzenia seksualne i przyrost masy ciała. Współpraca w leczeniu może być poprawiona przez zastosowanie elementów terapii poznawczo-behawioralnej i innych interwencji psychospołecznych [Perkins, 2002]. Uważa się, że pacjenci z chorobami psychicznymi mają zazwyczaj duże trudności stosowania się do schematu lekowego, ale również mają największy potencjał korzyści ze współpracy w leczeniu farmakologicznym. Interesujące jest spojrzenie na problem z perspektywy innych osób zaangażowanych w leczenie. Badano pacjentów oraz ich krewnych i lekarzy psychiatrów zadając pytanie o współpracę w leczeniu w krótkim, miesięcznym przedziale czasowym. Psychiatrzy ocenili współpracę jako dobrą u 43% badanych, krewni - u 82%, chociaż zauważyli, że 47% z nich zapomina czasem brać leku, a pacjenci - u 95%. Duże rozbieżności nakłaniają do podejmowania prób wypracowania metod oceny współpracy i narzędzi terapeutycznych, które pozwoliłyby na uzyskanie długoterminowych dobrych wyników leczenia [Giner i wsp., 2005]. Aktualne badania nad współpracą w leczeniu zmierzają do wypracowania jej optymalnej formy, poprzez uzgadnianie (ang. *concordance*) do wspólnego podejmowania decyzji (ang. *shared decision making*), która stymulowałaby potrzeby pacjenta do przyjmowania większej odpowiedzialności w zakresie leczenia [Hamann i wsp., 2011].

Definiowanie współpracy w leczeniu nie wiąże się tylko z uwzględnieniem stopnia „dopuszczenia" pacjenta do decydowania. Niektórzy autorzy podkreślają niejednolitość grupy „niewspółpracujących" badanych. Intencjonalnie niewspółpracujący (ang. *intentional noncompliers*), czyli np. odmawiający zażywania leków, to grupa z bardziej prawdopodobnym niższym poziomem wglądu, natomiast nieintencjonalny brak współpracy (ang. *nonintentional noncompliers*), jak u osób roztargnionych, miałby być częściej wynikiem deficytów poznawczych czy ograniczeń środowiskowych [Acosta i wsp., 2009]. W tym miejscu zagadnienie współpracy w leczeniu miałoby swój aspekt „organiczny", podobnie jak wgląd w przypadku anozognozji.

Problem subiektywność - obiektywność w przestrzeni współpracy w leczeniu jest dobrze widoczny w analizie roli narzędzi do oceny tejże. Pomimo, że metody obiektywne znacznie rzetelniej oceniają zjawisko od tych nieobiektywnych [Acosta i wsp., 2012], to właśnie te ostatnie, pomimo krytyki, są nadal najchętniej stosowane. Wynika to przede wszystkim z wpływu narzędzia badania na relację. O ile można jeszcze zaakceptować metody obiektywne w krótkoterminowych badaniach naukowych, to trudno sobie wyobrazić, np. ocenę współpracy w leczeniu farmakologicznym poprzez mierzenie stężenia metabolitów leku w moczu, w relacji terapeutycznej. Taka „policyjna" kontrola używana w leczeniu pacjentów chorujących na schizofrenię byłaby wręcz szkodliwa, budząca lęk, niszcząca zaufanie. Metody subiektywne są zatem nadal chętnie stosowane, gdyż opierając się na wzajemnym zaufaniu i szacunku nie ingerują w rozwój dobrej współpracy w leczeniu i dobrej relacji terapeutycznej [Friemann i Wciórka, 2009]. Można powiedzieć, że powszechne stosowanie tych metod jest wyrazem uwzględnienia wymiaru subiektywnego pacjenta.

1.4.2. Udział własny pacjenta w leczeniu

Mniej więcej do połowy XX wieku w psychiatrii relacja pomiędzy pacjentem a personelem miała charakter w zasadzie autorytarny. Pacjent miał stosować się do zaleceń lekarza (*compliance*), przy czym należy pamiętać, że możliwości terapeutyczne, w szczególności farmakoterapeutyczne były w tamtym okresie znacznie ograniczone. Początek rozumienia współpracy w leczeniu przez profesjonalistów jako zjawiska dopuszczającego wstępną zgodę pacjenta (*adherence*) to jednocześnie początek rozwoju psychoedukacji, jednego z najsilniejszych terapeutycznych oddziaływań w leczeniu psychoz. Badanie, które jest przedmiotem niniejszej pracy prowadzone było w kontekście środowiska terapeutycznego (ang. *milieu therapy*) i w takich właśnie warunkach odbywał się rozwój idei współpracy w leczeniu pacjentów cierpiących na psychozy schizofreniczne. W latach 50. XX wieku Maxwell Jones zaproponował ideę społeczności terapeutycznej jako formy terapii społecznej. Rozwinął koncepcję, w której struktura środowiska była terapeutycznym elementem leczenia. Społeczność terapeutyczna była strukturą, w której pacjenci brali aktywny udział w podejmowaniu decyzji [Jones, 1953]. W latach 70. Gunderson wyszczególnił pięć procesów koniecznych dla terapii *milieu*, by miała charakter leczący. Zapewnienie bezpieczeństwa (ang. *containment*) oraz dostarczanie wsparcia (ang. *support*) miało na celu zdjęcie z pacjentów ciężaru kontroli i omnipotencji. Struktura (ang. *providing structure*) oznaczała przewidywalną organizację ról i obowiązków oraz stałego czasu i miejsca. Włączenie – zaangażowanie (ang. *involvement*) wiązało się ze zwróceniem szczególnej uwagi na kontakt pacjenta z otoczeniem

(rodziną). Indywidualizacja (ang. *validation*) miała upewniać pacjenta w jego odrębności [Gunderson, 1978]. Szósty istotny czynnik terapeutyczny dodał Washburn opisując go jako negocjację (ang. *negotiation*) zapewniającą pacjentowi partnerstwo w relacji z personelem i współdecydowanie w sprawach jego dotyczących [Washburn i Conrad, 1979]. Obecnie w literaturze dominują propozycje rekonceptualizacji pojęcia terapii milieu do optymalnego środowiska leczącego (ang. *optimal healing environment*) [Mahoney i wsp., 2009]. Uwzględnienie tych czynników w relacji terapeutycznej jest konieczne dla dobrej współpracy w leczeniu. Pacjent jest współautorem swojego leczenia, pacjent jest partnerem [Kępiński, 2002]. Współpraca w leczeniu to zjawisko, które „dzieje się" w relacji. Pytanie, na ile współpraca w leczeniu wynika z relacji terapeutycznej, jest obecnie istotnym i perspektywicznym obszarem badań. Istotne są obydwie perspektywy relacji terapeutycznej: pacjenta i terapeuty, chociaż mogą odzwierciedlać różne jej aspekty [McCabe i wsp., 2012]. Badane są także takie konteksty tego zjawiska jak psychodynamiczna psychofarmakologia uwzględniająca czynniki interpersonalne w farmakoterapii tzw. „lekoopornych" pacjentów [Mintz i Belnap, 2006], czy zagadnienie rozumienia i przeżywania leku przez pacjenta, kiedy lek staje się obiektem relacji [Murawiec, 2004].

ROZDZIAŁ II.

Związek wglądu pacjenta i jego współpracy w leczeniu farmakologicznym z odległymi wynikami leczenia - przegląd wyników badań

2.1. Wgląd w schizofrenii w badaniach wczesnych i wieloletnich

Dla zidentyfikowania dostępnych badań nad wglądem dokonano przeglądu bazy MEDLINE i PSYCINFO. Bazy przeszukiwano pod kątem słów kluczowych: *insight, awareness, schizophrenia, psychosis, psychopathology, positive* and *negative symptoms, depression, long-term, longitudinal, follow – up.* W celu rzetelniejszej identyfikacji źródeł używano naprzemiennie: *insight* lub *awareness* w kombinacji ze słowami: *schizophrenia* lub *psychosis*. Najpowszechniejsze okazały się obserwacje 1-roczne i 2-letnie dotyczące wglądu [Mohamed i wsp., 2009; Parellada i wsp., 2010], natomiast wyników badań 15-letnich czy 20-letnich nie znaleziono w ogóle. Najdłuższe badania, które wyszukano to, z pewnymi zastrzeżeniami metodologicznymi, 4-7-letnie [Soskis i Bowers, 1969] oraz 10-letnie [Wciórka, 1998]. Spośród uzyskanych wyników zostały zatem wybrane głównie rezultaty badań wczesnych, będących podłużną i prospektywną lub przekrojową oceną. Z poniższego przeglądu wyłączono grupę badań nad wglądem poznawczym z powodu odmiennej od klinicznych koncepcji wglądu.

Brak przekonania o chorobie charakteryzuje 50-80% pacjentów ze schizofrenią [Amador i Gorman, 1998]. W zakresie badania związku wglądu z psychopatologią, ocena pacjentów w ostrej psychozie przy przyjęciu, po 3 i 6 tygodniach wykazała, że wgląd wiąże sie z ogólną psychopatologią, ale odnosi się do właściwej atrybucji przeszłych, a nie aktualnych objawów chorobowych. Im wyższy był wymiar negatywny psychozy, tym mniejsze występowały tendencje do poprawy wglądu [Kemp i Lambert, 1995]. W badaniu 100-osobowej grupy pacjentów, będących w świeżej remisji, na starcie badania lepszy wgląd korelował z obniżonym nastrojem i mniej nasilonym wymiarem pozytywnym, natomiast w dalszej obserwacji poprawa wglądu wiązała się z nasileniem depresyjności i nie wiązała się ze zmianami w wymiarze pozytywnym [Carroll i wsp., 1999]. Inna praca oceniająca grupę 151 pacjentów wykazała istotność dodatniej korelacji wglądu z depresją/lękiem i ujemnej - z pobudzeniem psychoruchowym i urojeniami [Buchy i wsp., 2009]. W kolejnym badaniu

adolescenci chorujący na schizofrenię z dobrym poziomem wglądu, mieli istotnie wyższe ryzyko rozwoju popsychotycznej depresji i zachowań samobójczych [Schwartz-Stav i wsp., 2006]. W 6-miesięcznym badaniu prospektywnym, odnoszącym się do czynników społeczno-demograficznych, wgląd dodatnio korelował z lepszym przedchorobowym funkcjonowaniem, lepszym wykształceniem, wiekiem, ze współpracą w leczeniu, a także z wymiarem objawowym lęk/depresja. Z kolei odwrotna korelacja zachodziła pomiędzy wglądem a jakością życia i wymiarem pozytywnym psychozy [Wiffen i wsp., 2010]. W dużym badaniu grupy 1213 pacjentów chorujących na schizofrenię wykazano dodatnią korelację wglądu z poziomem wykształcenia i odwrotną korelację z ogólnym nasileniem psychopatologii oraz wymiarem pozytywnym, negatywnym, poznawczym i pobudzeniem psychoruchowym. Na poziomie objawów najsilniejszy związek z obu badanymi wymiarami wglądu, świadomością choroby i atrybucją objawów wykazywały: "urojenia", "wielkościowość", "wycofanie społeczne" i "poczucie winy" [De Hert i wsp., 2009]. W innym badaniu [Stefanopoulou i wsp., 2009] wgląd dodatnio korelował z lękiem i psychotycznością. Poprawa wglądu związana była z wyższym nasileniem lęku, mniejszym nasileniem psychopatologii i większymi psychospołecznym trudnościami w funkcjonowaniu. Wyniki badań prospektywnych nad wglądem są częściowo zbieżne, a częściowo różne w zakresie oceny stabilności wglądu w przebiegu psychozy i rodzaju zależności między wglądem a psychopatologią. Cuesta stwierdza, że umiarkowane do ciężkich zaburzenia wglądu utrzymują się na stałym poziomie w czasie psychozy, a wgląd w poprzednie epizody psychozy poprawia się niezależnie od diagnozy. Im większe nasilenie objawów negatywnych i dezorganizacji w psychozie, tym mniejsze zmiany postawy do leczenia. Nie znaleziono natomiast zależności pomiędzy wglądem a wymiarem afektywnym psychozy oraz uznano wgląd i psychopatologię za częściowo niezależne wymiary psychozy [Cuesta i wsp., 2000]. Czas obserwacji w tym badaniu wynosił od 6 miesięcy do 2 lat i obejmował pacjentów z diagnozą schizofrenii (n=37), zaburzeń schizoafektywnych i afektywnych, pozostających w co najmniej 3-miesięcznej remisji. Z kolei w innej pracy [David i wsp., 1995], w której przekrojowo i podłużnie badano za pomocą skali PSE (*The Present State Examination*) grupę 150 osób przez okres średnio 4 lat (47 miesięcy), gdzie ocena początkowa odbywała się w okresie ostrej psychozy, obserwacja stabilności wglądu dała wynik wątpliwy. Autorzy tłumaczą ten fakt tym, że początkowe badanie przeprowadzane było w okolicznościach przyjęcia do szpitala, w ostrej psychozie. Wysoki iloraz inteligencji (niem. *Intelligenz-Quotient,* IQ), wyższa klasa społeczna i co ciekawe leworęczność związane były z lepszym wglądem, ale po 4 latach ten związek dotyczył tylko leworęczności. Wymiar afektywny

(depresyjność) pozostawał, jak w badaniu Cuesty, bez związku z wglądem. Mintz i wsp. [2003] w metaanalizie 40 prac przedstawili niewielką ujemną korelację pomiędzy wglądem a wymiarem negatywnym i pozytywnym oraz słabą dodatnią korelację pomiędzy wglądem a wymiarem depresyjnym schizofrenii. Czynniki takie jak ostry początek psychozy i wiek wpływały na kształtowanie się zależności wglądu i objawów psychopatologicznych. W innej pracy [Mintz i wsp., 2004] dokonano oceny podłużnej w kilku punktach pomiarowych: przy przyjęciu, po 3, 6 i 12 miesiącach. Narzędziem badającym wgląd był item G12 skali PANSS (*the Positive and Negative Syndrome Scale*), gdzie w dychotomicznym podziale wartość 4 i więcej definiowana była jako brak wglądu. Opisując dynamikę wglądu autorzy piszą o jego istotnej poprawie po 12 miesiącach. Wgląd był ujemnie skorelowany z wymiarem pozytywnym i negatywnym, a dodatnio skorelowany z wymiarem depresyjnym przy przyjęciu. Ograniczeniem tej pracy była 26% grupa z diagnozą psychozy innej niż schizofrenia. Być może to jest przyczyną stosunkowo wysokiego odsetka badanych z dobrym wglądem, który w początkowej ocenie prezentowało 64% osób, a po roku 79%. W innej metaanalizie Lincoln i wsp. [2007] znajdują, że wgląd korelował z lepszym długoterminowym funkcjonowaniem (część prac w metaanalizie badała społeczne funkcjonowanie, inna część – ogólne funkcjonowanie) i nasileniem depresji w ocenie poprzecznej i podłużnej. Wgląd wykazywał zależność ze współpracą w leczeniu. W kolejnej pracy, opisującej 4-letnią obserwację wgląd poprawiał się w czasie; pojawiła się dodatnia korelacja z depresją i ryzykiem prób samobójczych [Crumlish i wsp., 2005]. Zatem w odniesieniu do samej tylko zależności wgląd-depresja, która często potwierdza się w praktyce klinicznej, należy stwierdzić, że wyniki różnych badań nie są zbieżne. Mohamed i wsp. [2009] obserwowali związek pomiędzy wglądem a postawami wobec leczenia farmakologicznego, objawami schizofrenii, depresyjnością oraz funkcjonowaniem społecznym w 18-miesięcznym badaniu. Wyższy poziom wglądu na starcie badania wiązał się z niższym nasileniem objawów psychozy w punkcie końcowym obserwacji. Wgląd ujemnie korelował z psychopatologią schizofrenii natomiast dodatnio – z depresją. Wyjściowo opisano znaczący związek pomiędzy wglądem a postawami wobec leków, objawami schizofrenii, depresją i społecznym funkcjonowaniem. Drake i wsp. w badaniu kohortowym, gdzie obserwacja trwała 18 miesięcy wykazali istotny wpływ wglądu na wskaźniki przebiegu choroby. Niski poziom wglądu przewidywał nawrót psychozy i wysoko skorelowaną z nawrotem rehospitalizację. Natomiast sam wgląd niezależnie nie przewidywał objawów lub poziomu społecznego funkcjonowania po uwzględnieniu w analizie innych czynników rokowniczych [Drake i wsp., 2007]. Kolejne badanie szeroko analizowało

zagadnienie wglądu odnosząc się do psychopatologii, cech demograficzno-społecznych oraz neuroanatomii. Dwuletnia obserwacja obejmowała jednak 110 osobową grupę adolescentów z różnymi diagnozami (w tym 44 z diagnozą schizofrenii). W takiej grupie wiekowej z lepszym wglądem związany był starszy wiek. Im bardziej nasilona była psychoza tym wgląd osiągał niższy poziom. Z niskim wglądem związane były: gorsze zadaniowe funkcjonowanie, niższy iloraz inteligencji (IQ), dłuższy czas nieleczonej psychozy (*Duration of Untreated Psychosis,* DUP), objawy depresyjne i gorsze przedchorobowe przystosowanie. Wolumetryczne deficyty czołowej i ciemieniowej istoty szarej na początku korelowały z gorszym wglądem w objawy po 2 latach. Wśród najbardziej stałych zmiennych wyjaśniających różne aspekty wglądu po 2 latach były: wgląd w chorobę po 1 roku (oceniony skalą SUMD, *Scale for Assessment of Unawareness of Mental Disorder*), DUP i wyjściowy IQ. Dodatkowo IQ i wgląd w chorobę po 1 roku razem z objętością lewej czołowej i ciemieniowej istoty szarej wyjaśniały 80% wariancji wglądu w objawy psychotyczne [Parellada i wsp., 2010]. Saeedi i wsp. prowadzili 3-letnią obserwację wglądu (używano itemu G12 skali PANSS) u osób z pierwszym epizodem psychozy dokonując pomiarów co jeden rok. Analizowali grupę 278 chorych, w tym około 70% spełniających kryteria dla schizofrenii. W analizie dynamiki wglądu dobry wgląd na starcie prezentowało 60% badanych, po 1 roku – 80%, po 2 latach 78,6%, po 3 latach – 82,8%. Grupa z niskim wglądem w każdym pomiarze miała znacząco wyższe nasilenie objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnej psychopatologii. Grupa z wysokim wglądem miała wyjściowo wysoki poziom depresji. Gorszy wgląd związany był z gorszymi funkcjami poznawczymi [Saeedi i wsp., 2007]. W następnej pracy grupa 251 pacjentów (w tym 58% ze schizofrenią) była badana przez 2 lata. Z lepszym wglądem wiązały się czynniki społeczno-demograficzne jak starszy wiek, płeć żeńska i rasa biała. W zakresie psychopatologii z niskim wglądem korelował bardziej nasilony wymiar pozytywny, negatywny i ogólna psychopatologia, a z dobrym wglądem – depresyjność. Z lepszym wglądem wiązały się lepsze funkcje neurokognitywne i większe objętości struktur mózgowych. Obserwacja dynamiki wglądu skutkowała wnioskiem, że wgląd poprawił się znacząco w grupie w ciągu 2 lat badania [McEvoy i wsp., 2006]. Sim i wsp. badali przez okres 2 lat w grupie 142 osób z pierwszym epizodem schizofrenii znaczenie współwystępowania zaburzeń psychiatrycznych z osi I klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM IV dla przebiegu choroby, w tym dla wglądu (ocenianego SUMD). Zauważono mniejszą poprawę świadomości choroby i objawów oraz gorszy wgląd w konsekwencje choroby w przypadku występowania współchorobowości (ang. *comorbidity*). Ponadto wgląd badany na początku był ujemnie skorelowany z wymiarem negatywnym

psychozy i dodatnio skorelowany z ogólnym funkcjonowaniem (GAF) po 2 latach [Sim i wsp., 2006]. Schwartz i wsp. [1997] na starcie i po 1 roku badali niewielką grupę pacjentów z diagnozą schizofrenii. Pomimo, że obserwacja dotyczyła tylko 23 osób to średni okres chorowania w grupie wynosił 17 lat. W grupie przewlekle chorujących osób stwierdzono, że wgląd pacjenta jest znacząco związany z ogólnym funkcjonowaniem i funkcjonowaniem w zakresie szczegółowych umiejętności społecznych. Większy poziom wglądu wiązał się z lepszą współpracą w leczeniu farmakologicznym i lepszymi wynikami leczenia choroby.

Szereg badań odnosi się do związku wglądu z jakością życia. W 50-tygodniowym badaniu [Gharabawi i wsp., 2006] poprawa wglądu wiązała się z poprawą w zakresie depresji, wymiaru negatywnego i dezorganizacji myślenia, ale nie jakości życia. W innej pracy próbowano szukać zależności pomiędzy wglądem a depresją, niską jakością życia i niską samooceną konkludując, że taki związek wynika ze stygmatyzacji [Staring i wsp., 2009]. Wgląd korelował odwrotnie z jakością życia i depresyjnością nie tylko w ocenie obiektywnej, ale także na skali samooceny [Karow i wsp., 2008]. Z kolei związek wglądu z autostygmatyzacją potwierdzają inni autorzy [Cavelti i wsp., 2012] proponując uwzględnienie tego zjawiska w psychoedukacji. Badano także wgląd u osób chorujących na schizofrenię w kontekście ważnego czynnika społecznego jakim jest praca. Grupa objęta programem wspomaganego zatrudnienia na chronionym rynku pracy przez okres 6 miesięcy była oceniana co 4 tygodnie. Wykazano utrzymujący się przez cały okres zatrudnienia związek gorszego wglądu z gorszą wydajnością pracy. W badaniu tym drugim czynnikiem istotnie skorelowanym z gorszą wydajnością pracy był wymiar negatywny często, w piśmiennictwie, skorelowany z wglądem [Erickson i wsp., 2011]. W przekrojowym badaniu nad związkiem wglądu, stresu i stylów radzenia sobie najkorzystniejsze dla uzyskania wglądu okazały się: stosowanie pozytywnych przeformułowań i szukanie społecznego oparcia. Zaprzeczanie nie korelowało z wglądem natomiast pacjenci posługujący się psychicznym wycofaniem się prezentowali niższą świadomość choroby [Cooke i wsp., 2007].

Johnson w 5-letniej obserwacji opisuje wgląd w kontekście modeli wyjaśniających (*explanatory models*) badając populację Indii. W grupie 131 pacjentów z diagnozą schizofrenii po 5 latach niewiele, ponad połowa badanych wyjaśniała swoje dolegliwości modelem chorobowym, pozostali rozumieli przyczyny zaburzenia w języku nie-medycznym, np. w czarnej magii. Pojawiła się ujemna korelacja pomiędzy wglądem a ogólną psychopatologią. Wgląd i niemedyczne modele wyjaśniające były istotnie związane z wynikami leczenia po 5 latach. Badacze postulują rozumienie wglądu i modeli

wyjaśniających jako mechanizmów radzenia sobie wtórnych do psychopatologii i przebiegu choroby [Johnson i wsp., 2012]. Odwołując się do wcześniejszych badań [Saravanan i wsp., 2007] Johnson pisze o ujemnej korelacji wglądu z niemedycznymi modelami wyjaśniającymi, co tłumaczy naturalnym wynikiem używania narzędzi badania wglądu pomijających kontekst kulturowy, a oceniających zjawisko jedynie w języku medycznym.

Badania nad związkiem wglądu z cechami neuroanatomicznymi poszukują deficytów w okolicach przedczołowych mózgu [Sapara i wsp., 2007]. Deficyty w obrębie grzbietowo-bocznej kory przedczołowej (*dorsolateral preftontal cortex*, DFLPC) mogą skutkować nieświadomością choroby poprzez zakłócanie procesów samokontroli podczas gdy deficyty kory oczodołowo-czołowej (*orbitofrontal cortex*, OFC) mogą skutkować błędną atrybucją objawów poprzez przypisywanie niewłaściwych znaczeń doświadczanym symptomom [Shad i wsp., 2006]. Tabela 2.1. prezentuje zróżnicowanie badań nad wglądem w schizofrenii pod względem badanej grupy, czasu i używanych narzędzi.

Tabela 2.1. Zróżnicowanie badań nad wglądem w schizofrenii

Badanie	Okres i uczestnicy	Narzędzia	Wyniki
Cuesta i wsp. 2000	6 miesięcy do 2 lat n=37 (schizofrenia)	SUMD, ITAQ AMDP	- dynamika: wgląd w czasie na stałym poziomie - brak związku z depresją
David i wsp. 1995	4 lata (śr.47 m-cy) n=150 (dgn. Psychosis)	PSE David Schedule	- słaba korelacja wglądu na początku i po 4 latach
Mintz i wsp. 2003 metaanaliza	40 prac	różne	- niewielka ujemna korelacja pomiędzy wglądem a wymiarem negatywnym i pozytywnym - słaba dodatnia korelacja pomiędzy wglądem a wymiarem depresyjnym
Mintz i wsp. 2004	12 miesięcy n=180 (dgn. *Psychosis* (74%, n=133 schizophrenia)	PANSS (G12)	- dynamika: istotna poprawa po 1 roku - ujemna korelacja z wymiarem pozytywnym i negatywnym - dodatnia korelacja z wymiarem depresyjnym przy przyjęciu.
Lincoln i wsp. 2007 metaanaliza	88 prac	różne	- wgląd koreluje z lepszym funkcjonowaniem - korelacja z depresją - korelacja z współpracą (*adherence)*
Johnson i wsp. 2012	5 lat n=95, schizofrenia	SAI-E	-ujemna korelacja pomiędzy wglądem a psychopatologią (wynik ogólny BPRS)
Crumlish i wsp. 2005	4 lata n=101, schizofrenia	PANSS (G12) Birchwood (IS)	- dynamika: wgląd poprawia się w czasie - dodatnia korelacja z depresją

Tabela 2.1. cd. Zróżnicowanie badań nad wglądem w schizofrenii

Badanie	Okres i uczestnicy	Narzędzia	Wyniki
Drake i wsp. 2007	18 miesięcy	Birchwood (IS)	- ujemna korelacja: nawroty i rehospitalizacje
Parellada i wsp. 2010	2 lata n=110, adolescenci (44% schizofrenia)	SUMD	- niski wgląd: gorsze zadaniowe funkcjonowanie, niższy IQ, dłuższy DUP, objawy depresyjne i gorsze przedchorobowe przystosowanie, deficyty czołowej i ciemieniowej istoty szarej
Saeedi i wsp. 2007	3 lata n=278 70% schizofrenia	PANSS (G12)	- dynamika wglądu: dobry wgląd na starcie - 60% badanych, po 1 roku – 80%, po 2 latach - 78,6%, po 3 latach – 82,8%. - niski wgląd korelował z: wyższym nasileniem objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnej psychopatologii, z gorszymi funkcjami poznawczymi - wysoki wgląd : wyjściowo wysoki poziom depresji.
McEvoy i wsp. 2006	2 lata n=251 58% schizofrenia	ITAQ	- lepszy wgląd: starszy wiek, płeć żeńska i rasa biała, depresyjność, lepsze funkcje neurokognitywne i większe objętości struktur mózgowych - niski wgląd: bardziej nasilony wymiar pozytywny, negatywny i ogólna psychopatologia, - dynamika wglądu: znacząca poprawa w ciągu 2 lat

Legenda: SUMD – the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, ITAQ – the Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, AMDP – the Manual for Assessment and Documentation in Psychopathology, PSE - The Present State Examination, PANSS - The Positive and Negative Syndrome Scale, SAI-E - The Schedule for Assessing the Three Components of Insight, Birchwood (IS) – The Insight Scale.

Jedyną pracą prezentującą odległe obserwacje wglądu jest dziesięcioletnie badanie Wciórki. Ujmuje ono wgląd w szerszej analizie doświadczenia choroby schizofrenicznej. Badanie odnosi się do subiektywnego aspektu wglądu. Wgląd wymieniany tu jest jako jeden z atrybutów postawy wobec choroby obok subiektywnego doświadczenia, przemiany wartości, jakości życia i radzenia sobie. Przedstawione są cztery aspekty wglądu chorobowego po 10 latach: krytycyzm, poczucie zmiany, poczucie choroby i gotowość do leczenia się (każdy oceniany na 4 stopniowej skali: brak, niewielki, względny, pełny). Badacz prezentuje następujące wyniki: poczucie choroby jest najbardziej subiektywnym aspektem wglądu; wgląd zachowuje stałą strukturę wewnętrzną przez 10 lat; krytycyzm jest najtrudniej osiągalnym i najbardziej stabilnym aspektem wglądu; gotowość leczenia się z kolei jest najłatwiej osiągalnym i mało zależnym od pozostałych aspektów [Wciórka, 1998]. W tabeli 2.2. zaprezentowano zebrane dane dotyczące związku wglądu z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia schizofrenii dostępne w analizowanej literaturze.

Tabela 2.2. Związek wglądu z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia w literaturze – badania wczesne

Związek wglądu z badanymi zjawiskami (wynikami, czynnikami rokowniczymi)	Badanie
Przebieg choroby: nawroty, re hospitalizacje – ujemna korelacja	Drake i wsp. 2007
Wymiar negatywny – ujemna korelacja	De Hert i wsp. 2009; Gharabawi i wsp. 2006; Kemp i wsp. 1995; McEvoy i wsp. 2006; Mintz i wsp. 2003; Mintz i wsp. 2004; Saeedi i wsp. 2007; Sim i wsp. 2006
Wymiarem pozytywny – ujemna korelacja	Buchy i wsp. 2009; Carroll i wsp.,1999; De Hert i wsp. 2009; McEvoy i wsp. 2006; Mintz i wsp. 2003; Mintz i wsp. 2004; Saeedi i wsp. 2007; Wiffen i wsp. 2010
Dezorganizacja – ujemna korelacja	Gharabawi i wsp. 2006
Ogólna psychopatologia - ujemna korelacja	Johnson i wsp. 2012; McEvoy i wsp. 2006; Mohamed i wsp. 2009; Saeedi i wsp. 2007
Pobudzeniem psychoruchowe - ujemna korelacja	Buchy i wsp. 2009; De Hert i wsp. 2009
Depresja - dodatnia korelacja	Buchy i wsp. 2009; Carroll i wsp. 1999; Crumlish i wsp. 2005; Karow i wsp. 2008; McEvoy i wsp. 2006; Mintz i wsp. 2003; Mintz i wsp. 2004; Mohamed i wsp. 2009; Saeedi i wsp. 2007; Schwartz-Stav i wsp. 2006; Staring i wsp. 2009; Wiffen i wsp. 2010
Depresja - ujemna korelacja	Gharabawi i wsp. 2006; Parellada i wsp. 2010
Depresja - brak związku	Cuesta i wsp. 2000; David i wsp. 1995
Dynamika wglądu: Bez zmian w przebiegu chor.	Cuesta i wsp. 2000
Dynamika wglądu: poprawa w przebiegu choroby	Crumlish i wsp. 2005; David i wsp. 1995; McEvoy i wsp. 2006; Mintz i wsp. 2004; Saeedi i wsp. 2007
Zależność związku wglądu z depresją, niską samooceną i niską jakością życia od stygmatyzacji i/lub poczucia ograniczeń	Gharabawi i wsp. 2006; Karow i wsp. 2008; Staring i wsp. 2009
Związek wglądu z autostygmatyzacją i gorszym funkcjonowaniem chorobowym	Cavelti i wsp. 2012
DUP – ujemna korelacja	Parellada i wsp. 2010
Dodatnia korelacja z wydajnościa pracy	Erickson i wsp. 2011
Dodatnia korelacja z funkcjonowaniem przedchorobowym	Wiffen i wsp. 2010
Funkcjonowanie społeczne – dodatnia korelacja	Lincoln i wsp. 2007; Mohamed i wsp. 2009; Schwartz i wsp. 1997; Sim i wsp. 2006;
Wgląd a style radzenia sobie, dodatnia korelacja z pozytywnym przeformuowaniem i szukaniem społecznego oparcia	Cooke i wsp. 2007
Wiek – dodatnia korelacja	De Hert i wsp. 2009; McEvoy i wsp. 2006; Parellada i wsp. 2010; Wiffen i wsp. 2010
Płeć żeńska	McEvoy i wsp. 2006
IQ - dodatnia korelacja	David i wsp. 1995; Parellada i wsp. 2010;
Wykształcenie – dodatnia korelacja	De Hert i wsp. 2009; Wiffen i wsp. 2010
Leworęczność - dodatnia korelacja	David i wsp. 1995
Wyższa klasa społeczna – dodatnia korelacja	David i wsp. 1995
Mniejsza objętość przedczołowej istoty szarej jest związany z gorszym wglądem w obecną chorobę,	McEvoy i wsp. 2006; Parellada i wsp. 2010; Sapara i wsp. 2007; Shad i wsp. 2006a
Wspólchorobowość psychiatryczna	Sim i wsp. 2006

2.2. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w badaniach wczesnych i wieloletnich

Badania, dotyczące współpracy w leczeniu, identyfikowano przeszukując bazy MEDLINE i PSYCINFO pod kątem słów kluczowych: *adherence*, *compliance*, *schizophrenia*, *psychosis*, *psychopathology*, *positive* and *negative symptoms*, *depression*, *long-term, longitudinal, follow – up*. W celu rzetelniejszej identyfikacji badań używano naprzemiennie: *adherence*, *compliance*, w kombinacji ze słowami: *schizophrenia* lub *psychosis*. Wybrano prace będące podłużną, prospektywną i przekrojową oceną badanego zjawiska. Dla poszerzenia przeglądu włączono także badania retrospektywne. Ze względu na brak badań odległych zaprezentowano właściwie jedynie wyniki badań wczesnych. Także w kontekście tego zagadnienia, podobnie jak wglądu, niniejsze badanie jest jedyną tak długą prospektywną obserwacją.

Brak wystarczającej współpracy w leczeniu osiąga wśród zażywających neuroleptyki poziom 20-56% w przeglądzie badań [Lacro i wsp., 2002], a 41,9% u pacjentów z diagnozą schizofrenii [Chandra i wsp., 2014]. Odsetek niewspółpracujących wśród pacjentów z diagnozą schizofrenii w okresie remisji [Dassa i wsp., 2010] oraz wśród pacjentów objętych pielęgniarską opieką środowiskową [Bressington i wsp., 2013] wynosi 30%. W pracy, dotyczącej wpływu sposobu pomiaru na ocenę współpracy w leczeniu porównywano pomiar elektroniczny (*the Medication Event Monitoring System,* MEMS) z metodami pośrednimi. Brak współpracy w pomiarze MEMS wynosił 41,2%, i był wyższy niż w pozostałych metodach oceny, co dowodzi, że sposób pomiaru (np. obiektywny, elektroniczny) wpływa na wyniki współpracy w leczeniu farmakologicznym [Yang i wsp., 2012].

Część badań wczesnych odnosi się do związku współpracy w leczeniu ze wskaźnikami przebiegu schizofrenii takimi jak nawrót i rehospitalizacja. W retrospektywnym badaniu oceniającym przedział czasowy jednego roku badano związek współpracy w leczeniu (*compliance*) i ryzyka hospitalizacji. Oceniono, że brak współpracy był związany (mocniej niż jakikolwiek inny czynnik ryzyka) z większym ryzykiem hospitalizacji. Interesujące są szczegółowe wyniki pokazujące, że już 1- do 10-dniowa przerwa w zażywaniu leków wiązała się znacząco z ryzykiem hospitalizacji [Weiden i wsp., 2004]. Wczesny brak współpracy, jako istotny i modyfikowalny czynnik ryzyka rehospitalizacji (obok krótkiego czasu pierwszej hospitalizacji) wymieniają także inni badacze [Bodén i wsp., 2011]. Inne, retrospektywne badanie dotyczące pacjentów z dwoma lub więcej nawrotami psychozy w ciągu jednego roku od wprowadzenia leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji ukazuje, że wyższe ryzyko

nawrotów w ciągu roku występowało wśród osób niewspółpracujących. W całej badanej grupie dobra współpraca była udziałem 45% z ponad 3700 pacjentów [Panish i wsp., 2013]. W prospektywnym, 6-miesięcznym badaniu pacjentów po wypisie z ostrego oddziału, lepsza współpraca w leczeniu (*medication adherence*) zmniejszała ryzyko rehospitalizacji [Shao i wsp., 2013]. W dużym retrospektywnym badaniu, uwzględniającym leczenie długodziałającymi iniekcjami domięśniowymi neuroleptyków, brak współpracy (*nonadherence*) był czynnikiem ryzyka hospitalizacji [Lang i wsp., 2010]. W obszernym przeglądzie badań nad współpracą w leczeniu [Higashi i wsp., 2013] kluczowymi przyczynami braku współpracy (*nonadherence*) były: brak wglądu, brak przekonania i zaufania w skuteczność leku i uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Podstawowymi konsekwencjami braku współpracy były większe ryzyko nawrotu, hospitalizacji i samobójstwa. Czynnikami dodatnio skorelowanymi ze współpracą w leczeniu były dobra relacja terapeutyczna i doświadczenie korzyści z leczenia. Najczęstszym czynnikiem rokowniczym i najczęstszą konsekwencją braku współpracy były odpowiednio: brak wglądu i większe ryzyko hospitalizacji. W odniesieniu do niektórych zależności jak, współpraca w leczeniu a nasilenie psychopatologii autorzy przeglądu przywołali przeciwstawne wyniki w różnych badaniach [Acosta i wsp., 2009; Linden i wsp., 2001]. W tym zestawieniu 10 badań było prospektywnych, z najdłuższym, 7-letnim czasem obserwacji [Rzewuska, 2002]. W innym przeglądzie badań brak współpracy miał niekorzystny wpływ na przebieg choroby skutkując częstszymi nawrotami i rehospitalizacjami oraz dłuższym czasem do uzyskania remisji i próbami samobójczymi [Leucht i Heres, 2006]. Trzyletnia prospektywna obserwacja, w której w dychotomicznym podziale współpraca była udziałem 71,2% badanych a brak współpracy 28,8% omawia dane z dużego europejskiego badania (*European Schizophrenia Outpatients Health Outcomes*) w którym wzięło udział ponad 6700 badanych. W badaniu tym współpraca w leczeniu (*adherence*) była oceniana bez obiektywnego narzędzia, a na podstawie klinicznego osądu lekarza. Predykatorem najsilniejszym dla współpracy był wcześniejszy poziom współpracy. Innymi istotnymi predyktorami były: fakt czy pacjent otrzymywał leki po raz pierwszy (lepsza współpraca), czy zażywał je już wcześniej (gorsza współpraca) i większa społeczna aktywność. Predyktorami braku współpracy były: młodszy wiek, uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, obecność wrogości i samodzielne mieszkanie i hospitalizacja w poprzedzających 6 miesiącach. Brak współpracy był istotnie związany z konsekwencjami takimi jak większe ryzyko nawrotu, hospitalizacji i próby samobójczej [Novick i wsp., 2010].

Obszernie zagadnienie związku współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami funkcjonowania społecznego i chorobowymi opisuje Rzewuska w siedmioletniej obserwacji. Porównywano w niej grupę współpracujących (ang. *compliant patients*, n=57) i niewspółpracujących pacjentów (ang. *non-compliant patients*, n=37). Pacjenci lepiej współpracujący posiadali lepsze zajęciowe (zawodowe) i rodzinne przystosowanie, mniej nasilone zaburzenia zachowania przed wybuchem choroby i krótszy czas nieleczonej psychozy. W przebiegu ich choroby występowały krótsze okresy nieleczonych nawrotów i dłuższe remisje pomimo, że różnica w ilości hospitalizacji w obydwu grupach była nieistotna. Cechowali się także wyższym poziomem wglądu i rzadszym występowaniem poważnych objawów deficytowych. Później dochodziło u nich do zaburzenia aktywności, inicjatywy życiowej czy tożsamości [Rzewuska, 2002].

Duża część badań analizuje jednocześnie szerokie spektrum czynników i ich związki ze współpracą w leczeniu. Badanie współpracy w leczeniu w grupie 100 osób z diagnozą schizofrenii (po 6 miesiącach pozostało w badaniu 60 osób) wykazało, że jedna trzecia pacjentów charakteryzowała się brakiem współpracy po 6 miesiącach od zakończenia pierwszego epizodu choroby. Brak współpracy był związany z początkowym wysokim poziomem objawów pozytywnych, brakiem wglądu, wcześniejszym nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Podczas, gdy duże nasilenie objawów pozytywnych na początku przewidywało brak współpracy w leczeniu u większości pacjentów, to brak wglądu pozostawał najlepszym predyktorem braku współpracy wśród osób, które nie nadużywają alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych [Kamali i wsp., 2006]. Brak współpracy był związany z wyższym poziomem psychopatologii ogólnej (szczególnie jednak z większą depresyjnością i większą wrogością w początkowym okresie) oraz gorszą odpowiedzią na leczenie. Dobry poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym wiązał się istotnie z większym przyrostem masy ciała (najlepiej współpracowali pacjenci leczeni olanzapiną) [Lindenmayer i wsp., 2009]. W innym badaniu, z gorszą współpracą w leczeniu u pacjentów ze schizofrenią wiązało się używanie substancji, alkohol i niższy poziom wglądu. Interesujące, że pacjenci niewspółpracujący osiągali lepsze wyniki w testach poznawczych i mieli wyższe IQ niż pacjenci lepiej współpracujący. Niewspółpracujący mieli także silniejsze objawy niepożądane, ale w odniesieniu do efektów metabolicznych osoby częściowo współpracujące miały mniejsze BMI niż w pełni współpracujące [Jónsdóttir i wsp., 2013]. Prospektywne badanie grupy pacjentów w trakcie hospitalizacji [Janssen i wsp., 2006] wykazało związek współpracy w leczeniu z nadużywaniem substancji, przyjęciem bez zgody, agresywnym

zachowaniem w wywiadzie. Także zmiana leku I-generacji na lek atypowy wiązała się z wyższym poziomem współpracy. W kolejnym prospektywnym badaniu niższy poziom wykształcenia, nadużywanie substancji, wyższy ogólny poziom psychopatologii i wyższy poziom odczuwania barier były istotnie związane z prawdopodobieństwem braku współpracy. Dla 35% badanych działania niepożądane leków były przeszkodą w zażywaniu leków [Hudson i wsp., 2004]. Pięciomiesięczna obserwacja, dotycząca postaw wobec leczenia i przyczyn braku współpracy, wykazała znaczący związek braku współpracy z młodszym wiekiem, brakiem zatrudnienia, wczesnym początkiem choroby, wysoką punktacją w objawowej skali PANSS i brakiem wglądu w chorobę. Istotnymi przyczynami braku współpracy było zaprzeczanie chorobie, zła sytuacja finansowa, mniejszy dostęp do lecznictwa, efekty uboczne leków, przekonanie że leki są niekonieczne i używanie substancji [Chandra i wsp., 2014]. W innym badaniu oceniono 291 pacjentów w okresie stabilnym schizofrenii. Brak współpracy korelował dodatnio z dłuższym czasem nieleczonej psychozy (DUP), brakiem wglądu, ale tylko w wymiarze „wpływ leków" i niższym poziomem przymierza terapeutycznego (ang. *therapeutic alliance*). Zażywanie leków atypowych wiązało się bardziej ze współpracą niż zażywanie neuroleptyków I-szej generacji [Dassa i wsp., 2010]. Kolejne badanie przez 8 tygodni oceniało 51 pacjentów kontrolowanych pod kątem współpracy, metodą elektroniczną. Brak współpracy wiązał się z pobudzeniem, impulsywnością i objawami odnoszącymi [Yang i wsp., 2012]. Zauważono, że słaba odpowiedź na leczenie jest ważnym czynnikiem przyczyniającym się do braku współpracy. Współpraca w leczeniu wiązała się także z niższym poziomem autostygmatyzacji oraz lepszym ogólnym funkcjonowaniem, mniejszym nasileniem psychopatologii ogólnej i płcią żeńską [Tsang i wsp., 2010]. W 5-letniej prospektywnej obserwacji grupy pacjentów z diagnozą schizofrenii, po raz pierwszy przyjętych do szpitala psychiatrycznego, stwierdzono związek wrogości, niechęci do współdziałania i przyjęcia bez zgody z brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym [De Haan i wsp., 2007].

Analizowano rolę leków przeciwpsychotycznych w uzyskiwaniu zadowalającej odpowiedzi farmakoterapeutycznej. Retrospektywna (post-hoc) analiza danych z 5 randomizowanych badań z podwójnie ślepą próbą trwających 24-28 tygodni prezentuje, że najlepszym predyktorem współpracy w leczeniu jest znacząca poprawa w zakresie objawów pozytywnych, a także wrogości i w wymiarze depresyjnym. Wymiar negatywny i dezorganizacji nie mają wpływu na współpracę w leczeniu. Badanie naświetlało dlaczego

pacjenci zażywający konkretny neuroleptyk (olanzapinę) najlepiej współpracują [Liu-Seifert i wsp., 2012].

Kilka badań podejmuje analizę dynamiki współpracy w leczeniu. W 3-letnim prospektywnym badaniu grupy 1906 pacjentów z szeroką diagnozą (schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne i lub zespoły schizofrenopodobne) badano związek współpracy w leczeniu z długoterminowymi wynikami leczenia schizofrenii i jej potencjalny korzystny wpływ na zdrowie psychiczne oraz wymiar uwikłania w sprawy sądowe. Oceniano stabilność współpracy w okresie 3 lat dokonując oceny co 6 miesięcy. Współpracę w leczeniu farmakologicznym oceniano na podstawie deklaracji pacjenta. Brak współpracy wiązał się istotnie z gorszymi wynikami funkcjonowania, w tym większym ryzykiem hospitalizacji psychiatrycznych, wykorzystania służb ratunkowych psychiatrycznych, aresztowań, przemocy, wiktymizacji, gorszym funkcjonowaniem psychicznym, mniejszym zadowolenia z życia, większym używaniem substancji i częstszymi problemami związanymi z alkoholem. Brak współpracy w pierwszym roku przewidywał znacznie gorsze wyniki leczenia w kolejnych 2 latach. Współpraca w leczeniu była stosunkowo stabilna. Prawie 77% pacjentów utrzymywało ten sam status współpracy od pierwszego do drugiego roku, jednak należy zaznaczyć, że była to ocena stabilności współpracy w populacji osób chorujących [Ascher-Svanum i wsp., 2006]. W retrospektywnej obserwacji okresu 4 lat leczenia dużej, ponad 30-tysięcznej populacji z diagnozą schizofrenii, gdzie wyniki współpracy oceniano co roku, Valenstein i wsp. otrzymali przedstawione poniżej dane. W każdym roku odsetek pacjentów niewspółpracujących wynosił w badanej grupie 36-37%, natomiast pacjenci, którzy mieli problem ze współpracą w którymkolwiek z lat badanych było 61%. Około 18% badanych wykazywało stały brak współpracy. Niestabilnie dobrze współpracowało 43%, a stabilnie dobrze - 39%. Stały brak współpracy związany był z młodszym wiekiem, rasą inną niż biała, uzależnieniem od substancji, hospitalizacją psychiatryczną i przeważającym w leczeniu zastosowaniem neuroleptyków I-szej generacji. Badanie dowodzi, że współpraca w leczeniu (ang. *antipsychotic adherence*) nie jest stałą cechą i większość pacjentów ma problem we współpracy na przestrzeni czasu, co wymaga dalszych badań długoterminowych nad współpracą w leczeniu oraz odpowiednich narzędzi uwzględniających taką niestabilność w czasie. Natomiast przekrojowe rozpowszechnienie słabej współpracy w populacji pacjentów pozostaje stałe na przestrzeni czasu [Valenstein i wsp., 2006]. Dynamika współpracy w leczeniu badana była także w kontekście zastosowanej formy leczenia psychiatrycznego u pacjentów. Badanie [Ascher-Svanum i wsp., 2009] uzyskało dane ponad 2 tysiące pacjentów

z diagnozą schizofrenii z prospektywnej obserwacji grupy pacjentów na pół roku przed hospitalizacją i pół roku po hospitalizacji. Pacjenci współpracujący (>80% zażywania przepisanych leków) mieli niższy współczynnik hospitalizacji w porównaniu z pacjentami częściowo współpracującymi (60-80% zażywania przepisanych leków) i niewspółpracującymi (< 60% zażywania przepisanych leków) i częściej niż niewspółpracujący brali udział w terapii grupowej i indywidualnej. Większość pacjentów (92,0%), którzy byli współpracujący w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala nadal było współpracujących 6 miesięcy po hospitalizacji. Jednak 75,0% poprzednio częściowo współpracujących stało się w pełni współpracującymi i 38,7% poprzednio niewspółpracujących stało się współpracującymi po hospitalizacji. Współpraca w leczeniu była związana z mniejszym wykorzystaniem ostrej hospitalizacji psychiatrycznej i większym zaangażowaniem w psychiatrycznym leczeniu ambulatoryjnym. Współpraca w leczeniu (*adherence*) w ujęciu indywidualnym jest zjawiskiem potencjalnie dynamicznym, które może poprawiać, co najmniej tymczasowo, następne psychiatryczne hospitalizacje pacjentów. W ujęciu epidemiologicznym brak współpracy jest raczej stabilny, o czym donoszą przytoczone wcześniej prace [Valenstein i wsp., 2006; Ascher-Svanum i wsp., 2006].

Autorzy dwuletnich badań prospektywnych piszą o gorszej współpracy w leczeniu u tych chorujących, którzy mają małe przekonanie do potrzeby leczenia i tych z małym przekonaniem o korzystnym działaniu leków [Perkins i wsp., 2006]. Mohamed i wsp. przez 18 miesięcy badali przekrojowo i podłużnie zagadnienie współpracy w leczeniu od strony postawy wobec leczenia farmakologicznego i jej związku z wglądem, objawami schizofrenii, depresyjnością oraz funkcjonowaniem społecznym. Pozytywne postawy wobec leczenia farmakologicznego były związane z niższym nasileniem objawów i lepszym społecznym funkcjonowaniem. Zmiany w kierunku bardziej pozytywnych postaw wobec leków były związane na przestrzeni czasu, niezależnie od zmian w zakresie wglądu, ze zmniejszeniem psychopatologii, poprawą funkcjonowania społecznego i lepszą współpracą w leczeniu [Mohamed i wsp., 2009]. Badanie to poszerza kontekst zagadnienia o jakość życia i interwencję (rehabilitację) psychospołeczną. Za dobrymi wynikami leczenia psychozy stoi terapeutyczna praca nakierowana na kontekst psychospołeczny, niezależnie od tego jak zmienia się wgląd.

W dwuletnim prospektywnym badaniu 122 pacjentów z diagnozą schizofrenii 34,4% badanych przerwało leczenie. Pacjenci współpracujący byli istotnie starsi, mieli dłuższy czas chorowania, lepiej ogólnie funkcjonowali (GAF), otrzymywali wyższe dawki neuroleptyków

w początkowej fazie i mieli odpowiednio większe nasilenie pozapiramidowych działań niepożądanych. Nie wykazano związku współpracy w leczeniu z psychopatologią i wglądem [Linden i wsp., 2001].

Dane dotyczące współpracy w leczeniu znajdują się niekiedy w zestawieniach tabelarycznych badań dotyczących innych zjawisk. Badanie z obszaru Indii, z którego odczytać można dane o współpracy w leczeniu dotyczyło zagadnienia wglądu. Współpraca w leczeniu (*compliance*) była oceniana jako konsensus pomiędzy danymi medycznymi a oceną głównego opiekuna w okresie 5 lat obserwacji. Dobra współpraca (ang. *regular medication compliance*) była udziałem 25,3% badanych w tym kręgu kulturowym. W przypadku 45,3% badanych leki były nadzorowane przez rodzinę lub opiekuna [Johnson i wsp., 2012].

Aktualne badania odwołują się nie tylko do powszechnego podziału zjawiska na: współpraca/ brak współpracy ale także do pogłębienia wiedzy na temat pacjentów najlepiej współpracujących. W badaniach klinicznych obecnie współpracę w leczeniu farmakologicznym definiuje sie jako zażywanie więcej niż 80% przepisywanych leków. Badanie Acosty i wsp. ocenia różnice pomiędzy grupą pacjentów w pełni współpracujących (100% *adherence*) i nie w pełni współpracujących (80-99,9% *adherence*). Pacjenci z grupy nie w pełni współpracujących wykazywali bardziej nasilone urojenia i poczucie winy, a także przejawiali większą troskę o zdrowie somatyczne, częściej występowała u nich dezorientacja, większe nasilenie ogólnej psychopatologii oraz charakteryzowali się mniejszą liczbą wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych. Stąd propozycja by, o ile współpraca jest celem w leczeniu pacjentów niewspółpracujących, o tyle pełna współpraca powinna być celem u tych częściowo współpracujących [Acosta i wsp., 2014].

Na współpracę w leczeniu wpływ mają leki a szczególnie ich skuteczność, forma i działania niepożądane. Lieberman i wsp. po 18 miesiącach zaobserwowali, że 74% pacjentów nie zażywa leków zgodnie z zaleceniami, co było związane przede wszystkim z niewystarczającą skutecznością i efektami ubocznymi leków. Zestawienie neuroleptyku I generacji (perfenazyna) z lekami II generacji nie wiązało się z istotnymi różnicami [Lieberman i wsp., 2005]. Oceniano wpływ leków antypsychotycznych typowych i atypowych na współpracę w leczeniu (*adherence*). W badaniu retrospektywnym [Valenstein i wsp., 2004] było brak takiego związku poza klozapiną. Wyższy wskaźnik współpracy w leczeniu klozapiną wyjaśniany jest koniecznością skutecznego monitorowania zażywania tego leku. Czynnikami wpływającymi na gorszą współpracę w leczeniu są działania niepożądane

leków. Jednakże wyniki niektórych badań [McCann i wsp., 2009] zachęcają do uwzględnienia działań niepożądanych w kontekście wieku i płci pacjenta oraz skłaniają do przypuszczeń, że postrzeganie leku jako efektywnego środka jest istotniejsze od doznawanych efektów ubocznych. Badany jest wpływ postaci podawanego leku na współpracę. Zalecenia kliniczne farmakoterapii pacjentów z udokumentowanym brakiem współpracy w zażywaniu leków doustnych pozwalają na włączenie iniekcji domięśniowych długodziałających. Retrospektywne badanie, badające predyktory braku współpracy i hospitalizacji wśród pacjentów z doustną farmakoterapią i leczonych domięśniowymi iniekcjami leków w postaci długodziałającej (depot), dało niejasne wyniki. Przebadano grupę ponad 12 tysięcy chorych. 32% z nich było hospitalizowanych psychiatrycznie. Predyktorami braku współpracy były: nowo rozpoczęte leczenie, młodszy wiek, używanie substancji, używanie dodatkowo stabilizatorów nastroju, antydepresantów, leków anksjolitycznych lub antycholinergicznych oraz otrzymywanie przeciwpsychotycznych leków długodziałajacych I generacji. Otrzymywanie przeciwpsychotycznych leków długodziałajacych II generacji lub obydwu, I i II generacji wiązało się z mniejszym prawdopodobieństwem braku współpracy [Lang i wsp., 2010].

Obecne w literaturze są badania ogniskujące się wokół zależności: współpraca w leczeniu a relacja terapeutyczna. 6-miesięczna obserwacja 112 chorych (w tym 84% z diagnozą schizofrenii) dotyczyła związku postaw wobec leków i współpracy w leczeniu. Współpraca w leczeniu była znacząco dodatnio skorelowana z wglądem w chorobę, świadomością potrzeby zażywania leków, zaufaniem w relacji terapeutycznej, postrzeganiem zaangażowania rodziny w farmakoterapii, pozytywnym nastawieniem do leków w rodzinie i mniejszą ilością działań niepożądanych leków. Fakt zażywania leków atypowych lub klasycznych nie różnicował współpracy w leczeniu. Przez okres 6 miesięcy nasilenie objawów, świadomość potrzeby leczenia i postawy wobec leczenia przewidywały współpracę. Świadomość potrzeby leczenia, świadomość społecznych konsekwencji, postrzeganie zaufania w relacji z lekarzem i nasilenie wymiaru negatywnego objawów miały wpływ na postawy wobec leków, a te z kolei przewidywały stopień współpracy [Baloush-Kleinman i wsp., 2011]. W innej pracy, w której przebadano klinicystów i ich pacjentów, również uzyskano wynik, że lepsza relacja terapeutyczna jest związana z lepszą współpraca w leczeniu [McCabe i wsp., 2012]. W kolejnym badaniu pozytywna relacja terapeutyczna i pozytywna postawa znaczących bliskich osób wobec neuroleptyków wpływała na poziom współpracy pacjentów. Przyczynami braku współpracy były brak akceptacji konieczności

leczenia farmakologicznego i brak wglądu w chorobę. Działania niepożądane leków były przyczyną przerwania leczenia u 50 % badanych [Löffler i wsp., 2003].

Badany jest także obszar współpracy w leczeniu w kontekście środowiskowego leczenia psychiatrycznego, jak w przekrojowej pracy nad 584-osobową grupą pacjentów z diagnozą schizofrenii objętych pielęgniarską opieką środowiskową w Hong-Kongu. Brak współpracy (w zakresie leków) obejmował odsetek 30% przypadków. Z dobrą współpracą wiązały się pozytywne postawy wobec leczenia, świadomość potrzeby leczenia, zażywanie klozapiny, otrzymywanie socjalnej pomocy, niższy poziom objawów psychopatologicznych oraz słabsze efekty uboczne leków. Badanie podnosi, że aby poprawić współpracę opieka środowiskowa powinna dążyć, do wzmocnienia osobistego znaczenia leczenia dla pacjentów i modyfikacji postaw pacjentów wobec leczenia [Bressington i wsp., 2013].

Niektórzy badacze proponują spojrzenie na współpracę w leczeniu od strony możliwości klasyfikowania grup pacjentów w zależności od czynników subiektywnych. W badaniu 171 pacjentów (w tym część z diagnozą zaburzeń schizoafektywnych) dokonano podziału na 3 grupy. Dla grupy „interpersonalnej, przyszłościowo zorientowanej" najważniejsze dla dobrej współpracy były czynniki interpersonalne (dobra relacja terapeutyczna, pozytywne postawy osób znaczących wobec leków), natychmiastowe pozytywne skutki zażywania leków (nie doświadczanie presji do podjęcia leczenia) oraz unikanie przyszłych negatywnych konsekwencji braku współpracy, takich jak nawrót i rehospitalizacja. W grupie "autonomicznej, przyszłościowo zorientowanej" czynniki interpersonalne były mniej ważne w porównaniu do innych grup. Grupa ta wykazywała znacznie mniej objawów depresyjnych od pierwszej grupy i miała znacznie większą stabilność relacji partnerskich w porównaniu do innych grup. Grupa "autonomiczna, zorientowana na teraźniejszość" była motywowana przede wszystkim poprzez bezpośrednie pozytywne konsekwencje i wykazywała wyższy poziom dezorganizacji poznawczej i objawów negatywnych niż druga grupa, a także najniższy poziom wglądu ze wszystkich grup. Autorzy konkludują, że strategie leczenia służące wzmocnieniu współpracy w leczeniu mogą być bardziej skuteczne dzięki uwzględnieniu różnic wśród pacjentów. Z jednej strony uwzględnienie subiektywnego profilu współpracy pacjenta, z drugiej strony specyficznego wzoru czynników ryzyka braku współpracy jak depresja, brak wglądu, syndrom negatywny, poznawcza dezorganizacja i czynniki społeczno-demograficzne, które w odmienny sposób wiążą się z każdym z profilów współpracy [Beck i wsp., 2011]. W tabeli 2.3. zaprezentowano

zebrane dane dotyczące związku współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia schizofrenii dostępne w analizowanej literaturze.

Tabela 2.3. Związek współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia w literaturze – badania krótko- i średnioterminowe

Związek współpracy w leczeniu z badanymi zjawiskami (wynikami, czynnikami rokowniczymi)	Badanie
Dynamika w populacji – współpraca jest stabilnym zjawiskiem	Ascher-Svanum i wsp. 2006; Novick i wsp. 2010; Valenstein i wsp. 2006
Dynamika (indywidualnie) – współpraca nie jest stałym zjawiskiem	Ascher-Svanum i wsp. 2009; Valenstein i wsp. 2006
Przebieg choroby: nawroty - ujemna korelacja	Bodén i wsp. 2011; Higashi i wsp. 2013; Lang i wsp. 2010; Leucht i Heres 2006; Novick i wsp. 2010; Panish i wsp. 2013; Rzewuska 2002; Shao i wsp. 2013; Weiden i wsp. 2004
Przebieg choroby: rehospitalizacje - ujemna korelacja	Ascher-Svanum i wsp. 2009; Ascher-Svanum i wsp. 2006; Bodén i wsp. 2011; Higashi i wsp. 2013; Lang i wsp. 2010; Leucht i Heres 2006; Novick i wsp. 2010; Panish i wsp. 2013; Shao i wsp. 2013; Weiden i wsp. 2004
Przebieg choroby: samobójstwo - ujemna korelacja	Higashi i wsp. 2013; Leucht i Heres 2006; Novick i wsp. 2010;
Hospitalizacje wcześniejsze – dodatnia korelacja	Acosta i wsp. 2014
Hospitalizacja bez zgody – ujemna korelacja	De Haan i wsp. 2007
Wymiar negatywny – ujemna korelacja	Baloush-Kleinman i wsp. 2011; Beck i wsp. 2011; Rzewuska 2002
Wymiar negatywny – brak związku	Liu-Seifert i wsp. 2012
Wymiar pozytywny na początku – ujemna korelacja	Acosta i wsp. 2014; Kamali i wsp. 2006; Liu-Seifert i wsp. 2012; Yang i wsp. 2012;
Ogólna psychopatologia - ujemna korelacja	Acosta i wsp. 2014; Bressington i wsp. 2013; Chandra i wsp. 2014; Hudson i wsp. 2004; Lindenmayer i wsp. 2009; Mohamed i wsp. 2009; Tsang i wsp. 2010
Dezorganizacja - ujemna korelacja	Beck i wsp. 2011
Pobudzeniem psychoruchowe - ujemna korelacja	Yang i wsp. 2012
Depresja - ujemna korelacja	Beck i wsp. 2011; Lindenmayer i wsp. 2009; Liu-Seifert i wsp. 2012
Wrogość – ujemna korelacja	De Haan i wsp. 2007; Lindenmayer i wsp. 2009; Liu-Seifert i wsp. 2012; Novick i wsp. 2010
Wgląd – dodatnia korelacja	Baloush-Kleinman i wsp. 2011; Beck i wsp. 2011; Chandra i wsp. 2014; Dassa i wsp. 2010; Higashi i wsp. 2013; Jónsdóttir i wsp. 2013; Kamali i wsp. 2006; Löffler i wsp. 2003; Rzewuska 2002; Schwartz i wsp. 1997
Uzależnienie, nadużywanie substancji, tym alkoholu – ujemna korelacja	Ascher-Svanum i wsp. 2006; Chandra i wsp. 2014; Higashi i wsp. 2013; Hudson i wsp. 2004; Janssen i wsp. 2006; Jónsdóttir i wsp. 2013; Kamali i wsp. 2006; Lang i wsp. 2010; Novick i wsp. 2010; Valenstein i wsp. 2006
Przyrost masy ciała – dodatnia korelacja	Jónsdóttir i wsp. 2013; Lindenmayer i wsp. 2009
Działania niepożądane leków – ujemna korelacja	Baloush-Kleinman i wsp. 2011; Bressington i wsp. 2013; Chandra i wsp. 2014; Jónsdóttir i wsp. 2013; Lieberman i wsp. 2005

Tabela 2.3. cd. Związek współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia w literaturze – badania krótko- i średnioterminowe

Związek współpracy w leczeniu z badanymi zjawiskami (wynikami, czynnikami rokowniczymi)	Badanie
Działania niepożądane leków – dodatnia korelacja	Linden i wsp. 2001
DUP – ujemna korelacja	Dassa i wsp. 2010; Rzewuska 2002
Wczesny początek choroby – dodatnia korelacja	Chandra i wsp. 2014
Związek wspólpracy z autostygmatyzacją	Tsang i wsp. 2010
Relacja terapeutyczna – dodatnia korelacja	Baloush-Kleinman i wsp. 2011; Dassa i wsp. 2010; Higashi i wsp. 2013; Löffler i wsp. 2003; McCabe i wsp. 2012
Funkcjonowanie ogólne – dodatnia korelacja	Linden i wsp. 2001; Mohamed i wsp. 2009; Tsang i wsp. 2010
Rodzinne przystosowanie	Rzewuska 2002
Zajęciowe przystosowanie	Rzewuska 2002
Zatrudnienie – dodatnia korelacja	Chandra i wsp. 2014
Sytuacja finansowa - dodatnia korelacja	Chandra i wsp. 2014
Wiek – dodatnia korelacja	Chandra i wsp. 2014; Lang i wsp. 2010; Linden i wsp. 2001; Novick i wsp. 2010; Valenstein i wsp. 2006
Płeć żeńska – lepsza współpraca	Tsang i wsp. 2010
IQ – ujemna korelacja	Jónsdóttir i wsp. 2013
Atypowe/ typowe leki – brak związku	Baloush-Kleinman i wsp. 2011; Lieberman i wsp. 2005
Atypowe/ typowe leki – lepsza dla atypowych	Dassa i wsp. 2010; Janssen i wsp. 2006; Valenstein i wsp. 2006
Klozapina – dodatnia korelacja	Bressington i wsp. 2013; Valenstein i wsp. 2004
Forma leku - Depot – dodatnia korelacja	Lang i wsp. 2010

Jedyne dane dotyczące odległych wyników współpracy w leczeniu farmakologicznym znaleziono w artykule dotyczącym 20-letniej obserwacji przebiegu schizofrenii w Indiach. Thara, oceniał *compliance* w grupie n=61 w badaniu nad przebiegiem schizofrenii przez 20 lat, w kraju zaliczanym do grupy rozwijających się. Wyniki dotyczące leczenia i stosowania się do zaleceń lekarskich podaje opisowo. Prawie 50% badanych nie pozostawało w leczeniu, a z kolei około połowa tych osób miała stabilne klinicznie wyniki w okresie poprzedzającym ocenę. 15 osób chorowało i odmawiało zażywania leków (66% mieszkało samotnie lub z rodzicami) i byli to sami mężczyźni. Z kolei żadna z kobiet, która odstawiła leki nie miała objawów [Thara, 2004].

ROZDZIAŁ III.
Problemy metodologiczne w badaniach nad wglądem i współpracą w leczeniu farmakologicznym

3.1. Wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym – analiza zależności

Niniejsza praca doktorska analizuje dwie, powiązane ze sobą, zmienne. Istnieje problem nachodzenia na siebie tych zjawisk i zamazywania wyników, co może się wiązać z trudnością wysuwania wniosków. Pomimo tego są one omawiane w jednej rozprawie doktorskiej z kilku powodów. Po pierwsze, współpraca w leczeniu w większości aktualnych ujęć stanowi jeden z wymiarów wglądu w chorobę, co więcej jest jego wymiarem najlepiej mierzalnym [Amador i wsp., 1991; Wciórka, 1998]. Dla ścisłości – wymiar ten nazywany jest na ogół „potrzebą leczenia" (*need for treatment*), ale jego stopień jest w gruncie rzeczy miarą współpracy. Trudno sobie wyobrazić, poza kazuistyką, by badany deklarował silną potrzebę leczenia i nie współpracował w leczeniu farmakologicznym. Duża liczba publikacji, badań wczesnych, analizuje omawiane zjawiska wspólnie i odnosi się do zależności wgląd – współpraca w leczeniu i problemów metodologicznych z nimi związanych [Baloush-Kleinman i wsp., 2011; Beck i wsp., 2011; Chandra i wsp., 2014; Dassa i wsp., 2010; Higashi i wsp., 2013; Jónsdóttir i wsp., 2013; Kamali i wsp., 2006; Löffler i wsp., 2003; Rzewuska, 2002]. Po drugie, brakuje danych z obserwacji odległych w literaturze w przypadku obydwu zjawisk [Linden i wsp., 2001] i wydaje się, że taka analiza ich wzajemnych zależności oraz ich związku z wynikami leczenia schizofrenii jest szczególnie wartościowa. Po trzecie, wgląd pacjenta, jak i jego współpraca w leczeniu farmakologicznym, to dwa czynniki rokownicze psychozy po wybuchu choroby i w tym kontekście są tutaj prezentowane. W niektórych ujęciach pojawiają się też analizy wglądu i współpracy w leczeniu definiujące je jako dwa pośrednie cele terapeutyczne [Cechnicki, 2011].

W analizie związku wglądu z współpracą w leczeniu znaczenie ma kilka faktów. Problem stanowi definiowanie samych pojęć i ich rozumienie, np. jako postaw wobec leczenia, czy rozpatrywanie wglądu tylko w jednym z jego wymiarów. Także proces kwalifikacji do badania i dobór pacjentów pod kątem diagnozy jest bardzo zróżnicowany. Tradycja amerykańska przyjmuje szersze kryteria, a europejska węższe kryteria diagnostyczne schizofrenii. W rzeczywistości duża część prezentowanych w przeglądzie badań zawiera problematyczne, pod kątem analizy materiału, metodologiczne rozwiązania,

jak np. heterogenność próby pod względem diagnozy [Liu-Saifert i wsp., 2012; Janssen i wsp., 2006; Baloush-Kleinman i wsp., 2011; Beck i wsp., 2011], czy analizowanie grup opisywanych jako zaburzenia spektrum schizofrenii (ang. *schizophrenia spectrum disorders*, SSD) [Saeedi i wsp., 2007; Parellada i wsp., 2010]. W literaturze obydwu zjawisk, a zwłaszcza wglądu, obecne są prace porównujące ze sobą różne narzędzia wykazujące wysokie interkoleracje pomiędzy większością dostępnych skal, szczególnie tych złożonych [Cuesta i wsp., 2000; Lincoln i wsp., 2007]. Pomimo to, porównując zestawione badania należy pamiętać o znaczącej różnorodności używanych narzędzi.

W przeglądzie badań Lincoln i wsp. analizowali 9 prac dotyczących zależności wglądu i współpracy w leczeniu. Zaznaczają, że powiązanie tych dwóch zjawisk jest oczywiste i tylko w jednym przypadku, w pracy Linden i wsp. [2001], nie odnajdują korelacji między nimi. Proponują następujące spojrzenie na związek pomiędzy wglądem a współpracą w leczeniu. Uważają, że świadomość konieczności leczenia, świadomość społecznych konsekwencji choroby i „martwienie się" są bardziej odpowiednio definiowane jako „postawy dotyczące choroby" (*attitudes concerning illness*) i być może zależą od różnych niż wgląd czynników, takich jak wcześniejsze doświadczenia z systemem opieki psychiatrycznej lub przekonania kulturowe. Ich zdaniem może jednak się okazać, że wgląd w chorobę jest koniecznym warunkiem wstępnym dla spójnych odpowiedzi na pytania dotyczące owych postaw [Lincoln i wsp., 2007]. W prospektywnej, jednorocznej obserwacji Yen i wsp. [2005] porównywali chorujących na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową pod kątem związku współpracy w leczeniu z wielowymiarowym wglądem. Chorujących na schizofrenię było w tej grupie 74 osoby. Dane na temat współpracy w leczeniu były zbierane jako raport osoby badanej. Wgląd w leczenie i wgląd ogólny mierzony skalą SAI-E (*the Expanded Schedule of Assessment of Insight*) dodatnio korelował w tej grupie ze współpracą w leczeniu, ale tylko na początku obserwacji. Po roku korelacja zanikała. Autorzy piszą o niejasności wyników zależności wgląd – współpraca w leczeniu, które stają się bardziej czytelne gdy wgląd oceniany jest wielowymiarowo. I tak, przy istotnym, w początkowym okresie związku pomiędzy współpracą w leczeniu a wglądem w leczenie, brak jest korelacji z pozostałymi wymiarami wglądu, tj. wglądem w chorobę i wglądem w psychotyczne doświadczenie. Wgląd w większości badań dodatnio korelował ze współpracą w leczeniu. W przeglądzie badań Higashi i wsp. [2013] brak wglądu był związany z brakiem współpracy i był jej najczęstszym czynnikiem ryzyka. Wgląd istotnie dodatnio korelował ze współpracą w leczeniu także w badaniu średnioterminowym [Rzewuska, 2002]. W półrocznej obserwacji

brak wglądu pozostawał najlepszym predyktorem braku współpracy wśród osób, które nie nadużywają alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych [Kamali i wsp., 2006]. W niektórych badaniach istotność związku braku wglądu z brakiem współpracy występowała obok istotności nadużywania alkoholu [Jónsdóttir i wsp., 2013; Chandra i wsp., 2014]. W badaniu grupy 291 pacjentów w okresie stabilnym schizofrenii brak współpracy korelował dodatnio z brakiem wglądu ale tylko w wymiarze „wpływ leków" oraz dłuższym czasem nieleczonej psychozy (DUP) i niższym poziomem przymierza terapeutycznego [Dassa i wsp., 2010]. Analizowano zagadnienie od strony postawy wobec leczenia farmakologicznego i jej związku z wglądem w 1,5-rocznej obserwacji. W odniesieniu do wyników leczenia schizofrenii zauważono, że zmiany w kierunku pożądanych postaw wobec leczenia farmakologicznego wiązały się zmianami w zakresie psychopatologii, funkcjonowania społecznego i współpracy, niezależnie od zmian poziomu wglądu [Mohamed i wsp., 2009]. Wyniki te potwierdzają hipotezę, że w terapii pacjentów z diagnozą psychozy można pracować nad współpracą w leczeniu, niezależnie od wglądu. Półroczna obserwacja 112 chorych (w tym 84% z diagnozą schizofrenii) ogniskowała się wokół zagadnienia relacji terapeutycznej. W tym kontekście ujawniły się istotne dodatnie korelacje współpracy w leczeniu z wglądem chorobowym, zaufaniem w relacji terapeutycznej, postrzeganiem udziału rodziny w leczeniu farmakologicznym i pozytywnym nastawieniem do leków w rodzinie oraz świadomością potrzeby zażywania leków [Baloush-Kleinman i wsp., 2011]. W innym badaniu, na grupie 307 osób, także wykazującym istotność relacji terapeutycznej dla współpracy w leczeniu wykazano dwie istotne przyczyny braku tejże: brak akceptacji konieczności leczenia i brak wglądu, przy czym w wysokim odsetku (u 50% badanych) efekty uboczne leków były przyczyną przerwania leczenia [Löffler i wsp., 2003]. Niski poziom wglądu wiązał się z gorszą współpracą wśród pacjentów z grupy "autonomicznej, zorientowanej na teraźniejszość" w przeciwieństwie do grup „przyszłościowo zorientowanych" [Beck i wsp., 2011]. Może to wskazywać na znaczenie subiektywnego profilu współpracy pacjenta, a szczególnie przeżywanie siebie i doświadczenia choroby w czasie. Z badania posługującego się elektroniczną metodą pomiaru współpracy w leczeniu uzyskujemy również dane o istotności jej związku z brakiem wglądu. Jednocześnie praca podnosi znaczenie intencjonalności braku współpracy w kontekście braku wglądu. To właśnie pacjenci niewspółpracujący w sposób zamierzony częściej charakteryzują się brakiem wglądu niż ci nieintencjonalnie niewspółpracujący [Acosta i wsp., 2009]. W badaniu Schwartz i wsp. [1997] na niewielkiej grupie chorujących na schizofrenię (n=23), ale za to przy długim średnim okresie chorowania 17 lat, wykazano związek wglądu ze współpracą w leczeniu.

3.2. Przyczyny przeciwstawnych wyników oceny wglądu w schizofrenii

Zagadnienie przeciwstawności wyników wglądu w schizofrenii odnajdujemy w piśmiennictwie, ale należy zaznaczyć, że stosowanie obecnie wielowymiarowego ujęcia wglądu przynajmniej częściowo eliminuje metodologiczne przyczyny tego zjawiska. Najistotniejszą przyczyną jego występowania jest właśnie niespójność operacjonalizacji definicji wglądu [Schwartz, 1998; Schwartz, 2000]. Inne przyczyny leżą po stronie metodologicznej, jak prowadzenie badań bez randomizacji i niewłaściwe metody statystyczne. Wymienić należy także takie problemy jak analizowanie małych liczebnie grup badanych, heterogeniczne próby (np. złożone z wymieszanych grup chorujących przewlekle i z ostrymi psychozami) oraz używanie narzędzi o wątpliwej rzetelności i trafności [Mintz i wsp., 2003]. Linden i wsp. [2001] prezentują wyniki odmienne od przeważającej większości badań (jest to jedyna prospektywna praca w przeglądzie Higashi i wsp. [2013] o takich wynikach). Nie stwierdzili oni związku pomiędzy współpracą w leczeniu a wglądem i tłumaczą ten fakt możliwością zaistnienia selekcji na etapie włączenia do badania grupy bardziej współpracujących pacjentów. Taka selekcja miałaby wynikać niejako ze skłonności badaczy do bardziej chętnego angażowania pacjentów kooperujących, co wpływa na ogólne wyniki analiz współpracy w leczeniu.

Przeciwstawność wyników wglądu znana jest w opisie zależności wgląd - depresja. Większość badań potwierdza dodatnią korelację: im lepszy wgląd tym bardziej nasilona depresja. Wgląd natomiast nie korelował z depresją w pracy David i wsp. [1995]. Autorzy tłumaczą to momentem badania, które zostało przeprowadzone w chwili przyjęcia do szpitala, w okresie ostrej psychozy. Z kolei w innym badaniu wgląd był ujemnie skorelowany z depresją [Parellada i wsp., 2010]. W tym przypadku, z jednej strony badana grupa wiekowo różniła się od pozostałych przytoczonych w przeglądzie (była to grupa adolescentów), z drugiej strony wyraźna była heterogenność diagnoz z relatywnie niskim odsetkiem schizofrenii. W heterogenności diagnostycznej badanych grup należy też upatrywać odmiennych wyników w zakresie dynamiki wglądu [Mintz i wsp., 2004; Saeedi i wsp., 2007; McEvoy i wsp., 2006; Cuesta i wsp., 2000; David i wsp., 1995] przy czym wielowymiarowe ujecie wglądu pokazywało, że niektóre jego aspekty są bardziej, a inne mniej stabilne [Wciórka, 1998].

3.3. Metody pomiaru wglądu - opis narzędzi

Istnieją znaczące różnice w koncepcjach wglądu i są one widoczne w budowie skal. Najprostszy jest podział na skale *one – item* i skale złożone. Przegląd narzędzi pomiaru wglądu zawiera w sobie pewną chronologię. Wiąże się ona z ewolucją koncepcji pojęcia wglądu na przełomie lat 80. i 90. XX wieku [David i wsp., 1995]. Do tego okresu wgląd ujmowany był jako jednowymiarowe zjawisko często łączące się z postawą wobec leczenia i choroby. Odzwierciedleniem tego rozumienia jest Attitude Questionnaire (Kwestionariusz Postawy) [Soskis i Bowers, 1969], jedna z pierwszych skal wglądu wymienianych w literaturze. Podkreśla się, że nie jest to jednak typowa skala wglądu, a raczej skala oceny postawy wobec choroby i zasadniczo bardziej służy badaniu osób, które wgląd już posiadają. Nieco późniejsze narzędzie, jak item no.104 skali PSE (Ocena Aktualnego Stanu, *The Present State Examination*) [Wing i wsp., 1974] odnosiło się już do zagadnienia wglądu a nie postawy, jednak ujmowało zjawisko jednowymiarowo. Narzędziem bardziej złożonym jest ITAQ (Kwestionariusz Wglądu i Postawy wobec Leczenia, *the Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*) [McEvoy i wsp., 1989]. Z kolei zasadnicza odmienność pomiędzy niemieckim AMDP- system (*the Manual for Assessment and Documentation in Psychopathology*) [Guy i Ban, 1982], a itemem no. 104 skali PSE dotyczy wielowymiarowości oceny. AMDP-system zawiera 3 itemy dotyczące wglądu, tj.: brak poczucia choroby, brak wglądu i brak kooperacji w leczeniu oceniane na skali 4-stopniowej od 0 („brak") do 3 („ciężki"). Większość powszechnie stosowanych obecnie skal wglądu zostało opracowanych na początku lat 90. (już po rozpoczęciu badania krakowskiego, którego wyniki prezentuje niniejsza praca) i poza tym, że ujmowały wgląd wielowymiarowo, dotyczyły także różnorodnych jego aspektów. Skala SAI (Skala Oceny Trzech Wymiarów Wglądu, *The Schedule for Assessing the Three Components of Insight*) została opracowana w oparciu o trzy wymiary wglądu: świadomość leczenia, świadomość choroby i wgląd objawowy [David, 1990]. Skala SUMD (Skala Oceny Nieświadomości Zaburzeń Psychicznych, *the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder*) natomiast poszerzała wiedzę klinicysty o atrybucję objawów [Amador i wsp., 1993]. Także stworzona w Polsce SALI (Skala Oceny Braku Wglądu) *the Scale to Assess Lack of Insight*) jest skalą wielowymiarową [Dębowska i wsp., 1998b]. Narzędzie IS (Skala Wglądu, *the Insight Scale*) jest z kolei skalą samooceny [Birchwood i wsp., 1994] i odnosi się do aspektu subiektywnego podobnie jak skala „Moje myśli i odczucia" będąca krótkim kwestionariuszem do szybkiej przesiewowej oceny wglądu [Kokoszka i wsp., 2008]. W niektórych badaniach nie stosowano

żadnego specyficznego narzędzia a wgląd stopniowano na podstawie różnicy w ocenie natężenia psychopatologii (badanego przy pomocy BPRS) klinicysty lub rodziny i pacjenta (tzw. *discrepancy ratings*) [Dixon i wsp., 1998], jednakże to narzędzie uznano za nieodpowiednie do analiz porównawczych i było powodem odrzucenia opartych na nich badań w metaanalizach [Mintz i wsp., 2003].

Wgląd oceniany jest nie tylko za pomocą specyficznych kwestionariuszy, ale często jego ocena jest włączona w obszerniejsze kliniczne skale jak HDRS (Skala oceny depresji Hamiltona, *Hamilton Depression Rating Scale*), czy wspomniane już PSE (*The Present State Examination*) i AMDP (*the Manual for Assessment and Documentation in Psychopathology*). W skali PANSS (Skala objawów pozytywnych i negatywnych, *The Positive and Negative Syndrome Scale*) do oceny wglądu służy 7-stopniowy item G12.

Skale wglądu w większości ujawniają średnie do wysokich interkoleracji. Wśród wysoko skorelowanych ze sobą skal są narzędzia znacznie się różniące, jak skale wielowymiarowe (SUMD, SAI), skale typu one-item (PANSS, PSE) i skala samooceny Birchwooda (IS). Wysokie interkoleracje pomiędzy narzędziami AMDP, ITAQ i SUMD opisuje Cuesta i wsp. [2000]. Gorsze korelacje występują dla skal oceniających dodatkowe aspekty wglądu, jak wgląd w przeszłe zaburzenia, opierających się na odmiennych koncepcjach (np. skale poznawcze) [Lincoln i wsp., 2007]. Szczególnie istotna w świetle zagadnienia pomiaru wglądu wydaje się potrzeba badań jakościowych w psychiatrii [Janusz i wsp., 2010].

3.4. Metody pomiaru współpracy w leczeniu farmakologicznym - opis narzędzi

Powszechnym podziałem metod oceny przestrzegania zaleceń lekarskich jest wyróżnienie wśród nich trzech grup. Metody obiektywne i bezpośrednie to np. wykrywanie poziomu leku w moczu, we krwi lub ślinie pacjenta, czasami zaliczana jest tutaj też bezpośrednia obserwacja. Metody obiektywne, lecz pośrednie to m.in. liczenie tabletek, elektroniczny monitoring czy elektroniczny rejestr zrealizowanych recept. Trzecią grupą metod są te subiektywne i pośrednie [Friemann i Wciórka, 2009]. W niniejszej pracy przytoczone zostaną tylko będące arbitralną oceną pacjenta, profesjonalisty lub osób z otoczenia pacjenta metody subiektywne i pośrednie. Metody obiektywne i bezpośrednie oraz obiektywne, lecz pośrednie zostaną pominięte, ponieważ ich zastosowanie w badaniu

wieloletnim z jednej strony byłoby niezmiernie trudne, a z drugiej – mogłoby mieć niekorzystny wpływ na relację terapeutyczną.

Wśród najpopularniejszych skal samooceny należy wymienić inwentarz postawy wobec leku (*Drug Attitude Inventory,* DAI) [Hogan i wsp., 1983] rozróżniający pacjentów współpracujących i niewspółpracujących na podstawie 10 stwierdzeń i oceniający takie zjawiska, jak umiejscowienie kontroli przyjmowanego leku, obawy dotyczące działań niepożądanych czy przekonania zdrowotne. Innym narzędziem jest kwestionariusz wypełniania zaleceń lekowych (*Medication Adherence Questionnaire*, MAQ) [Morisky i wsp., 1986] złożony z 4 pytań i skierowany do szerokiej grupy chorych, nie tylko psychiatrycznych, bez względu na diagnozę.

W badaniach wieloletnich, z wieloma punktami pomiarowymi, istotne znaczenie ma ocena współpracy w czasie pomiędzy tymi punktami, ze względu na potrzebę opisu ciągłości zjawiska. Liczne badania nad współpracą w leczeniu farmakologicznym posługują się w tym celu danymi z wywiadu zapisanymi w karcie katamnestycznej. Dane te są gromadzone jako, np. raport osoby badanej [Yen i wsp., 2005], na podstawie klinicznego osądu lekarza [Novick i wsp., 2010], na podstawie deklaracji pacjenta w badaniu oceniającym zjawisko w kilku punktach [Ascher-Svanum i wsp., 2006] lub jako konsensus pomiędzy danymi medycznymi a oceną opiekuna [Johnson i wsp., 2012].

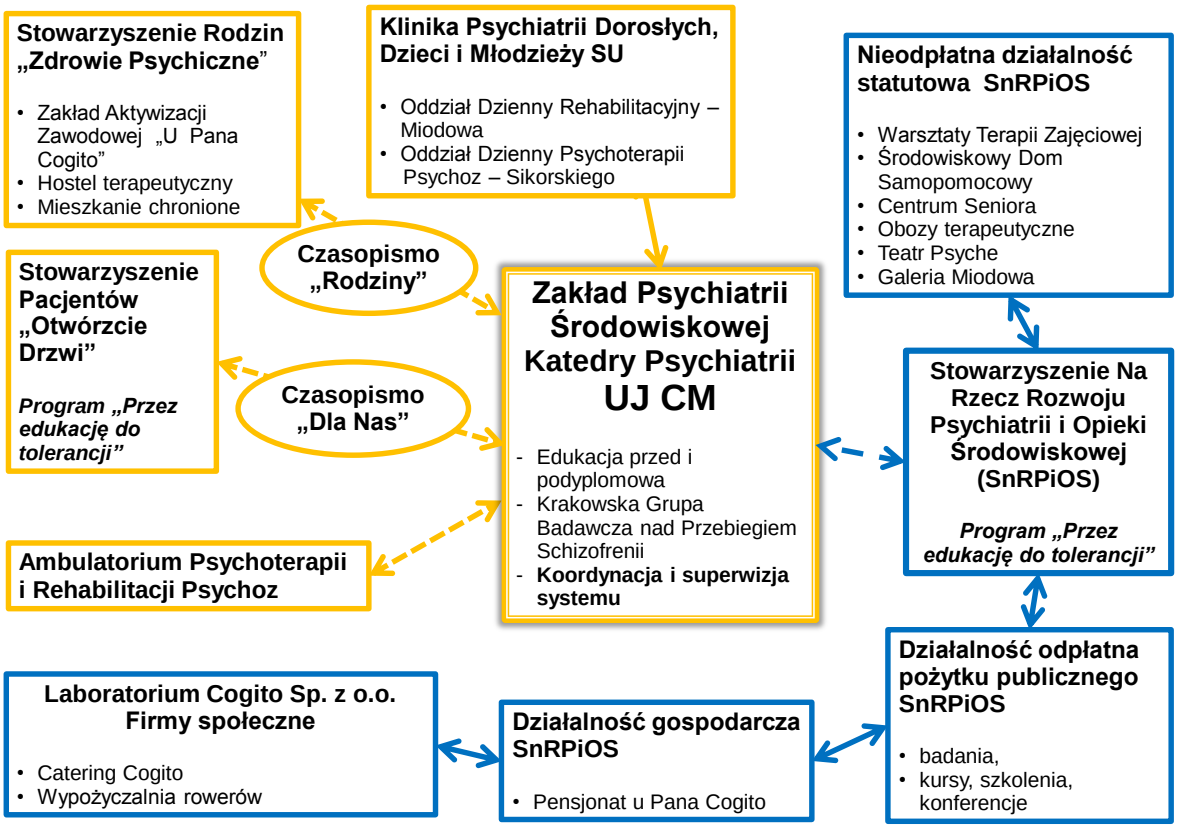
ROZDZIAŁ IV.
Opis badania

4.1. Kontekst badania

„Holistyczne podejście podkreślające indywidualność pacjenta, jego wewnętrzny świat, zwrócone na jego historię życia i rodzinno-społeczny kontekst choroby i chorowania określamy w codziennej praktyce jako psychiatrię środowiskową" [Cechnicki, 2014]. Prezentowane tutaj badanie zostało przeprowadzone w grupie pacjentów leczonych w systemie opieki umocowanym na takich założeniach funkcjonowania psychiatrii. Trudno byłoby analizować jego wyniki rozdzielnie od kontekstu terapeutycznego.

Na ów kontekst terapeutyczny krakowskiego badania składają się dwa główne czynniki. Pierwszym jest filozofia Antoniego Kępińskiego, twórcy humanistycznej psychiatrii, psychiatrii zorientowanej na osobę. Według tego autora to nie choroba definiowała człowieka w pierwszej kolejności. Idee Kępińskiego wiązały się z próbami zrozumienia psychozy poprzez poszukiwanie sensu psychotycznych przeżyć, a najważniejszym ich punktem była relacja pomiędzy pacjentem i jego terapeutą. Kępiński uważał chorujących za ekspertów od własnych przeżyć [Cechnicki, 2014]. Twierdził, że nie ma jakościowej różnicy pomiędzy zdrowymi a chorującymi. Patologię rozumiał on jako „wyolbrzymienie zjawisk zachodzących u każdego człowieka" [Kępiński, 2009]. Drugi czynnik to próba przeniesienia tej filozofii poza obszar wąsko pojmowanej psychiatrii, poza obszar relacji terapeutycznej. Dokonała tego grupa uczniów Kępińskiego aplikując jego ideę na grunt wspólnoty miasta, w tym przypadku społeczności Krakowa. Proces ten można odnieść do realizacji idei trialogu w skali już nie rodziny, a lokalnej społeczności. Utworzony został w Krakowie system terapeutyczny, skupiający kilkanaście instytucji w środowisku, zapewniających ciągłość i stabilność relacji jako zintegrowany, kompleksowy psychoterapeutyczny, rehabilitacyjny i zawodowy program dla pacjentów chorujących na psychozy schizofreniczne i ich rodzin [Cechnicki i Bielańska, 2008; Cechnicki, 2009]. Zgodnie z ideą Kępińskiego istotą opieki nad chorującymi psychicznie nie są instytucje same w sobie, ale ludzie je tworzący i takie „ludzkie" czynniki jak współpraca, relacja, więź. W tym systemie praca terapeutyczna nad wglądem i współpracą w leczeniu miały i mają nadal istotne znaczenie. Prezentowane tutaj badanie było częścią programu naukowego wieloletnich, prospektywnych obserwacji przebiegu schizofrenii i miało na celu zbadanie

znaczenia skuteczności istotnych czynników terapeutycznych takich jak wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym w interwencji środowiskowej w odległej perspektywie. Poniższa rycina przedstawia aktualną strukturę krakowskiego systemu opieki środowiskowej, która stanowi kontekst badania (ryc 4.1.).



Ryc. 4.1. Kontekst terapeutyczny badania (za Cechnicki [2014]).

W przypadku opisywanego projektu badawczego środowiskowy program leczenia po hospitalizacji w oddziale stacjonarnym obejmował hospitalizację w oddziale dziennym, połączoną z psychoedukacją pacjentów i ich rodzin, a następnie, przez kolejne 3 lata leczenie ambulatoryjne prowadzone przez terapeutów z oddziału dziennego z rozszerzeniem kontaktu indywidualnego o zajęcia grupowe i środowiskowe [Cechnicki, 2014].

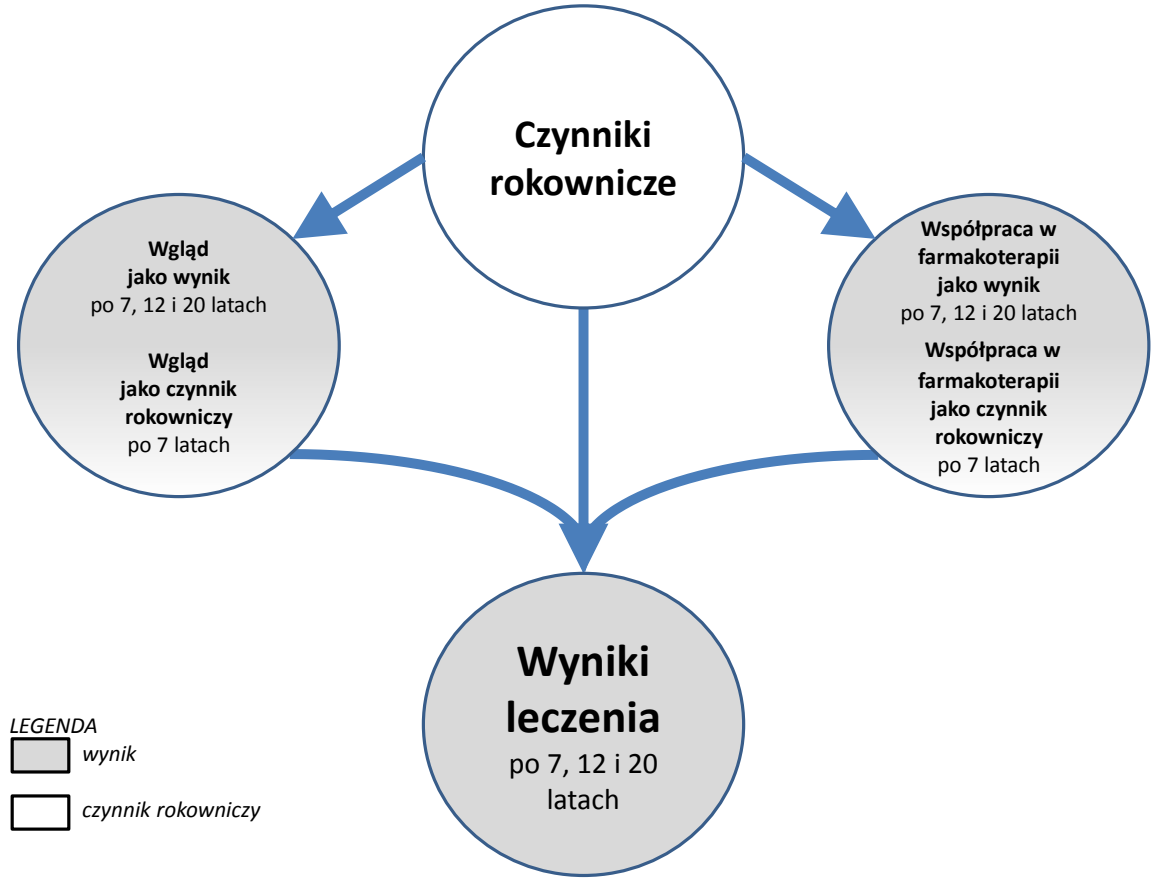
4.2. Cel pracy i hipotezy badawcze

Głównym celem pracy jest wielowymiarowa ocena wglądu w chorobę osób chorujących na psychozy schizofreniczne oraz ich współpracy w leczeniu farmakologicznym, wzajemnych powiązań tych zjawisk i związku z wynikami leczenia na przestrzeni dwudziestu lat obserwacji.

Sformułowano cele szczegółowe:

1. Charakterystyka dynamiki i opis wglądu w chorobę w wieloletniej obserwacji z uwzględnieniem udziału w indywidualnym i środowiskowym programie leczenia.
2. Analiza związku pomiędzy czynnikami rokowniczymi przebiegu schizofrenii (demograficznymi, rodzinnymi, społecznymi, dotyczącymi pierwszego epizodu) a wglądem w chorobę.
3. Analiza związku pomiędzy wglądem w chorobę a odległymi wynikami leczenia.
4. Charakterystyka dynamiki i opis współpracy w leczeniu farmakologicznym w wieloletniej obserwacji z uwzględnieniem udziału w dwóch różnych programach leczenia.
5. Analiza związku pomiędzy czynnikami rokowniczymi przebiegu schizofrenii (demograficznymi, rodzinnymi, społecznymi, dotyczącymi pierwszego epizodu) a współpracą w leczeniu farmakologicznym.
6. Analiza związku pomiędzy współpracą w leczeniu farmakologicznym a odległymi wynikami leczenia.
7. Analiza korelacji pomiędzy wglądem w chorobę a współpracą w leczeniu farmakologicznym w okresie wielu lat.
8. Analiza związku pomiędzy czynnikami rokowniczymi ocenianymi przed wybuchem choroby, wglądem w chorobę i współpracą w leczeniu farmakologicznym a wynikami leczenia w okresie dwudziestu lat chorowania z uwzględnieniem udziału w dwóch różnych programach leczenia.

W oparciu o tak wyłonione cele skonstruowano model badawczy (ryc 4.2.)



Ryc. 4.2. Model badawczy w badaniu własnym.

Dla ułatwienia dalszej lektury pracy należy podkreślić istotną metodologiczną wskazówkę ujętą w całościowym modelu badawczym. Ocena poziomu wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonana po siedmiu latach chorowania została wykorzystana w pierwszej części badania jako wskaźnik wyników leczenia a w drugiej części jako czynnik rokowniczy odległych wyników. Mówiąc językiem statystycznym wgląd i współpraca raz zostały potraktowane jako zmienna niezależna a raz jako zmienna zależna. Wykorzystano ich podział w skali 4 stopniowej (wgląd) lub 5 stopniowej (współpraca w leczeniu) oraz dychotomicznej. Odrębnie zostały też zaznaczone trzy różne metody analizy statystycznej. Tak opracowany model pozwolił na postawienie szczegółowch pytań i hipotez badawczych.

Szczegółowe pytania badawcze:

1. Jak zmienia się wgląd pacjenta na przestrzeni wielu lat chorowania?
2. Jakie przedchorobowe czynniki rokownicze przewidują poziom wglądu osiąganego po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach chorowania?
3. Czy wgląd pacjenta wiąże się z odległymi wynikami leczenia schizofrenii?

4. Czy istnieje związek pomiędzy zastosowaniem psychospołecznej interwencji terapeutycznej a poziomem osiąganego wglądu?
5. Jak zmienia się współpraca w leczeniu farmakologicznym na przestrzeni wielu lat chorowania?
6. Jakie przedchorobowe czynniki rokownicze przewidują poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach chorowania?
7. Czy współpraca w leczeniu farmakologicznym wiąże się z odległymi wynikami leczenia schizofrenii?
8. Czy istnieje związek pomiędzy zastosowaniem psychospołecznej interwencji terapeutycznej a współpracą w leczeniu farmakologicznym?
9. Czy interakcja wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym wywiera wpływ na odległe wyniki leczenia schizofrenii?

Ponieważ literatura dotycząca odległych wyników wglądu w chorobę i wieloletniej współpracy w leczeniu farmakologicznym osób chorujacych na psychozy schizofreniczne jest bardzo skąpa hipotezy badawcze sformułowano w oparciu o obserwacje kliniczne. Próbowano każdemu pytaniu badawczemu przypisać możliwą nastepującą hipotezę:

1. Wgląd pacjenta w okresie wielu lat chorowania cechuje się niewielką dynamiką.
2. Badane przedchorobowe czynniki rokownicze w różnym zakresie wyjaśniają wgląd pacjenta.
3. Istnieje istotny związek wglądu osiąganego przez pacjenta z odległymi - ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia schizofrenii.
4. Istnieje związek pomiędzy osiąganymi wynikami wglądu a udziałem w dwóch różnych programach terapeutycznych w pierwszych trzech latach chorowania.
5. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w okresie wielu lat chorowania cechuje się niewielką dynamiką.
6. Badane przedchorobowe czynniki rokownicze w różnym zakresie wyjaśniają współpracę w leczeniu farmakologicznym.
7. Istnieje istotny związek współpracy w leczeniu farmakologicznym z odległymi - ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia schizofrenii.
8. Istnieje związek pomiędzy osiąganymi wynikami współpracy w leczeniu farmakologicznym a udziałem w programie terapeutycznym w pierwszych trzech latach chorowania.

9. Interakcja wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym wywiera wpływ na odległe wyniki leczenia schizofrenii.

4.3. Metody zbierania danych i analizy

4.3.1. Miejsce i czas badania

Praca doktorska jest częścią krakowskich prospektywnych badań przebiegu pierwszego epizodu schizofrenii prowadzonych w latach 1985-1988 (pierwsze zachorowanie) i 2005-2008 (dwudziestoletnia katamneza), które miały charakter prospektywny, typu „*real time*". Analizuje ona dane dotyczące oceny wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym zebrane w trakcie prowadzenia szczegółowych badań przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii obejmujących ocenę krótko-, średnio- i długoterminową od pierwszej hospitalizacji osób diagnozowanych wg kryteriów DSM III z rediagnozą wg DSM-IV. Pierwotnie do badań krakowskich została zakwalifikowana grupa 80 osób, pierwszy raz hospitalizowanych, które następnie oceniane były w kolejnych okresach katamnestycznych: po jednym roku, po trzech latach, po siedmiu latach, po dwunastu latach i po dwudziestu latach [Cechnicki, 2011]. Z tej grupy wyłoniono 45 osobową grupę badaną.

4.3.2. Grupa badana

Przedmiotem analizy niniejszej pracy jest grupa 45 osób, która została wyłoniona spośród uczestników wieloletnich prospektywnych katamnez. Kryterium włączenia do badań było posiadanie wszystkich istotnych danych dla weryfikacji hipotez postawionych w pracy doktorskiej (szczególnie posiadanie kompletnych danych z trzech odległych okresów pomiarowych - po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach chorowania). Charakterystyka grupy odrzuconej z analiz (n=35) nie różniła się istotnie od grupy wybranej oprócz niższego nasilenia objawów afektywnych w czasie I hospitalizacji na poziomie tendencji (p=0,083). Pierwsze badanie było przeprowadzone podczas pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej na oddziale stacjonarnym. Przyjęto, że osoby zakwalifikowane do badania nie mogły być wcześniej leczone neuroleptykami przez okres dłuższy niż 3 miesiące. Jako kryteria wyłączenia przyjęto:

- obecność organicznej lub neurologicznej choroby,
- uzależnienie od alkoholu lub leków,
- upośledzenie umysłowe,

- zamieszkanie poza Krakowem.

Przyjęto wąskie kryterium diagnostyczne wg DSM-III z rediagnozą w okresie katamnezy dwunastoletniej wg klasyfikacji DSM-IV. O zastosowaniu wąskiego kryterium diagnostycznego schizofrenii zadecydowano w związku z zarzutami z jakimi spotykają się inni badacze opisujący niejednorodną grupę pacjentów. Ustalono definicję początku psychozy jako wystąpienie pierwszych objawów pozytywnych. Oceniano ciężkość psychozy z użyciem skali nasilenia psychopatologii. Opracowano standaryzowane wywiady anamnestyczny i katamnestyczny. Wprowadzono zasadę konsensusu przez 2 badaczy w badaniu klinicznym. Każda osoba biorąca udział w badaniu została po raz pierwszy zbadana w Oddziale C Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i na tym oddziale odbywały się wszystkie rehospitalizacje stacjonarne w okresie trzech pierwszych lat programu. Eksperyment kliniczny, obserwacja wyników leczenia 25 osób w programie środowiskowym (ŚPL) i kolejnych 20 osób w programie indywidualnym (IPL), z zachowaniem zasad etyki podczas kwalifikacji do obu badanych podgrup, pozwolił na ocenę związku interwencji środowiskowej z odległym poziomem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym, wraz z grupą czynników rokowniczych demograficzno-społecznych i klinicznych. Przedmiotem analizy będą średnioczasowe i odległe wyniki zebrane w kolejnych katamnezach w siedem, dwanaście i dwadzieścia lat od pierwszej hospitalizacji. Dane dotyczące wglądu pacjenta w chorobę i jego współpracy w leczeniu farmakologicznym były bowiem gromadzone dla obydwu grup objętych różnymi programami leczenia od siódmego do dwudziestego roku obserwacji. Sumując, celem pracy jest opis tych zjawisk na przestrzeni dwudziestu lat obserwacji. Należy jednocześnie pamiętać, że wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym były oceniane przez trzynaście lat w odległym okresie chorowania, podczas gdy ocena czynników rokowniczych została dokonana już na etapie włączenia do badań.

Czynniki rokownicze. Charakterystyka grupy odnosi się do okresu kwalifikacji do badań opisuje zatem stan 45 osób przed wybuchem choroby i w czasie pierwszej hospitalizacji. Zbadano 27 czynników rokowniczych społeczno-demograficzno-klinicznych związanych z początkiem choroby i taką ich liczbę wykorzystano w częściach opisowych. Są one wymienione poniżej w tabelach opisujących grupę. W analizach zrezygnowano z kilku predyktorów ze względu na silne korelacje z innymi (pow. 0,50). Odrzucono skalę Surteesa skorelowaną z kontaktami społecznymi (r=0,60), wiek pierwszych objawów skorelowany ze stanem cywilnym (r=0,60) i wykształceniem (r=0,51) oraz początek choroby skorelowany z

czasem nieleczonej psychozy (CNP, ang. *DUP*) (r=0,68). Przy wyborze kierowano się kryterium znaczenia predyktora w kontekście badania. Ze względu na istotność obydwu czynników pozostawiono silnie skorelowane ze sobą osobowość przedchorobową i kontakty społeczne (r=0,54). Ostatecznie do zredukowanej listy rokowniczych czynników przedchorobowych dołączono predyktory przebiegu po wybuchu choroby: wgląd po siedmiu latach, współpracę w leczeniu farmakologicznym (regularność farmakoterapii) po siedmiu latach i udział w programie leczenia. Niżej wymienione czynniki rokownicze demograficzno-społeczne i kliniczne (17 czynników) zostały uwzględniane w analizach regresji: 1) płeć, 2) stan cywilny, 3) wykształcenie w momencie I hospitalizacji, 4) osobowość przedchorobowa wg DSM III, 5) dziedziczenie, 6) wskaźnik ujawnianych uczuć[1] (UU), 7) kontakty społeczne, 8) czynnik spustowy, 9) czas nieleczonej psychozy (CNP, ang. DUP), 10) czas I-szej hospitalizacji stacjonarnej (w tygodniach), 11) formalne zaburzenia myślenia, 12) objawy depresyjne, 13) objawy pozytywne, 14) objawy negatywne, 15) wgląd po siedmiu latach, 16) współpraca w leczeniu farmakologicznym (regularność farmakoterapii) po siedmiu latach, 17) udział w programie leczenia.

Czynniki demograficzne. Badana grupa składała się z 27 kobiet (60%) i 18 mężczyzn (40%). Wiek pacjenta w czasie pierwszej hospitalizacji wahał się od 18 do 44 lat. Przeważały osoby stanu wolnego (30 osób, tj. 67%), nie było osób rozwiedzionych a pozostałe osoby były w związkach małżeńskich. Dane dotyczące wykształcenia w momencie pierwszej hospitalizacji (25% - wyższe; 9% - nieukończone wyższe i 42% - średnie wykształcenie) są jednym z czynników ograniczających badanie – jest to grupa reprezentatywna dla miasta uniwersyteckiego i nie jest typowa dla grupy osób chorujących na schizofrenię. (Tabela 4.1.).

[1] Wskaźnik (UU) został oszacowany przy użyciu Camberwell Family Interview (CFI) przez dr Marię Rostworowską [1999b].

Tabela 4.1. Opis grupy – predyktory demograficzne

Predyktory demograficzne	Kategorie	Ogółem (n=45)
Płeć	kobiety	27 (60%)
	mężczyźni	18 (40%)
Wiek pacjenta w momencie I- szej hospitalizacji [lata]	rozpiętość	Od 18 do 44
	średnia	27,2
	odch. st.	6,7
Stan cywilny -przed I hospitalizacją	zamężna/żonaty	15 (33%)
	rozwiedziona/ y	0 (0%)
	stanu wolnego	30 (67%)
Wykształcenie w momencie I hospitalizacji	wyższe	11 (25%)
	wyższe nieukończone	4 (9%)
	średnie	19 (42%)
	zasadnicze zawodowe	9 (20%)
	podstawowe	2 (4%)

Osobowość przedchorobowa. Nie stwierdzono zaburzeń osobowości u prawie połowy badanych. Osobowość schizoidalna lub schizotypowa została zdiagnozowana u 35% (Tabela 4.2.).

Tabela 4.2. Opis grupy – osobowość przedchorobowa

Osobowość przedchorobowa	Kategorie	Ogółem (n=45)
Osobowość przedchorobowa	norma	21 (47%)
	zaburzenia osobowości inne niż schizoidalna lub schizotypowa	8 (18%)
	osobowość schizoidalna lub schizotypowa	16 (35%)

Czynniki rodzinne. Wskaźnik ujawnianych uczuć w rodzinach badanych był wysoki w 76% przypadków. Występowanie dziedziczności I i II stopnia stwierdzono w 27% przypadków, co może wydawać się dość niskim odsetkiem (Tabela 4.3.).

Tabela 4.3. Opis grupy – predykatory rodzinne

Predyktory rodzinne	Kategorie	Ogółem (n=45)
Wskaźnik ujawnianych uczuć (UU) I hospitalizacja (ang. EE)	wysoki	34 (76%)
	niski	11 (24%)
Dziedziczność I stopnia	nie występuje	38 (84%)
	występuje	7 (16%)
Dziedziczność II stopnia	nie występuje	38 (84%)
	występuje	7 (16%)
Dziedziczenie I i II stopnia	nie występuje	33 (73%)
	występuje	12 (27%)

Czynniki społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej. Poziom funkcjonowania społecznego na poziomie od bardzo dobrego do dostatecznego przed wybuchem choroby był udziałem 73,5% ocenianych w skali DSM III (Tabela 4.4.). Brak kontaktów społecznych poza rodziną lub posiadanie powierzchownych kontaktów na poziomie niesatysfakcjonującym dotyczył 24% badanych. Przynajmniej jedną głęboką relację posiadało przed I-szą hospitalizacją 16% badanych.

Tabela 4.4. Opis grupy – predyktory społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej

Predyktory społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej	**Kategorie**	**n=45**
Funkcjonowanie społeczne przedchorobowe DSM III, wym. V	najwyższy	0 (0%)
	b. dobry	8 (18%)
	dobry, nieznacznie obniżony	11 (24,5%)
	dostateczny, miernie obniżony	14 (31%)
	słaby	11 (24,5%)
	b. słaby	1 (2%)
	niezwykle obniżony	0 (0%)
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a mierzony Skalą Podtrzymania Społecznego Surtees'a	zakres	0-13
	średnia	6,9
	odch. st.	3,1
Kontakty społeczne przed I hospitalizacją poza rodziną generacyjną	przynajmniej jeden głęboki i powierzchowne, satysfakcjonujące	7 (16%)
	liczne powierzchowne, satysfakcjonujące	18 (40%)
	jeden powierzchowny, satysfakcjonujący (próby kontaktu)	9 (20%)
	kontakty niesatysfakcjonujące (próby kontaktu)	5 (11%)
	brak, zerwane (izolacja w rodzinie)	6 (13%)
Praca	w pełnym wymiarze godzin	29 (64,5%)
	zwolnienie lub urlop dziekański	11 (24,5%)
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	1 (2%)
	praca chroniona	0 (0%)
	praca dorywcza	0 (0%)
	brak pracy i płatnych zajęć	4 (9%)
Przystosowanie seksualne przedchorobowe	nie podjął współżycia	24 (54%)
	podjął, lecz bez trwałego związku	6 (13%)
	podjął i utrzymuje trwały związek	15 (33%)

W badanej grupie pracowało w pełnym wymiarze godzin 64,5% osób przed wybuchem choroby, a bez pracy pozostawało tylko 9%. Są to dane odpowiadające ówczesnej sytuacji gospodarczej Polski. W latach 1985-1987, kiedy badanie rozpoczynało się, w warunkach gospodarki socjalistycznej podjęcie pracy traktowane było niemal jako

obowiązek, a jakość tej pracy i, co się z tym wiąże, przydatność tych danych do dalszych analiz jest ograniczona.

W zakresie przystosowania seksualnego 33% podjęło współżycie i utrzymywało trwały związek a dalsze 13% podjęło współżycie, lecz nie pozostawało w stałej relacji partnerskiej.

Przedchorobowe obciążenie. Obecność uchwytnego, istotnego stresora (konkretnego wydarzenia potwierdzonego wywiadem obiektywnym) przed pierwszą hospitalizacją stwierdzono u 75% badanych (Tabela 4.5.).

Tabela 4.5. Opis grupy – przedchorobowe obciążenie

Przedchorobowe obciążenie	**Kategorie**	**Ogółem (n=45)**
Siła stresora społecznego wg DSM III wym. - IV	brak stresora	8 (18%)
	minimalny	3 (7%)
	mierny	10 (22%)
	średni	17 (38%)
	znaczny	5 (11%)
	ekstremalny	2 (4%)

Czynniki związane z I epizodem choroby. Czas pomiędzy pierwszymi objawami pozytywnymi a pierwszą hospitalizacją to inaczej „czas nieleczonej psychoz” (CNP, ang. DUP). Wynosił tu średnio 49,7 tygodnia. W większości badań CNP korzystny rokowniczo określany jest na 0,5 roku. Ostry początek choroby występował u 69% badanych (Tabela 4.6.).

Tabela 4.6. Opis grupy – predyktory związane z pierwszym „epizodem”

Predyktory związane z pierwszym „epizodem”	**Kategorie**	**Ogółem (n=45)**
Czas między pierwszymi objawami pozytywnymi a I-szą hospitalizacją [tydzień]	rozpiętość	1-344
	średnia	49,7
	odch. st.	88,7
Wiek w momencie pojawienia się pierwszych objawów [lata]	rozpiętość	Od 13 do 43
	średnia	26,3
	odch. st.	6,8
Hospitalizacja dotyczy „I rzutu choroby”	tak	38 (84%)
	nie	7 (16%)
Początek choroby	ostry	31 (69%)
	przewlekły	14 (31%)

Czynniki dotyczące pierwszej hospitalizacji. Wymiar psychopatologiczny oceniano na podstawie nasilenia objawów afektywnych i formalnych zaburzeń myślenia w czasie pierwszej hospitalizacji, obecności objawów katatonicznych i hebefrenicznych w czasie pierwszej hospitalizacji, objawów negatywnych ocenianych w skali BPRS-LA (Krótka Psychiatryczna Skala Oceny *Brief Psychiatric Rating Scale*, zmodyfikowaną w UCLA) przy wypisie po pierwszej hospitalizacji oraz wynikiem ogólnym w skali BPRS przy przyjęciu i przy wypisie podczas pierwszej hospitalizacji. Grupę charakteryzuje stosunkowo duża redukcja sumy BPRS w czasie pierwszej hospitalizacji oraz względnie duże nasilenie objawów afektywnych. Dodatkowym czynnikiem ocenianym w badaniu jest udział w środowiskowym programie leczenia – 56% badanej grupy (Tabela 4.7.).

Tabela 4.7. Opis grupy – predyktory dotyczące I-szej hospitalizacji

Predyktory dotyczące I-szej hospitalizacji	**Kategorie**	**Ogółem (n=45)**
Objawy afektywne w czasie I hospitalizacji [Skala BPRS-LA]	suma rang	2-8
	średnia	4,8
	odch. st.	1,5
Objawy formalnych zaburzeń myślenia w czasie I hospitalizacji [Skala BPRS-LA]	suma rang	1-6
	średnia	2,5
	odch. st.	1,8
Objawy hebefreniczne w czasie I hospitalizacji [Skala BPRS-LA]	nie występowały	40 (89%)
	występowały	5 (11%)
Objawy katatoniczne w czasie I hospitalizacji [Skala BPRS-LA]	nie występowały	37 (82%)
	występowały	8 (18%)
Objawy negatywne przy wypisie po I hospitalizacji [Skala BPRS-LA]	zakres	5-16
	średnia	9,0
	odch. st.	3,3
Psychopatologia – nasilenie ogólne przy przyjęciu- I hospitalizacja [Skala BPRS-LA]	zakres	35-99
	średnia	63,5
	odch. st.	14,2
Psychopatologia – nasilenie ogólne, wypis po I hospitalizacji [Skala BPRS-LA]	zakres	24-54
	średnia	36,7
	odch. st.	6,9
Udział w programie leczenia	indywidualny PL	20 (44%)
	środowiskowy PL	25 (56%)

BPRS - LA - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*, zmodyfikowana w UCLA)
PL – program leczenia

Dodatkowymi czynnikami rokowniczymi wyłonionymi na potrzeby pracy doktorskiej są:

- wgląd oceniany po siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji,

- współpraca w leczeniu farmakologicznym oceniana po siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji.

Podział na grupy IPL i ŚPL został przeprowadzony losowo na początkowym etapie kwalifikacji do badań z z zachowaniem zasad etyki podczas kwalifikacji.

Prezentowane tu badanie, ze względu na swój charakter, nie jest objęte koniecznością uzyskania zgody Komisji Bioetycznej. Zostało ono przeprowadzone na materiale zastanym – danych z długoletnich, wielopomiarowych badań katamnestycznych nad przebiegiem schizofrenii w grupie pacjentów od momentu pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Dane te pomijają bezpośredni kontakt z pacjentami oraz pozbawione są jakichkolwiek danych osobowych umożliwiających identyfikację pacjentów.

4.3.3. Metody badawcze

Narzędzia

W początkowym okresie badań pacjenci i ich rodziny zostali opisani w kwestionariuszu anamnestycznym obejmującym analizowane czynniki rokownicze, natężenie psychopatologii (BPRS-LA), a relacje panujące w rodzinie oceniono przy pomocy narzędzia *Camberwell Family Interwiev* (CFI) [Rostworowska, 1999b]. W kolejnych odległych katamnezach po siedmiu, po dwunastu i po dwudziestu latach używano:

- Karty Katamnestycznej,
- BPRS - LA,
- Skali Straussa-Carpentera,
- Skali z wymiaru V DSM III (praca, kontakty społeczne i czas wolny),
- Skali ogólnego funkcjonowania (GAF, *Global Assessment of Functioning*).

Skale oceny wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym, zostały zakodowane w obrębie kart katamnestycznych. W badaniu używano 4-stopniowej, obserwacyjnej skali wglądu na zasadzie oceny sędziów kompetentnych (Tabela 4.8.).

Tabela 4.8 Skala wglądu

1 : brak	**Bez wglądu w psychozę.** Badany jest przekonany, że: nie jest chory psychicznie, że leki nie zmniejszyły nasilenia ani częstotliwości jego objawów, i że jego społeczne dysfunkcje nie mają nic wspólnego zaburzeniami psychicznymi.
2 : częściowy	**Częściowy wgląd w psychozę.** Badany nie jest pewny, czy ma zaburzenia psychiczne, ale gotów wziąć pod uwagę myśl, że tak może być; nie jest pewny czy leki zmniejszyły u niego nasilenie lub częstotliwość objawów, ale gotów wziąć pod uwagę taką myśl; nie jest pewny, czy społeczne dysfunkcje wiążą się zaburzeniami psychicznymi.
3 : objawowy	**Pełny wgląd w psychozę, bez wglądu w aspekty psychodynamiczne.** Badany jest stanowczo przekonany, że: jest chory psychicznie, że leki zmniejszyły nasilenie lub częstotliwość jego objawów, i że społeczne dysfunkcje wiążą się zaburzeniami psychicznymi.
4 : psychodynamiczny	**Wgląd w psychozę oraz częściowy lub całkowity wgląd w aspekty psychodynamiczne.** Umiejętność dostrzegania powiązań pomiędzy własną historią życia, tj. rolą istotnych wydarzeń życiowych, cech osobowościowych i historii rodzinnej, a doświadczeniem choroby psychicznej.

Skala odnosi się do tego aspektu wglądu, który związany jest z umiejętnością dostrzegania powiązań pomiędzy własną historią życia a doświadczeniem choroby psychicznej. Ten wymiar wglądu ma szczególne znaczenie w procesie psychoterapii. Skala została zakodowana jak przedstawiono w tabeli 4.8.

Na podstawie wyników osiąganych na skali wglądu dokonany został podział dychotomiczny grupy prezentowany w wynikach badań. Grupę z niepełnym wglądem tworzyły osoby bez wglądu i z częściowym wglądem. Grupę z pełnym wglądem tworzyły osoby z objawowym i psychodynamicznym wglądem. W drugim dychotomicznym podziale ujęto w jednej podgrupie osoby osiągające wgląd w rozumieniu psychodynamicznym, a w drugiej osoby z pozostałymi poziomami wglądu.

Jednym z istotnych problemów metodologicznych niniejszej pracy doktorskiej jest fakt, że używana skala oceny wglądu jest narzędziem o nieznanej rzetelności i trafności. Lincoln i wsp. [2007] w metaanalizie kilkudziesięciu badań odrzucili te, w których używano narzędzi bez odpowiedniej rzetelności i trafności. Analizowana skala oceny wglądu jest 4-stopniową skalą Likerta i ma pewne cechy podobne do innych skal, posiadających udowodnioną trafność i rzetelność. W chwili rozpoczynania badania istniało kilka narzędzi, jednak należy przypomnieć, że początek badań krakowskich przypadł tuż przed okresem intensywnej operacjonalizacji pojęcia wglądu [David i wsp., 1995]. Używana skala budową przypomina 7-stopniowy item G12 skali PANSS i jest także narzędziem typu *one-item*. Innym istotnym narzędziem oceny wglądu w świetle badań krakowskich jest - item no.104 skali PSE [Wing i wsp., 1974]. Jest to ocena 4-stopniowa, gdzie najniższy stopień oznacza bardzo dobry

wgląd (*perfect insight*), a najwyższy - brak wglądu (*lack of insight*) [David i wsp., 1995] (Tabela 4.9.).

Tabela 4.9. Item no. 104 skali PSE (tłum. własne za David i wsp., 1995)

0 = bardzo dobry wgląd	Zdolność oceny zagadnień związanych i zawiłych.
1 = wgląd ograniczony	Tyle wglądu w naturę zaburzeń na ile pozwalają pochodzenie społeczne i inteligencja.
2 = wgląd częściowy	Zgoda na diagnozę choroby ale bez akceptowania jej wyjaśnienia w terminologii psychiatrycznej (np. urojeniowe wyjaśnienia).
3 = brak wglądu	Całkowite zaprzeczenie zaburzeniom psychicznym.

Podobnym narzędziem jest niemiecka skala AMDP, która zawiera jednak już 3 itemy dotyczące wglądu, tj.: brak poczucia choroby, brak wglądu i brak kooperacji w leczeniu oceniane na skalach 4-stopniowych [Guy i Ban, 1982].

W odniesieniu do złożoności skali pomiaru znane są opracowania dotyczące rzetelności skal typu *one-item*. Badania rzetelności i trafności skal [Lincoln i wsp., 2007] pokazują wysoką korelację między skalami *one-item* a ogólnym wynikiem skal szczegółowych. Jednocześnie skale szczegółowe są rzetelniejsze i bardziej pożądane do oceny wglądu, gdyż opisują zjawisko w wielu wymiarach. Jednak dla oceny wglądu w kontekście jego wieloletniej obserwacji najistotniejszy jest wynik ogólny, a badany w skali *one-item* może służyć dalszym analizom, opisowi predyktorów i korelacji. W literaturze znajdujemy badania nad wglądem, w których krótka skala okazała się wystarczająca. Przykładowo Mintz i wsp. [2004] używają jedynie itemu G12 skali PANSS, a Jorgensen [1995] używa do pomiaru wglądu tylko skali samooceny (IS, *the Insight Scale*).

Cuesta i wsp. [2000] piszą o celach badania i preferencjach badających jako podstawowych warunkach wyboru odpowiedniej skali wglądu. W tym kontekście należy podkreślić, że skala utworzona dla prowadzenia krakowskich badań zawiera element „psychoterapeutyczny", istotny tak dla całości badań nad przebiegiem schizofrenii, jak i oceny wglądu kształtującego się na przestrzeni wielu lat.

Należy także dodać, że o ile omawiana skala punktuje wgląd jako koncept jednowymiarowy, to na każdym z klinicznych poziomów opisuje właściwie trzy jego aspekty: krytycyzm, poczucie zmiany po zastosowanym leczeniu i poczucie choroby. Ocena jednak nie jest wrażliwa na możliwe różnice w natężeniu tych poszczególnych aspektów. Skutkiem

takiego jednowymiarowego ujęcia wglądu jest redukcja subiektywnego doświadczenia pacjenta.

Współpraca w leczeniu farmakologicznym, nazwana w badaniu krakowskim regularnością farmakoterapii oceniana była na dwa sposoby. Pierwszym z nich był pomiar w punkcie na dwóch obserwacyjnych, 4-stopniowych skalach oceniających współpracę w zażywaniu leków i motywację do leczenia. Drugim sposobem, w oparciu o karty ambulatoryjne i znajomość pacjenta przez terapeutę, metodą sędziów, została oceniona sytuacja w poszczególnych okresach pomiarowych. Z punktu widzenia badawczego o wiele bardziej wartościowa wydaje się odpowiedź na pytanie czy pacjent współpracuje przez cały okres np. siedmiu lat katamnezy czy tylko w wybranym momencie. Jest to bardziej wiarygodna ocena regularności. Z tego powodu w kolejnych analizach opuszczony został pomiar współpracy w leczeniu farmakologicznym w punkcie na rzecz wieloletniej oceny zjawiska okresów pomiędzy punktami pomiarowymi (Tabela 4.10.). Należy podkreślić, że znacząca liczba badań nad współpracą w leczeniu farmakologicznym wśród pacjentów z diagnozą psychozy, także tych obszernych w zakresie liczebności próby, jak i wczesnych, ale charakteryzujących się przynajmniej kilkuletnim okresem obserwacji, opiera się także na danych z wywiadu [Yen i wsp., 2005; Novick i wsp., 2010; Ascher-Svanum i wsp., 2006; Johnson i wsp., 2012].

Poniżej przedstawiona skala (Tabela 4.10.) zawiera w pierwszych dwóch punktach zbliżone informacje (regularne zażywanie leków podobnie jak i nie zażywanie leków po uzgodnieniu z terapeutą z powodu braku klinicznych wskazań, wydaje się być najwyższym stopniem dobrej współpracy w leczeniu). Jednakże, mimo komplikacji problemu, zdecydowano o rozdzieleniu tych dwu sytuacji dla zaprezentowania zróżnicowania grupy pod względem dobrej współpracy.

Tabela 4.10. Skala oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularność farmakoterapii) – ocena w wywiadzie katamnestycznym.

Regularność w zażywaniu leków	
1.Nie wymaga leczenia farmakologicznego (po uzgodnieniu z terapeutą)	1
2.Zażywa regularnie	2
3.Zażywa niezbyt regularnie	3
4.Zażywa tylko w czasie nawrotów	4
5.Przerwał farmakoterapię	5

Na podstawie wyników osiąganych na skali współpracy w leczeniu farmakologicznym został dokonany podział dychotomiczny grupy prezentowany w wynikach badań. Grupę z brakiem współpracy tworzyły osoby, które przerwały farmakoterapię, zażywały leki tylko w czasie nawrotów lub zażywały leki niezbyt regularnie (od 3 do 5). Grupę w pełni współpracującą tworzyły osoby zażywające leki regularnie oraz te, które po uzgodnieniu z terapeutą, nie zażywały leków (1 i 2).

Jak zaznaczono wcześniej, ocena poziomu wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym po siedmiu latach chorowania została wykorzystana w pierwszej części badania jako wskaźnik wyników leczenia a w drugiej części jako czynnik rokowniczy odległych wyników.

Ogólne funkcjonowanie oceniano skalą ogólnego funkcjonowania (GAF, *Global Assessment of Functioning*). Obecność i natężenie objawów psychopatologicznych badano Krótką Psychiatryczną Skalą Oceny BPRS-LA (*Brief Psychiatric Rating Scale*, zmodyfikowaną w UCLA) [Lukoff i wsp., 1986]. Określono wymiar (podskalę) negatywny złożony z oceny 5 punktów: spowolnienie ruchowe, zubożenie uczuciowe, brak współpracy z badającym, wycofanie emocjonalne i zaniedbanie higieniczne oraz wymiar pozytywny złożony także z 5 punktów (wrogość, nieufność i podejrzliwość, zaburzenia treści myślenia, omamy oraz formalne zaburzenia myślenia). Jako kryterium nawrotu przyjęto wystąpienie poziomu 6 lub 7, w którymkolwiek punkcie 7-stopniowej skali. W celu zwiększenia rzetelności ocen podczas uzupełniania kwestionariuszy zespół badaczy został przeszkolony w początkowym okresie badań.

Wśród wskaźników wyników leczenia uwzględniono następujące [Cechnicki, 2011]: wskaźniki oceny ogólnej wyników leczenia (zdrowienie, ogólne funkcjonowanie, typ przebiegu choroby wg Watta i Sheparda [Watt i wsp., 1983; Shepherd i wsp., 1989], funkcjonowanie społeczne wg DSM III), wskaźniki szczegółowe wyników leczenia w obszarze klinicznym (liczba rehospitalizacji, czas rehospitalizacji, liczba nawrotów, nasilenie objawów) oraz wskaźniki szczegółowe wyników leczenia w obszarze społeczno-rodzinnym: (stan cywilny, współmieszkańcy, praca, kontakty społeczne, obciążenie rodzinne).

W ocenie ogólnego funkcjonowania na skali GAF posłużono się dwoma przedziałami wartości, które przyjęte są w piśmiennictwie jako wskaźniki dobrego funkcjonowania: „łagodniejsze" kryterium (wynik powyżej 60 pkt. w skali GAF) i „surowsze" kryterium

(wynik powyżej 70 pkt w skali GAF) [Cechnicki, 2011; Thara, 2004; Wiersma i wsp., 1998; Hopper i wsp., 2007].

Zdrowienie (ang. *recovery*) jest złożonym wskaźnikiem wyników. Za kryterium zdrowienia przyjęto ocenę kompleksową, na którą składa się remisja objawowa, bardzo dobre kontakty społeczne i posiadanie pracy. Remisję definiowano za Andreasen i wsp. [2005] jako nasilenie na poziomie łagodnym, do 3 pkt. w skali BPRS, wielkościowości, podejrzliwości, niezwykłych treści myślenia, halucynacji, dezorganizacji pojęciowej, manieryzmów i spłycenia afektu. Ocena społeczna spełniała założenia definicji zdrowienia w przypadku pracy na pół etatu lub nauki, samodzielności w zakresie gospodarowania lekami i pieniędzmi, oraz posiadania przynajmniej raz w tygodniu kontaktów rówieśniczych. Zostały wyodrębnione dwa typy zdrowienia. Bardziej restrykcyjny typ A zdefiniowano jako zdrowienie po pierwszym i jedynym epizodzie psychotycznym. Oznacza to przebieg choroby bez nawrotów i rehospitalizacji z bardzo dobrym poziomem funkcjonowania społecznego (posiadanie pracy w pełnym wymiarze, liczne kontakty społeczne). Typ B występował w przebiegu nawracającym z remisją, a pozostałe kryteria zdrowienia były identyczne jak w typie pierwszym. Wymienione kryteria są powszechnie przyjęte przez badaczy w ocenie zdrowienia [Harrow i wsp., 2005]. Zdrowienie określane bywa także poziomem osiąganym na skali GAF w aspekcie klinicznym i społecznym. W badaniu krakowskim przyjęto dwa przedziały: powyżej 60 pkt. lub powyżej 70 pkt. [Cechnicki, 2011].

4.3.4. Opracowanie statystyczne wyników

Do opracowania statystycznego wyników wykorzystano pakiet Statistica 10 PL. Do analizy różnic międzygrupowych wykorzystano testy chi-kwadrat, U Manna-Whitney'a, Wilcoxona, t-Studenta oraz ANOVA. Do analizy powiązań pomiędzy wybranymi czynnikami rokowniczymi a wynikami leczenia wykorzystano metodę analizy regresji krokowej postępującej i logistycznej. Przyjęty poziom istotności statystycznej we wszystkich analizach wynosił $\alpha = 0{,}05$.

ROZDZIAŁ V.
Wyniki badań

Opis badanych wyników dotyczy odległego okresu chorowania i dlatego prezentowana analiza roli wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym w przebiegu psychoz schizofrenicznych obejmuje średnioczasowe i odległe wyniki, bez uwzględnienia wczesnego okresu przebiegu choroby. Biorąc pod uwagę to, że ocena czynników rokowniczych została dokonana już na etapie włączenia do badań, pełny okres analizowanej tu obserwacji obejmuje dwadzieścia lat. Jednak wgląd i współpraca w leczeniu farmakologicznym były oceniane przez trzynaście lat, między siódmym a dwudziestym rokiem chorowania.

Dla ułatwienia śledzenia wyników badań w kolejnych podrozdziałach przypomnijmy, że średnioczasowa ocena poziomu wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonana po siedmiu latach chorowania została wykorzystana zarówno jako wskaźnik wyników leczenia jak również jako czynnik rokowniczy odległych wyników. Poziom wglądu i zakres współpracy w leczeniu farmakologicznym, które zostały zmierzone po siedmiu latach chorowania, posłużyły do dychotomicznego podziału badanej grupy i porównania w zakresie badanych czynników rokowniczych. Następnie wykorzystano regresje logistyczne w celu zbadania, które czynniki rokownicze w sposób istotny statystycznie wyjaśniają uzyskanie wyższego poziomu wglądu bądź współpracy w leczeniu farmakologicznym w odległych punktach pomiarowych. W kolejnym kroku badawczym zastosowano wspomniany wyżej podział dychotomiczny dla porównania międzygrupowego odległych wyników leczenia. Na koniec wykorzystano regresje liniowe by odpowiedzieć na pytanie, czy dwie omawiane tu zmienne będą istotnie wiązać się z ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia przy uwzględnieniu przechorobowych demograficzno-społecznych i klinicznych czynników rokowniczych. Metody wykorzystane w prezentowanych analizach postępują od prostszych w kierunku bardziej złożonych.

Dla określenia najwyższego stopnia wglądu opisanego na skali jako: „wgląd w psychozę oraz częściowy lub całkowity wgląd w aspekty psychodynamiczne; rozumienie roli czynników osobowościowych i rodzinnych” używane będą zamiennie nazwy: „wgląd w rozumieniu psychodynamicznym”, „wgląd w związek biografii z psychozą”, „wgląd psychodynamiczny”. Ponadto, w celu uproszczenia nazewnictwa, grupę nie osiągającą

wglądu w rozumieniu dynamicznym nazwano: „brak wglądu psychodynamicznego”. W skład tej podgrupy wchodzą osoby z brakiem wglądu, częściowym wglądem oraz pełnym objawowym wglądem klinicznym.

Wyniki badań zostały przedstawione w kolejnych podrozdziałach. Dwa pierwsze dotyczą pierwszej części pracy i obejmują analizy znaczenia wglądu pacjentów (5.1) i znaczenia współpracy w leczeniu farmakologicznym (5.2) w długoterminowej obserwacji rozumianych jako wskaźnik wyników leczenia. Druga część pracy traktująca wgląd i współpracę w leczeniu farmakologicznym jako czynnik rokowniczy w podrozdziale 5.3 analizuje związki pomiędzy wglądem a współpracą w leczeniu farmakologicznym a w 5.4 związki wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z uwzględnieniem przedchorobowych czynników rokowniczych z ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia. W opisach uwzględniono wyniki zbiorcze a wyniki szczegółowe zamieszczono w aneksie pracy.

5.1. Wgląd pacjentów w długoterminowej obserwacji. Opis i czynniki rokownicze

W przedstawionych analizach wgląd będzie traktowany jako „wynik leczenia”. Kolejno opisano poziom, stabilność wglądu i związane z nim czynniki rokownicze. Po siedmiu latach trwania leczenia dokonano dychotomicznego podziału badanej grupy ze względu na uzyskane wyniki na skali wglądu na dwie podgrupy: pełny wgląd i niepełny wgląd. Liczebność obydwu grup była zbliżona i dla pierwszej wynosiła n=25 (56%), a dla drugiej n=20 (44%). Dla zbadania zagadnienia wglądu w rozumieniu dynamicznym wyodrębniono grupę osiągającą ten najwyższy poziom wglądu liczącą po siedmiu latach 11 osób, co stanowiło 24% grupy badanej (Tabela 5.1.).

Tabela 5.1. Zastosowany w analizach podział badanej grupy w zależności od poziomu wglądu po siedmiu latach leczenia

<table>
<tr><th>Poziom wglądu</th><th>n=45 (100%)</th><th>Posiadanie wglądu objawowego</th><th>Posiadanie wglądu psychodynamicznego</th></tr>
<tr><td>Brak wglądu</td><td>1 (2%)</td><td rowspan="2">niepełny n=20 (44%)</td><td rowspan="3">brak wglądu psychodynamicznego n=34 (76%)</td></tr>
<tr><td>Częściowy wgląd w objawy</td><td>19 (42%)</td></tr>
<tr><td>Pełny wgląd w objawy</td><td>14 (32%)</td><td rowspan="2">pełny n=25 (56%)</td></tr>
<tr><td>Wgląd psychodynamiczny</td><td>11 (24%)</td><td>wgląd psychodynamiczny n=11 (24%)</td></tr>
</table>

Przedstawione zostaną analiza wglądu w obserwacji długoterminowej, czyli w trzech punktach pomiarowych po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach z uwzględnieniem udziału w programie leczenia (IPL/ŚPL) oraz analiza wglądu dynamicznego (wglądu w związek biografii z psychozą).

5.1.1. Opis wglądu w długoterminowej obserwacji

W niniejszym podrozdziale zostanie przedstawione, jak na przestrzeni wielu lat chorowania zmienia się wgląd w grupie chorujących i w indywidualnym ujęciu.

Różnice pomiędzy poszczególnymi punktami pomiarowymi po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach leczenia, opisujące dynamikę wglądu w badanej grupie, okazały się nieistotne statystycznie (test Wilcoxona) (Tabela 5.2.).

Tabela 5.2. Poziom wglądu po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach leczenia.

Wgląd (n=45)	**Po siedmiu latach**	**Po dwunastu latach**	**Po dwudziestu latach**
Brak wglądu	1 (2%)	4 (9%)	5 (11%)
Częściowy wgląd w objawy	19 (42%)	17 (38%)	17 (38%)
Pełny wgląd w objawy	14 (32%)	17 (37%)	14 (31%)
Wgląd psychodynamiczny	11 (24%)	7 (16%)	9 (20%)

Różnice pomiędzy poszczególnymi punktami pomiarowymi mierzone testem Wilcoxona nieistotne.

Analiza składu procentowego poszczególnych podgrup pokazuje nieznaczną tendencję wzrostową liczby osób z całkowitym brakiem wglądu (2% po siedmiu latach, 9% po dwunastu latach i 11% dwudziestu latach), a także zmniejszenie liczby osób, które wcześniej osiągnęły wgląd w rozumieniu psychodynamicznym (24% po siedmiu latach, 16% po dwunastu latach i 20% po dwudziestu latach). W podziale dychotomicznym przez wiele lat chorowania nieznacznie zwiększała się liczebność grupy z niepełnym wglądem - 44% po siedmiu latach, 47% po dwunastu latach i 49% po dwudziestu latach. Zatem w podziale na podgrupę z niepełnym wglądem (brak lub częściowy) oraz z pełnym wglądem (pełny w objawy i psychodynamiczny) przez wszystkie lata obserwacji stabilnie, nieznacznie o kilka procent, przeważała podgrupa dysponująca pełnym wglądem. Jednakże taki sposób oceny stabilności zjawiska dotyczył jedynie zmian liczebności grupy osób z wglądem w populacji, nie biorąc pod uwagę tego, czy były to te same osoby. Dlatego rzetelniejszą metodą oceny zjawiska jest analiza danych w oparciu o losy indywidualnych pacjentów (Tabela 5.3.).

Tabela 5.3. Stabilność „pełnego wglądu" pacjenta

Stabilność pełnego wglądu między katamnezami 7- i 12-letnią	Liczba (%) osób z pełnym wglądem po 7 latach (n=45)	Liczba (%) osób z pełnym wglądem po 12 latach (n=45)	Jaki procent osób spośród tych u których stwierdzono pełny wgląd po 7 latach utrzymał go po 12 latach	Liczba (%) osób z pełnym wglądem w obu katamnezach (n=45)
	25 (56%)	24 (53%)	31 (68%)	17 (38%)
Stabilność pełnego wglądu między katamnezami 12- i 20-letnią	Liczba (%) osób z pełnym wglądem po 12 latach (n=45)	Liczba (%) osób z pełnym wglądem po 20 latach (n=45)	Jaki procent osób spośród tych u których stwierdzono pełny wgląd po 12 latach utrzymał go po 20 latach	Liczba (%) osób z pełnym wglądem w obu katamnezach (n=45)
	24 (53%)	23 (51%)	30 (67%)	16 (36%)

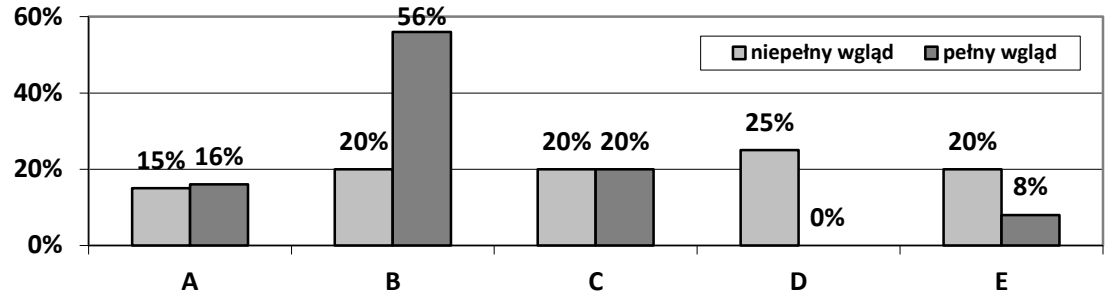
Tak przeprowadzona analiza utrzymywania się pełnego wglądu w opisywanej grupie na przestrzeni trzynastu lat badania ujawnia brak stabilności tego zjawiska. Odsetek osób utrzymujących pełny poziom wglądu w dwóch sąsiednich punktach pomiarowych wynosił 36-38%, a dwie trzecie osób z pełnym wglądem we wcześniejszym punkcie pomiarowym utrzymywało taki jego poziom w kolejnym punkcie.

5.1.2. Porównanie przedchorobowych czynników rokowniczych w grupach o różnych poziomach wglądu

Podrozdział ten dotyczy kwestii, czy posiadanie pełnego wglądu i wglądu psychodynamicznego po siedmiu latach chorowania wiaże się ze specyficznymi wartościami czynników demograficzno-społecznych i klinicznych.

Podziału na grupy z pełnym i niepełnym wglądem dokonano po siedmiu latach chorowania. W opisie grup posługiwano się danymi dotyczącymi czynników rokowniczych zebranymi w chwili rozpoczynania badań. Zatem charakterystyka grup opisuje poziom wglądu w oparciu o cechy predyktorów występujące w momencie rozpoczynania leczenia psychozy (chronologicznie - siedem lat przed oceną wglądu).

Jedyną istotną statystycznie różnicą między grupami z różnym wglądem okazały się kontakty społeczne przed I-szą hospitalizacją poza rodziną generacyjną (p=0,027) (Wykres 5.1.).



Wykres 5.1. Charakterystyka kontaktów społecznych przedchorobowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach.
Legenda: oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup,
oś pozioma: A - przynajmniej jeden głęboki i powierzchowne, satysfakcjonujące, B - liczne powierzchowne, satysfakcjonujące, C - jeden powierzchowny, satysfakcjonujący (próby kontaktu), D - kontakty niesatysfakcjonujące (próby kontaktu), E - brak, zerwane (izolacja w rodzinie).
Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,027).

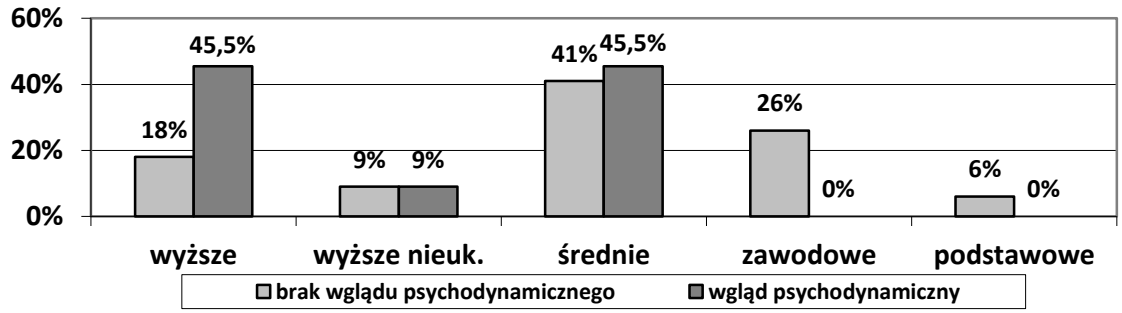
Wśród czynników demograficznych płeć nie wiązała się z wglądem (w obydwu grupach przewaga kobiet nad mężczyznami wynosiła 60% do 40%). Średni wiek pacjenta w momencie pierwszej hospitalizacji był o dwa lata wyższy w grupie z pełnym wglądem (śr. 28,1 lat) niż w grupie z niepełnym wglądem (śr. 26,1 lat), jednak ta różnica mierzona testem t-Studenta nie była istotna statystycznie (p=0,329). Grupa z pełnym wglądem charakteryzowała się nieco wyższym poziomem wykształcenia, ale nie była to różnica istotna (p=0,079). W zakresie predyktorów rodzinnych wysoki wskaźnik ujawnianych uczuć (UU) występował nieistotnie częściej (p=0,141) w grupie z pełnym wglądem (84% do 65%).

Ponadto, grupę z pełnym wglądem charakteryzował trend nieistotny wyższych poziomeów większości analizowanych wskaźników przedchorobowego funkcjonowania społecznego. Wśród czynników rokowniczych związanych z pierwszym epizodem choroby nie wykazano istotnych różnic. Również czynniki rokownicze dotyczące I-szej hospitalizacji osiągały w grupie z pełnym wglądem nieistotnie mniejsze nasilenie na skalach objawowych.

Nieistotne, chociaż wyraźne, różnice procentowe składu grup z pełnym i niepełnym wglądem zostały ujawnione przy podziale grupy ze względu na udział w programie leczenia (IPL/ŚPL) w pierwszych trzech latach terapii (p=0,060). Podczas gdy w grupie z niepełnym wglądem 40% osób było objętych ŚPL, to w grupie z pełnym wglądem odsetek ten wynosił 68% osób po siedmiu latach leczenia, czyli po czterech latach od zakończenia interwencji. W celu analizy występowania wieloletniego związku interwencji środowiskowej z wglądem, dokonano także oceny sytuacji po dwunastu i dwudziestu latach. Różnica międzygrupowa nie osiągała poziomu statystycznej istotności.

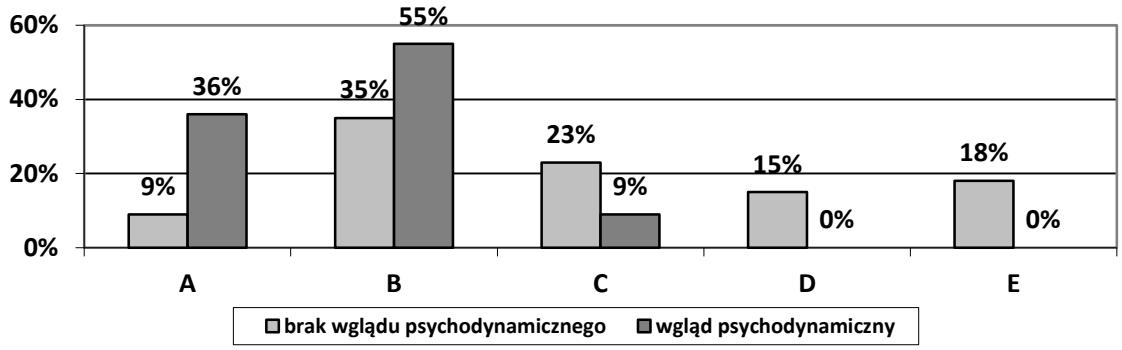
Wgląd psychodynamiczny. W celu zbadania zagadnienia wglądu psychodynamicznego u pacjentów psychotycznych, dokonano podziału badanej grupy ze względu na uzyskane wyniki na skali wglądu na dwie podgrupy: brak wglądu psychodynamicznego i wgląd psychodynamiczny. Grupa pacjentów, którzy po siedmiu latach przebiegu i leczenia psychozy uzyskała psychodynamiczny poziom wglądu, wynosiła 11 osób (24% całej grupy). Liczebność tej grupy w kolejnych punktach pomiarowych była niższa (Tabela 5.1.).

Grupa z wglądem psychodynamicznym charakteryzowała się statystycznie istotnie wyższym poziomem wykształcenia w momencie I-szej hospitalizacji (p=0,019) (Wykres 5.2.). Dla nielicznych predyktorów demograficznych ujawniły się tendencje. Stanu wolnego przed I-szą hospitalizacją było 73,5% badanych bez wglądu dynamicznego i 45,5% z wglądem psychodynamicznym (p=0,086). Rozpiętość w zakresie czynnika „średni wiek pacjenta w momencie pierwszej hospitalizacji" była wyższa (p=0,110) niż w podziale dychotomicznym na pełny i niepełny wgląd i wynosiła prawie 4 lata (śr. 30,0 lat dla wglądu psychodynamicznego).



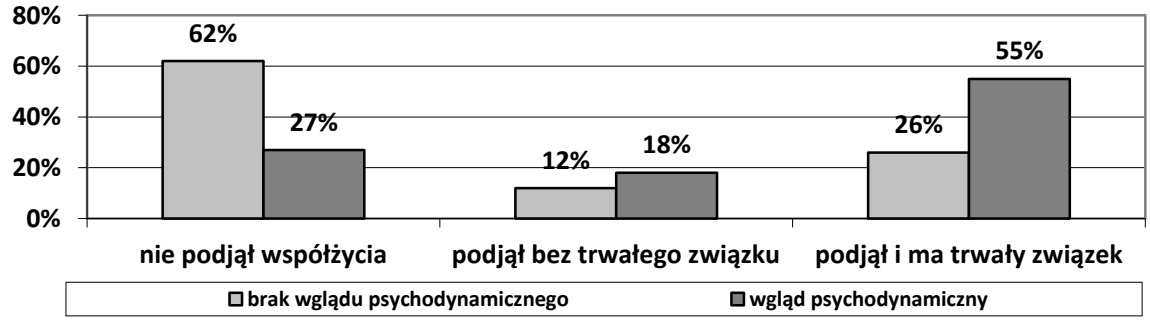
Wykres 5.2. Rozkład wykształcenia w początkowym okresie badania w podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.
Legenda: oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup.
Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,019).

Nie ujawniły się istotne różnice na korzyść wglądu psychodynamicznego w zakresie predyktorów rodzinnych. Natomiast w analizie społecznych czynników rokowniczych dotyczących sytuacji przedchorobowej wystąpiło kilka istotnych statystycznie różnic: dla wskaźnika więzi społecznej Surtees'a mierzonego Skalą Podtrzymania Społecznego Surtees'a (p=0,028), dla kontaktów społecznych przed I-szą hospitalizacją poza rodziną generacyjną (p=0,003) (Wykres 5.3.) i dla przystosowania seksualnego przedchorobowego (p=0,048) (Wykres 5.4.).



Wykres 5.3. Natężenie przedchorobowych kontaktów społecznych przed I-szą hospitalizacją w badanych podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup.
Oś pozioma: A - przynajmniej jeden głęboki i powierzchowne, satysfakcjonujące, B - liczne powierzchowne, satysfakcjonujące, C - jeden powierzchowny, satysfakcjonujący (próby kontaktu), D - kontakty niesatysfakcjonujące (próby kontaktu), E - brak, zerwane (izolacja w rodzinie). Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,003).

Osoby z lepszym poziomem wglądu po siedmiu latach przed chorobą częściej miały satysfakcjonujące kontakty towarzyskie poza rodziną oraz więcej z nich posiadało wtedy trwały związek seksualny.

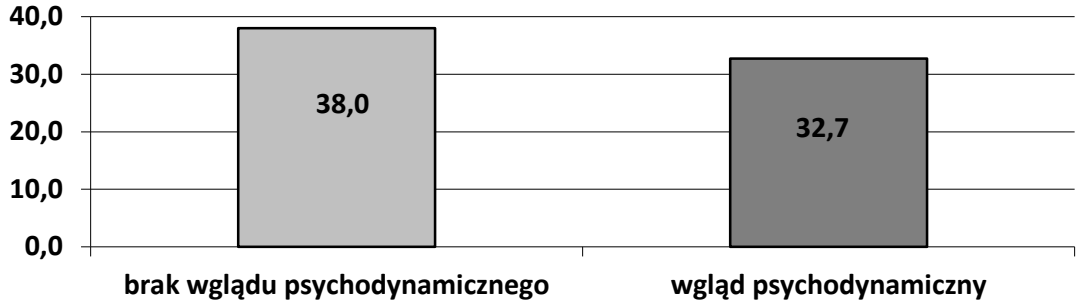


Wykres 5.4. Przedchorobowe kontakty seksualne na początku badania w podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup. Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,048).

Grupę osiągającą po siedmiu latach chorowania poziom wglądu psychodynamicznego w okresie przedchorobowym opisują zatem czynniki świadczące o większym zaangażowaniu w życie społeczne.

Różnica międzygrupowa dla ogólnego nasilenia objawów przy wypisie po I-szej hospitalizacji mierzonych na skali BPRS osiągnęła poziom istotności statystycznej (p=0,002). Ogólne nasilenie objawów przy wypisie było istotnie niższe w grupie z wglądem psychodynamicznym (Wykres 5.5.), pomimo że przy przyjęciu nie było właściwie żadnej

różnicy między grupami (a nawet nieznacznie większe nasilenie psychopatologii w grupie z wglądem psychodynamicznym).



Wykres 5.5. Średnie ogólne natężenie objawów wg BPRS-LA (wynik sumaryczny) na początku badania w podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Liczba punktów w skali BPRS-LA.
Istotność różnic międzygrupowych badana testem t-Studenta (p=0,002).

Wśród czynników rokowniczych związanych z pierwszym epizodem choroby zaznaczyły się tendencje dla wieku w momencie pojawienia się pierwszych objawów - wyższy wiek w grupie z wglądem psychodynamicznym (p=0,095) oraz dla początku choroby, gdzie w grupie z wglądem psychodynamicznym 91% badanych miało ostry początek choroby (p=0,070). Pomiędzy grupami z wglądem psychodynamicznym i z brakiem tego poziomu wglądu nie wystąpiły istotne różnice w zakresie udziału w programie leczenia.

5.1.3. Związek czynników rokowniczych z wglądem

W kolejnym kroku badawczym analizowano związek pomiędzy czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi a wglądem traktowanym jako wskaźnik wyników leczenia w trzech kolejnych punktach pomiarowych: po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach chorowania. Jako wskaźnik wykorzystano ocenę wglądu w podziale dychotomicznym na niepełny (brak, częściowy) i pełny (pełny objawowy i psychodynamiczny). Oceny dokonano metodą regresji logistycznej.

Czynniki rokownicze wyjaśniały w różnym okresie chorowania pomiędzy 21% a 40% wyników pełnego wglądu (Tabela 5.4.).

Tabela 5.4. Związki wglądu z demograficzno-społecznymi i klinicznymi czynnikami rokowniczymi na przestrzeni wielu lat chorowania. Regresje wielorakie logistyczne z zastosowaną krokową postępującą metodą wprowadzania zmiennych do modelu.

Wgląd dychotomiczny (pełny)	**Przedchorobowe czynniki rokownicze**	**B**	**p**	**iloraz szans (OR)**
Po 7 latach R^2 Nagelkerkego =0,40 p=0,001	pozarodzinne kontakty społeczne (głębokie i satysf.)	0,742	0,021	0,476
	czas I hospitalizacji (krótszy)	0,219	0,004	0,803
Po 12 latach R^2 Nagelkerkego =0,30 p=0,003	wykształcenie (wyższe)	0,642	0,046	0,526
	BPRS pozytywny przy wypisie (mniej objawów)	0,289	n.s.	0,749
Po 20 latach R^2 Nagelkerkego =0,21 p=0,005	pozarodzinne kontakty społeczne (głębokie i satysf.)	0,746	0,012	0,474

BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*)
p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; R^2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej; B – współczynnik regresji dla danego predyktora

Po siedmiu latach posiadanie pełnego wglądu istotnie związane było z posiadaniem głębokich, satysfakcjonujących, pozarodzinnych kontaktów społecznych przed wybuchem choroby oraz z krótszym czasem pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, po dwunastu latach z wyższym poziomem wykształcenia a po dwudziestu latach ponownie z posiadaniem głębokich i satysfakcjonujących przedchorobowych kontaktów społecznych poza rodziną.

5.2. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w długoterminowej obserwacji. Opis i czynniki rokownicze

W przedstawionych analizach współpraca w leczeniu farmakologicznym będzie traktowana jako „wynik leczenia". Kolejno przedstawiony zostanie opis poziomu, stabilności współpracy w leczeniu farmakologicznym i związanych z nią czynników rokowniczych w długoterminowej obserwacji, czyli w trzech punktach pomiarowych po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach z uwzględnieniem udziału w programie leczenia (IPL/ŚPL).

5.2.1. Opis współpracy w leczeniu farmakologicznym w długoterminowej obserwacji

W podrozdziale zaprezentowano, jak na przestrzeni wielu lat chorowania zmienia się współpraca w leczeniu farmakologicznym w grupie chorujących i w indywidualnym ujęciu.

Po siedmiu latach badania dokonano dychotomicznego podziału grupy ze względu na wyniki na skali współpracy w leczeniu farmakologicznym i uzyskano 2 podgrupy: pełna

współpraca i brak współpracy. Liczebność obydwu podgrup była bardzo zbliżona i w pierwszej wynosiła n=23 (51%), a w drugiej n=22 (49%) (Tabela 5.5.).

Tabela 5.5. Zastosowany w analizach podział dychotomiczny współpracy w leczeniu farmakologicznym po siedmiu latach leczenia

Regularność farmakoterapii	**n=45 (100%)**	**Obecność współpracy w farmakoterapii**
Nie wymaga leczenia farmakologicznego	4 (9%)	pełna współpraca n=23 (51%)
Zażywa leki regularnie	19 (42%)	
Zażywa leki niezbyt regularnie, okresowo przerywa	5 (11%)	brak współpracy n=22 (49%)
Zażywa leki tylko w czasie nawrotów	11 (25%)	
Przerwał farmakoterapię	6 (13%)	

Różnice pomiędzy poszczególnymi okresami pomiarowymi (po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach leczenia), opisujące dynamikę współpracy w leczeniu farmakologicznym w badanej grupie, osiągają istotność statystyczną w okresach pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania (p=0,001) oraz dwunastym a dwudziestym rokiem chorowania (p=0,002). Analiza składu procentowego poszczególnych podgrup pokazuje wzrost liczby osób współpracujących. W podziale dychotomicznym przez wiele lat chorowania istotnie zmniejszała się liczebność grupy niewspółpracującej (49% po siedmiu latach, 28% po dwunastu latach i 20% po dwudziestu latach) (Tabela 5.6.).

Tabela 5.6. Dynamika współpracy w leczeniu farmakologicznym

Regularność farmakoterapii n=45	**Po siedmiu latach**	**Po dwunastu latach**	**Po dwudziestu latach**
Nie wymaga leczenia farmakologicznego	4 (9%)	8 (18%)	9 (20%)
Zażywa leki regularnie	19 (42%)	20 (44%)	27 (60%)
Zażywa leki niezbyt regularnie, okresowo przerywa	5 (11%)	4 (9%)	7 (16%)
Zażywa leki tylko w czasie nawrotów	11 (25%)	7 (16%)	1 (2%)
Przerwał farmakoterapię	6 (13%)	6 (13%)	1 (2%)

Różnice między poszczególnymi punktami pomiarowymi mierzone testem Wilcoxona: 7-12 lat n.s., 7-20 lat p=0,001, 12-20 lat p=0,002.

Odsetek osób utrzymujących pełny poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym w kolejnych punktach pomiarowych wynosił odpowiednio 51%, 62% , 80% a grupa która utrzymywała współpracę w obu sąsiednich punktach pomiarowych wzrosła z 44% pomiędzy siódmym a dwunastym rokiem do 56% pomiędzy dwunastym a dwudziestym rokiem chorowania (Tabela 5.7.). W takim ujęciu współpraca w leczeniu farmakologicznym byłaby więc zjawiskiem dynamicznym i poprawiała się na przestrzeni wielu lat leczenia schizofrenii.

Tabela 5.7. Stabilność „pełnej współpracy" w leczeniu farmakologicznym.

Stabilność pełnej współpracy między katamnezami 7- i 12-letnią	Liczba (%) osób z pełną współpracą po 7 latach (n=45)	Liczba (%) osób z pełną współpracą po 12 latach (n=45)	Jaki procent osób spośród tych, u których stwierdzono pełną współpracę po 7 latach utrzymał ją po 12 latach	Liczba (%) osób z pełną współpracą w obu katamnezach (n=45)
	23 (51%)	28 (62%)	39 (87%)	20 (44%)
Stabilność pełnej współpracy między katamnezami 12- i 20-letnią	Liczba (%) osób z pełną współpracą po 12 latach (n=45)	Liczba (%) osób z pełną współpracą po 20 latach (n=45)	Jaki procent osób spośród tych, u których stwierdzono pełną współpracę po 12 latach utrzymał ją po 20 latach	Liczba (%) osób z pełną współpracą w obu katamnezach (n=45)
	28 (62%)	36 (80%)	40 (89%)	25 (56%)

Jednakże w trakcie analizy losów indywidualnych pacjentów, co jest bardziej rzetelną metodą oceny, wykazano znaczącą stabilność współpracy w leczeniu. Na przestrzeni trzynastu lat badania odsetek 87-89% osób w pełni współpracujących we wcześniejszym punkcie pomiarowym utrzymywał taki jej poziom w kolejnym punkcie (Tabela 5.7.).

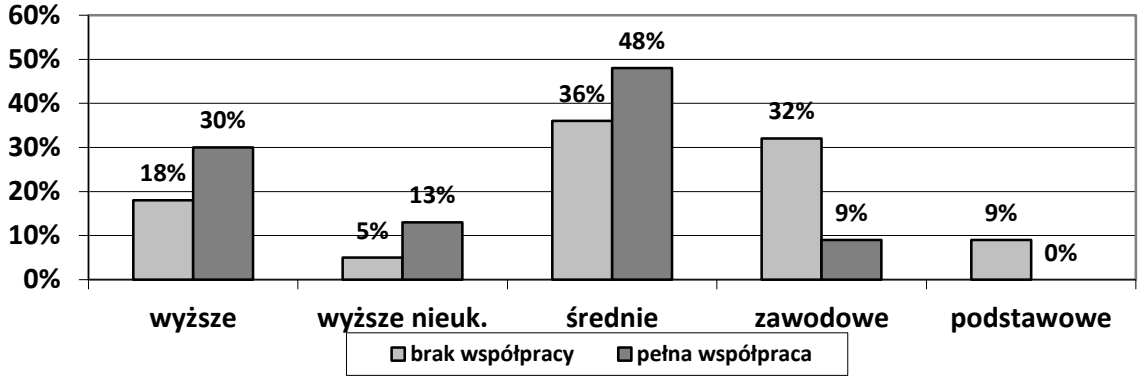
5.2.2. Porównanie przedchorobowych czynników rokowniczych w grupach o różnych poziomach współpracy w leczeniu farmakologicznym

Podrozdział ten dotyczy kwestii, czy pełna współpraca w leczeniu farmakologicznym po siedmiu latach chorowania wiaże się ze specyficznymi wartościami czynników demograficzno-społecznych i klinicznych.

Podziału na grupy z pełną współpracą i brakiem współpracy dokonano po siedmiu latach chorowania. W opisie grup posługiwano się danymi dotyczącymi czynników rokowniczych zebranymi w chwili rozpoczynania badań. Zatem charakterystyka grup, podobnie jak w przypadku wglądu, opisuje poziom badanego zjawiska w oparciu o cechy predyktorów występujące w momencie rozpoczynania leczenia psychozy, czyli siedem lat wcześniej.

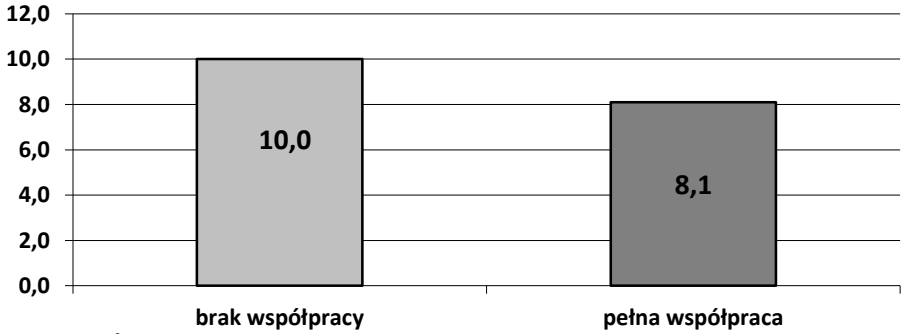
Grupa z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym charakteryzowała się istotnie statystycznie wyższym poziomem wykształcenia w momencie I hospitalizacji (p=0,025) (Wykres 5.6). W zakresie predyktorów rodzinnych w grupie z pełną współpracą częściej pojawiał się czynnik dziedziczności I i II stopnia. Grupa z pełną współpracą istotnie częściej (p=0,046) posiadała chorującego krewnego I stopnia. Społeczne przedchorobowe czynniki rokownicze różnicowały badane grupy w stopniu nie osiągającym poziomu istotności statystycznej. W przeglądzie czynników rokowniczych demograficznych w grupie z pełną współpracą wyraźnie przeważały kobiety (70%), podczas gdy w grupie z brakiem współpracy

nie było liczebnej różnicy w zakresie płci (p=0,181). Stan cywilny przed I-szą hospitalizacją oraz średni wiek pacjenta w momencie pierwszej hospitalizacji były bardzo zbliżone w obydwu grupach.



Wykres 5.6. Rozkład wykształcenia na początku badania w podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy ocenianą po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup. Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,025).

W zakresie ogólnego nasilenia psychopatologii w czasie I-szej hospitalizacji mierzonej skalą BPRS obydwie grupy przy przyjęciu osiągały podobny wynik (nawet nieznacznie wyższe nasilenie psychopatologii wystąpiło w grupie z pełną współpracą). Natomiast przy wypisie grupa z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym charakteryzowała się istotnie niższym nasileniem ogólnym objawów (p=0,008). Istotnym czynnikiem rokowniczym dotyczącym I-szej hospitalizacji okazało się również nasilenie objawów negatywnych w BPRS przy wypisie (Wykres 5.7.).



Wykres 5.7 Średnie nasilenie objawów negatywnych wg BPRS-LA na początku badania (w czasie I hospitalizacji) w podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy ocenianą po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Liczba pkt. w skali BPRS-LA. Istotność różnic międzygrupowych badana testem t-Studenta(p=0,047).

Większe istotne nasilenie objawów negatywnych występowało w grupie z brakiem współpracy (p=0,047). Nieistotny statystycznie okazał się udział w programie leczenia.

5.2.3. Związki współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami rokowniczymi

W kolejnym kroku badawczym analizowano związek pomiędzy czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi a współpracą w leczeniu farmakologicznym traktowaną jako wskaźnik wyników leczenia. Oceny dokonano metodą wielorakiej regresji logistycznej w trzech kolejnych punktach pomiarowych. Jako wskaźnik wykorzystano ocenę współpracy w podziale dychotomicznym na brak i pełną współpracę (Tab. 5.8.).

Tabela 5.8. Związki współpracy w leczeniu farmakologicznym (podział dychotomiczny) z demograficzno-społecznymi i klinicznymi czynnikami rokowniczymi na przestrzeni wielu lat chorowania. Regresje wielorakie logistyczne z zastosowaną krokową postępującą metodą wprowadzania zmiennych do modelu

Współpraca w farmakoterapii (pełna)	**Czynniki rokownicze**	**B**	**p**	**Iloraz szans (OR)**
Po 7 latach R^2 Nagelkerkego =0,13 p=0,029	wykształcenie (wyższe)	0,591	0,040	1,806
Po 12 latach model n.s.				
Po 20 latach R^2 Nagelkerkego =0,37 p=0,002	BPRS depresyjny przy wypisie (mniej objawów)	0,329	0,033	1,389
	BPRS negatywny przy wypisie (mniej objawów)	0,334	0,023	1,396

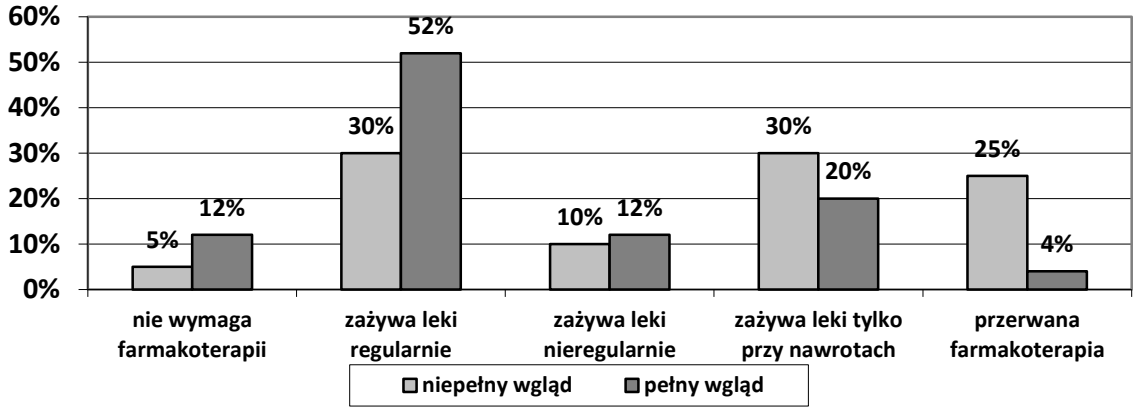
BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*)
p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; R^2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej; B – współczynnik regresji dla danego predyktora

Czynniki rokownicze w różnym okresie chorowania i leczenia wyjaśniały pomiędzy 13% a 37% wyników dobrej współpracy w leczeniu farmakologicznym. Po siedmiu latach pełna współpraca w farmakoterapii była wyjaśniana w 13% przez wyższy poziom wykształcenia przed wybuchem choroby, natomiast po dwudziestu latach w 37% przez mniejsze nasilenie objawów negatywnych oraz depresyjnych przy wypisie po I hospitalizacji.

5.3. Analiza związków pomiędzy wglądem a współpracą w leczeniu farmakologicznym ocenionymi po siedmiu latach leczenia

Do tego miejsca w prezentowanej pracy oddzielnie omawiano zjawiska wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym u osób chorujących na psychozy schizofreniczne. Jednak w praktyce są to zjawiska wzajemnie zachodzące na siebie, interferujące, mogące wywierać skojarzony wpływ na wyniki leczenia. Istotne jest zatem potwierdzenie lub wykluczenie ich skorelowanego związku ze wskaźnikami wieloletniego przebiegu choroby. W tym celu dla danych zebranych po siedmiu latach leczenia zbadano rozkład wglądu w

grupie podzielonej ze względu na pełną współpracę i brak współpracy oraz rozkład współpracy w leczeniu farmakologicznym w grupie podzielonej w zależności od poziomu wglądu. Choć na podstawie wyników procentowych można zauważyć tendencję wskazującą, że w grupie lepiej współpracującej występuje potencjalnie wyższy poziom wglądu, nie odnotowano różnic istotnych statystycznie (p=0,113). Natomiast w grupie z pełnym wglądem odnotowano po siedmiu latach tendencje do lepszej współpracy w leczeniu farmakologicznym wśród badanych, ale różnica także nie okazała się istotna statystycznie (p=0,076) (Wykres 5.8.).

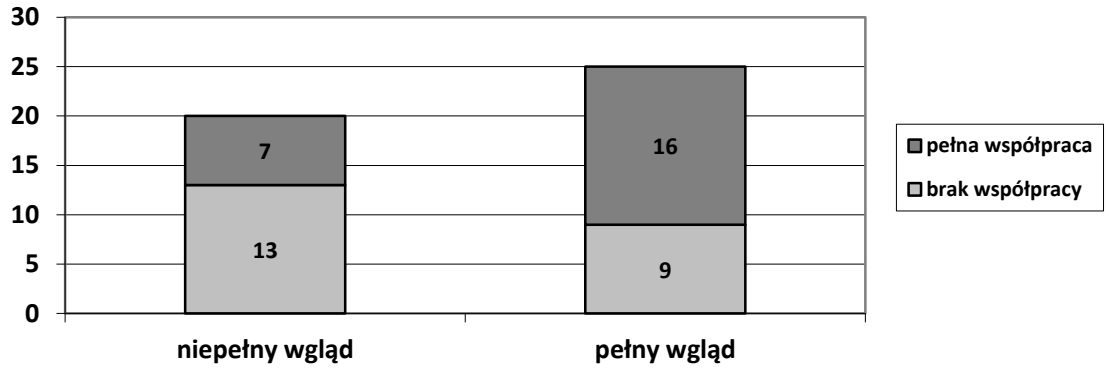


Wykres 5.8. Poziom współpracy w farmakoterapii w badanych podgrupach o pełnym i niepełnym wglądzie. Wgląd i współpraca w leczeniu oceniane po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup. Istotność różnic międzygrupowych badana testem Chi^2 (p=0,076).

W kolejnym kroku podzielono całą grupę badaną ze względu na wgląd i współpracę w leczeniu, tworząc cztery podgrupy:

- niepełny wgląd i brak współpracy,
- pełny wgląd i brak współpracy,
- niepełny wgląd i pełna współpraca,
- pełny wgląd i pełna współpraca.

Najliczniejsze podgrupy tworzyli badani ze zgodnymi wartościami wglądu i współpracy: osoby z pełnym wglądem i pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym (n=16) oraz osoby ze niepełnym wglądem i brakiem współpracy w leczeniu (n=13). Interesująca jednak jest stosunkowo duża liczebność dwóch pozostałych grup, które tworzyli badani z niezgodnymi wartościami badanych zjawisk. Pacjenci z pełnym wglądem i brakiem współpracy w leczeniu stanowili 20% wszystkich badanych (n=9), a pacjenci z niepełnym wglądem i pełną współpracą 15% (n=7) (Wykres 5.9.).



Wykres 5.9. Dychotomiczny podział poziomu współpracy w farmakoterapii w badanych w podgrupach o pełnym i niepełnym wglądzie po 7 latach leczenia.
Legenda: Oś pionowa: Liczba osób dla każdej z podgrup.

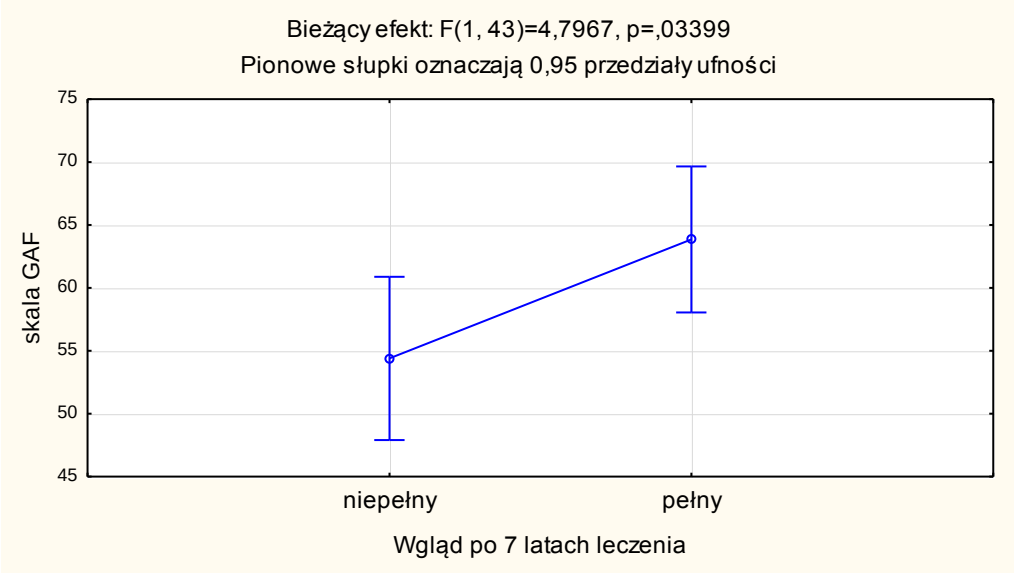
W celu sprawdzenia w jaki sposób interakcja zmiennych, które są tematem pracy, może oddziaływać na wyniki leczenia dokonano, w oparciu o powyższy podział na cztery grupy, kolejnej analizy. Zbadano interakcję pomiędzy wglądem a współpracą w leczeniu farmakologicznym, za pomocą analizy wariancji, dla wskaźników wyników leczenia jako zmiennych zależnych. Analizy dokonano dla tych wskaźników wyników, które spełniały odpowiednie założenia testu (zmienne ciągłe, np. GAF, BPRS). Dla żadnej z analizowanych zmiennych zależnych interakcja wglądu i współpracy nie okazała się istotna przez cały okres obserwacji. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w aneksie pracy.

5.4. Związki czynników rokowniczych z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikami leczenia w długoterminowej obserwacji

Przedstawiona w tym podrozdziale analiza odpowiada na pytanie, jak posiadanie pełnego wglądu i wglądu psychodynamicznego po siedmiu latach chorowania wiąże się z odległymi wynikami leczenia psychoz schizofrenicznych w badanej grupie (5.4.1), następnie, jak pełna współpraca w leczeniu farmakologicznym po siedmiu latach chorowania wiąże się z odległymi wynikami leczenia (5.4.2) i jak wgląd i współpraca w połączeniu z przedchorobowymi czynnikami rokowniczymi są powiązane z odległymi wskaźnikami ogólnych, klinicznych i społecznych wyników leczenia (5.4.3).

5.4.1. Porównanie wyników leczenia w grupach o różnym poziomie wglądu

W prezentowanej tutaj próbie lepsze wyniki na skali GAF (ocena ogólnego funkcjonowania) osiągała grupa z pełnym wglądem. Podział na wgląd pełny i niepełny istotnie różnicował (p=0,034) wyniki ogólnego funkcjonowania przez wszystkie lata obserwacji (pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania) (Wykres 5.10.).



Wykres 5.10. Poziom ogólnego funkcjonowania (w skali GAF) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach.

W każdym z punktów pomiarowych grupa z pełnym wglądem osiągała pułap powyżej 60 pkt. Natomiast przez cały okres obserwacji średni wynik na skali GAF wynosił 54,4 w grupie z niepełnym wglądem i 63,9 w grupie z pełnym wglądem. Dla dokładniejszego zbadania związku wglądu z wynikiem ogólnego funkcjonowania dokonano analizy dla dwóch stopni dobrego funkcjonowania: „łagodniejsze" kryteria (GAF powyżej 60 pkt) i „surowsze" kryteria (GAF powyżej 70 pkt.) Różnica na korzyść grupy z pełnym wglądem osiągnęła poziom istotności statystycznej po dwunastu latach leczenia dla GAF powyżej 60 pkt (p=0,038) (Tabela 5.9.).

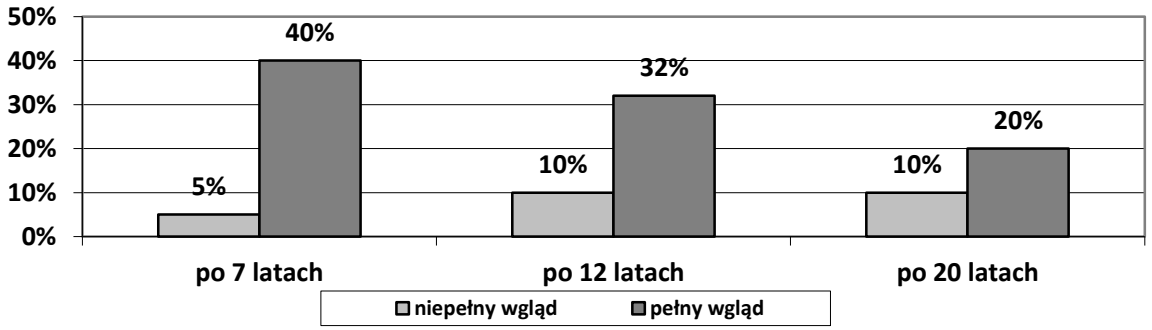
Tabela 5.9. Funkcjonowanie ogólne (GAF) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach.

	GAF powyżej 60			**GAF powyżej 70**			
Wgląd po 7 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	po 20 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	po 20 latach	N
Niepełny	5 (25%)	7 (10%)	8 (40%)	2 (10%)	5 (25%)	4 (20%)	20
Pełny	10 (40%)	17 (24%)	16 (64%)	5 (20%)	11 (44%)	9 (36%)	25
p	n.s.	0,038	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	

P – poziom istotności; N – liczba osób

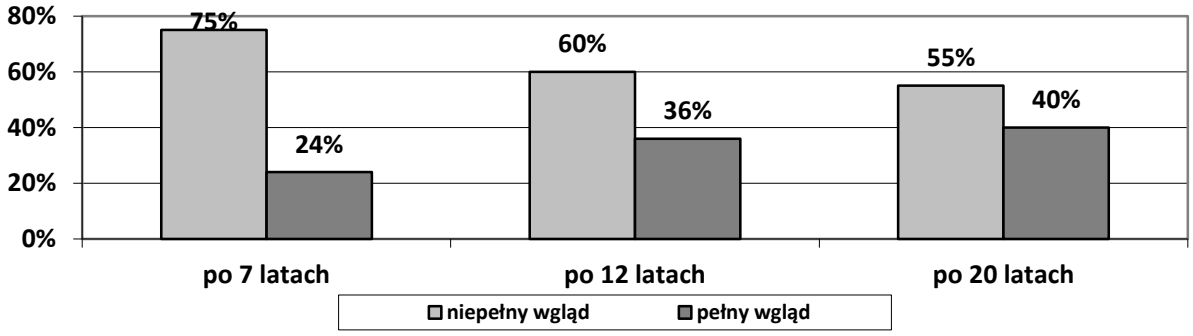
W analizie związku wglądu ze wskaźnikiem zdrowienia (recovery) nie ujawniły się istotne różnice.

Różnice wystąpiły w badanych wskaźnikach wyników leczenia i przebiegu schizofrenii. Grupa z pełnym wglądem charakteryzowała się korzystniejszym typem przebiegu choroby (przebieg wg Watta i Sheparda). Istotne różnice mierzone testem U Manna-Whitney'a wystąpiły po siedmiu latach (p=0,001) i po dwunastu latach chorowania (p=0,048) (Wykres 5.11, 5.12).



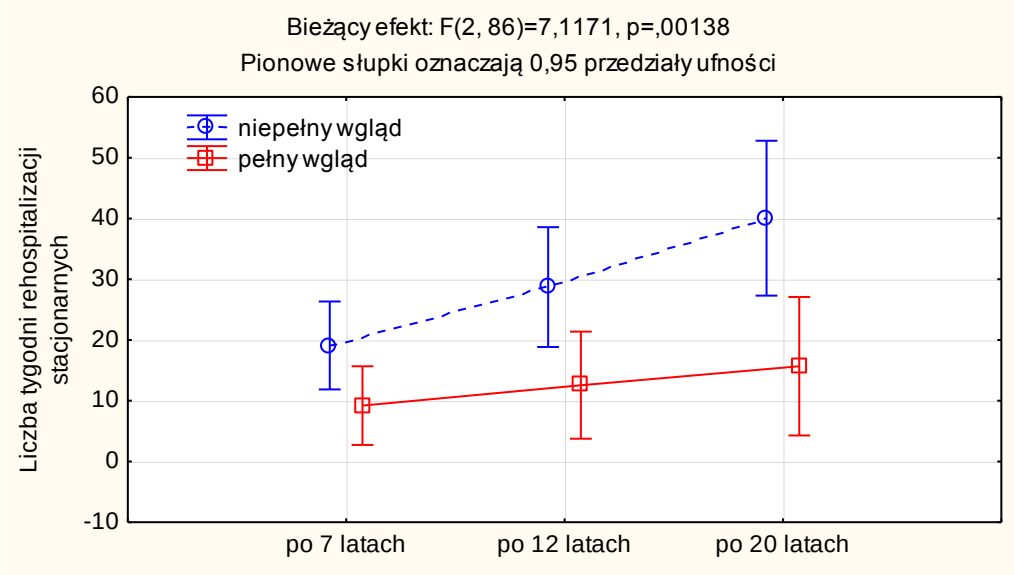
Wykres 5.11. Bardzo dobry przebieg choroby oceniany wg skali Watta i Shepherda w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup. Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,001).

Liczba osób z niekorzystnym typem przebiegu w grupie z niepełnym wglądem malała pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania (z 75% do 55%, wykr. 5.12.) a liczba osób z bardzo dobrym typem przebiegu w grupie z pełnym wglądem także malała pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania (z 40% do 20%, wykr. 5.11.). Wyniki w poszczególnych punktach pomiarowych wskazują zatem, że związek wglądu z przebiegiem choroby słabnie z upływem lat.



Wykres 5.12. Zły przebieg choroby oceniany wg skali Watta i Shepherda w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach.
Legenda: Oś pionowa: Procent osób dla każdej z podgrup. Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya (p=0,001).

Czas rehospitalizacji liczony w tygodniach był istotnie różnicowany (p=0,012) przez podział na wgląd pełny i niepełny przez wszystkie lata obserwacji (między siódmym a dwudziestym rokiem chorowania) i był krótszy w grupie z pełnym wglądem (średnio 12,5 tygodnia vs 29,3 tygodni w grupie z niepełnym wglądem) (Wykres 5.13.).



Wykres 5.13 Czas rehospitalizacji (w tygodniach) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach.

W wyszczególnieniu na trzy okresy pomiarowe istotnie krótszy czas rehospitalizacji grupa z pełnym wglądem uzyskała po dwunastu (p = 0,021) i po dwudziestu latach (p = 0,001) (istotność całego modelu p=0,001). Średnia liczba nawrotów i liczba rehospitalizacji była mniejsza w grupie z pełnym wglądem we wszystkich punktach pomiarowych, ale nieistotna statystycznie. Istotne wyniki zaprezentowano w Tabelach 5.10a, 5.10b, 5.10c.

Tabela 5.10a. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

Zmienna zal. ***ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru***	**Kategorie**	**Po 7 latach (n=45)**		**Po 12 latach (n=45)**		**Po 20 latach (n=45)**		***ANOVA - efekt główny grupy*** **(n=45)**	
		Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)
Liczba tygodni rehospitalizacji stacjonarnych F(2,86)=7,12, p=0,001	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 57 19,1 18,5	0 do 47 9,2 13,8	0 do 79 28,7 25,8	0 do 65 12,6 18,1	do100 40,1 35,3	0 do 73 15,7 21,1	29,3	12,5
	Istotność różnic międzygrup.	n.s.		p = 0,021		p = 0,001		F(1, 43)=6,87, p = 0,012	

n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; F – wynik testu F

Kliniczne wyniki leczenia wykazywały istotne międzygrupowe różnice w przypadku psychopatologii ogólnej i wymiaru negatywnego. Uśredniony pełny wgląd ze wszystkich lat okazał się być związany z istotnie lepszym ogólnym wynikiem w skali BPRS (BPRS suma, p=0,008) (średnia pkt. 33,9 vs 41,5 w grupie z niepełnym wglądem) oraz wynikiem wymiaru negatywnego (BPRS negatywny, p=0,010) (średnia pkt. 7,3 vs 10,0 w grupie z niepełnym wglądem).

Tabela 5.10b. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. ***ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru***	**Kategorie**	***ANOVA - efekt główny grupy*** **(n=45)** - porównanie uśrednionych wyników z 3 punktów pomiarowych	
		Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)
GAF n.s.	średnia	54,4	63,9
	Istotność różnic międzygrup.	*F(1, 43)=4,80, p=0,034*	
BPRS sumaryczny n.s.	średnia	41,5	33,9
	Istotność różnic międzygrup.	*F(1, 43)=7,84, p = 0,008*	
BPRS negatywny n.s.	średnia	10,0	7,3
	Istotność różnic międzygrup.	*F(1, 43)=7,21, p = 0,010*	

n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; GAF – skala Oceny Ogólnego Funkcjonowania; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*); F – wynik testu F

Tabela 5.10c. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

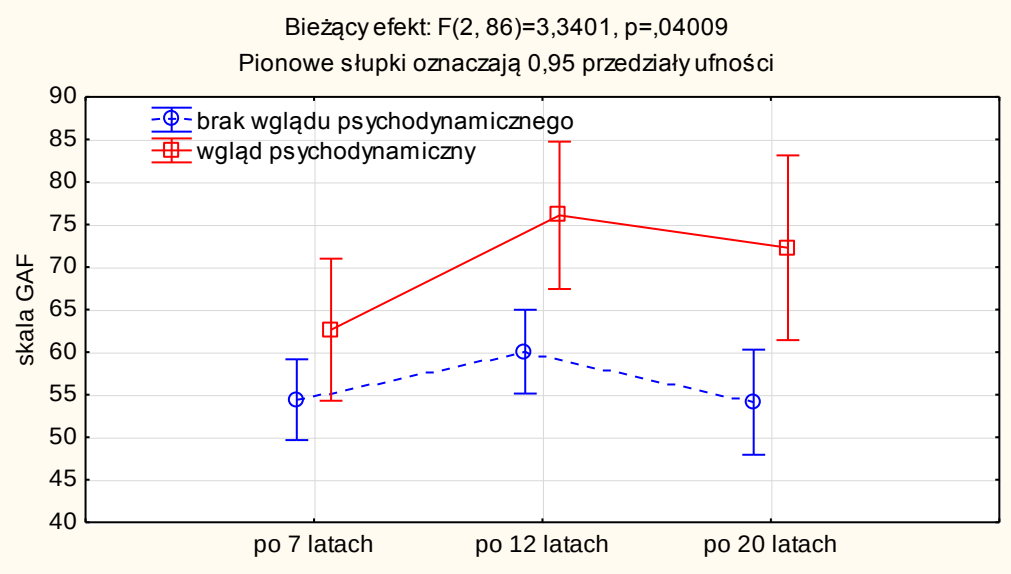
Zmienna zal.	Kategorie	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)	
		Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)
Przebieg wg Watta i Sheperda	bardzo dobry	1 (5%)	10 (40%)	2 (10%)	8 (32%)	2 (10%)	5 (20%)
	dobry	2 (10%)	8 (32%)	4 (20%)	7 (28%)	4 (20%)	3 (12%)
	umiarkowany	2 (10%)	1 (4%)	2 (10%)	1 (4%)	3 (15%)	7 (28%)
	zły	15 (75%)	6 (24%)	12 (60%)	9 (36%)	11 (55%)	10 (40%)
	poziom istotności	*p = 0,001*		*p = 0,048*		*n.s.*	

Istotność różnic międzygrupowych oceniana za pomocą testu U Manna-Whitneya ; n.s. – nieistotne statystycznie

Natomiast nie było istotnych różnic w zakresie odległych wyników wymiaru pozytywnego i depresyjnego pomiędzy grupą z pełnym a niepełnym wglądem. W odniesieniu do powszechnie badanego związku wglądu z depresją należy dodać, że w niniejszych analizach grupa z pełnym wglądem miała nieistotnie mniejsze nasilenie objawów depresyjnych.

W analizie społecznych wskaźników wyników leczenia nie wykazano istotnych różnic w porównaniu grup z pełnym i niepełnym wglądem.

Wgląd psychodynamiczny. W zakresie ogólnych wskaźników leczenia i przebiegu schizofrenii uśredniony wgląd psychodynamiczny ze wszystkich lat okazał się być związany z istotnie lepszym wynikiem na skali funkcjonowania ogólnego (GAF) niż brak tego poziomu wglądu (Anova - p=0,005). Średni wynik GAF przez cały okres obserwacji wynosił 56,2 pkt w grupie bez wglądu psychodynamicznego i 70,3 pkt w grupie z wglądem psychodynamicznym. W interakcji czasu pomiaru z oceną wglądu okazało się, że wystąpiły istotne różnice dla wyników GAF. W szczególności istotnie lepsze wyniki uzyskały osoby z wglądem psychodynamicznym w pomiarze po dwunastu latach (p=0,004) i po dwudziestu latach (p=0,001) (istotność modelu interakcji wglądu i katamnezy Anova p=0,040) (Wykres 5.14.). Istotne wyniki przedstawiono w Tabelach 5.11a, 5.11b, 5.11c.



Wykres 5.14. Wyniki w skali GAF w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.

Grupa uzyskująca wgląd psychodynamiczny charakteryzowała się istotnie korzystniejszym typem przebiegu choroby (przebieg wg Watta i Sheparda) po siedmiu latach (p=0,001) i po dwunastu latach chorowania (p=0,004), natomiast po dwudziestu latach zarysowała się tendencja p=0,079 (różnice mierzone testem U Manna-Whitney'a).

Tabela 5.11a. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. *ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru*	**Kategorie**	**Po 7 latach (n=45)**		**Po 12 latach (n=45)**		**Po 20 latach (n=45)**		***ANOVA - efekt główny grupy* (n=45)**	
		Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)
GAF *F(2,86)=3,34, p=0,040*	rozpiętość	30 do 85	52 do 79	32 do 91	58 do 90	25 do 95	55 do 85		
	średnia	54,4	62,6	60,1	76,1	54,1	72,3	56,2	70,3
	odch. st.	15,0	8,1	15,0	11,3	19,5	11,1		
	istotność różnic międzygrup.	n.s.		*p = 0,004*		*p = 0,001*		*F(1, 43)=8,68, p = 0,005*	
BPRS negatywny *F(2,86)=4,57, p=0,013*	rozpiętość	5 do 17	5 do 8	5 do 21	5 do 9	5 do 24	5 do 8		
	średnia	7,8	5,8	9,0	5,5	11,4	5,7	9,4	5,7
	odch. st.	3,0	1,2	4,4	1,2	5,3	1,0		
	istotność różnic międzygrup.	n.s.		*p = 0,010*		*p = 0,001*		*F(1, 43)=10,61, p = 0,002*	

n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; GAF – skala Oceny Ogólnego Funkcjonowania; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*); F – wynik testu F

Tabela 5.11b. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. ***ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru***	**Kategorie**	***ANOVA - efekt główny grupy* (n=45)** - porównanie uśrednionych wyników z 3 punktów pomiarowych	
		Brak wglądu psych. po7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po7 l. (n=11)
BPRS sumaryczny *n.s.*	średnia	40,1	28,6
	istotność różnic międzygrup.	*F(1, 43)=15,14, p = 0,001*	
BPRS pozytywny *n.s.*	średnia	8,5	5,6
	istotność różnic międzygrup.	*F(1, 43)=10,90, p = 0,002*	
BPRS depresyjny *n.s.*	średnia	9,2	6,7
	istotność różnic międzygrup.	*F(1, 43)=5,69, p = 0,021*	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a n.s. (n=40)	liczebności	*n=30*	*n=10*
	średnia	8,0	5,8
	istotność różnic międzygrup.	*F(1, 38)=4,32 p = 0,044*	

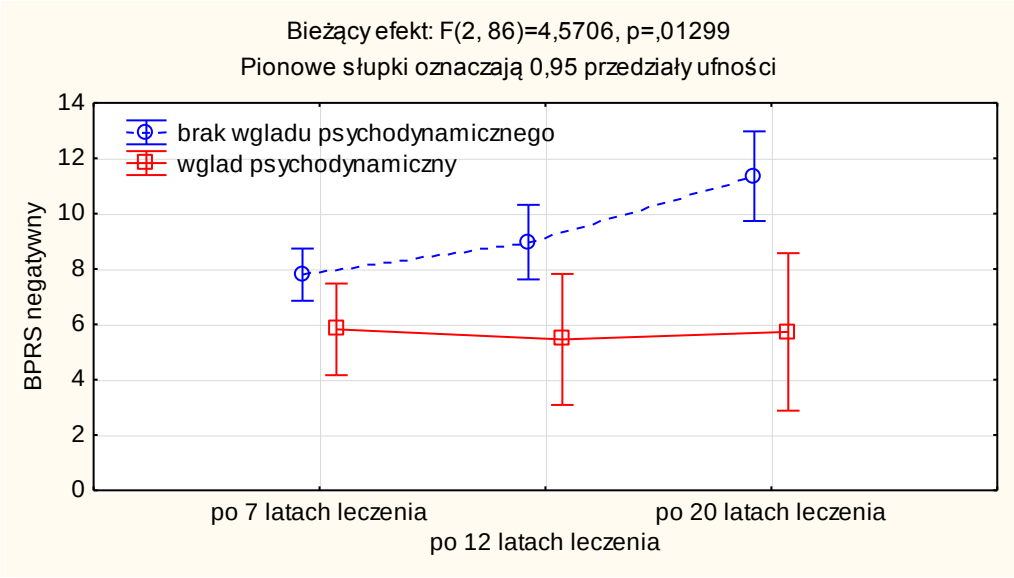
n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*); F – wynik testu F

Dla klinicznych wskaźników wyników leczenia wykazano liczne międzygrupowe różnice, z wysokim poziomem istotności, z korzystniejszymi wynikami dla osób z wglądem psychodynamicznym. Uśrednione wyniki BPRS, ze wszystkich lat porównywane metodą Anova, okazały się być istotnie niższe w grupie z wglądem psychodynamicznym w wymiarze ogólnym BPRS (średnia 28,6 vs 40,1 pkt w grupie bez wglądu dynamicznego; p=0,001), pozytywnym (średnia 5,6 vs 8,5 pkt w grupie bez wglądu dynamicznego p=0,002), negatywnym (średnia 5,7 vs 9,4 pkt w grupie bez wglądu dynamicznego p=0,002) i depresyjnym (średnia 6,7 vs 9,2 pkt w grupie bez wglądu dynamicznego p=0,021). W modelu interakcji Anova czasu pomiaru z oceną wglądu okazało się, że wystąpiły istotne różnice dla wyników wymiaru negatywnego BPRS (p=0,013). W szczególności istotnie lepsze wyniki uzyskały osoby z wglądem psychodynamicznym w pomiarze po dwunastu latach (p=0,010) i po dwudziestu latach (p=0,001) (Wykres 5.15.).

Tabela 5.11c. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal.	Kategorie	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)	
		Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)
Przebieg wg Watta i Sheperda	bardzo dobry	5 (15%)	6 (55%)	4 (12%)	6 (55%)	3 (9%)	4 (37%)
	dobry	6 (17%)	4 (36%)	8 (23%)	3 (27%)	6 (18%)	1 (9%)
	umiarkowany	3 (9%)	0 (0%)	3 (9%)	0 (0%)	7 (20%)	3 (27%)
	zły	20 (59%)	1 (9%)	19 (56%)	2 (18%)	18 (53%)	3 (27%)
	poziom istotności	*p = 0,001*		*p = 0,004*		*n.s.*	
Kontakty społeczne liczba	liczne	4 (12%)	5 (46%)	7 (20%)	5 (46%)	4 (12%)	4 (36%)
	sporadyczne	17 (50%)	6 (54%)	11 (32%)	5 (46%)	13 (38%)	7 (64%)
	ograniczone do środowiska pacjentów	1 (3%)	0 (0%)	8 (24%)	1 (8%)	4 (12%)	0 (0%)
	brak kontaktów z osobami spoza rodziny	12 (35%)	0 (0%)	8 (24%)	0 (0%)	13 (38%)	0 (0%)
	poziom istotności	*p = 0,003*		*p = 0,019*		*p = 0,003*	
Praca	w pełnym wymiarze godzin	8 (23%)	4 (36%)	7 (20%)	3 (27%)	5 (15%)	3 (27%)
	zwolnienie lub urlop dziekański	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	3 (27%)	1 (3%)	1 (9%)
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	3 (9%)	1 (9%)	2 (6%)	1 (9%)
	praca dorywcza	3 (9%)	1 (9%)	2 (6%)	1 (9%)	2 (6%)	0 (0%)
	brak pracy i płatnych zajęć	22 (65%)	5 (46%)	22 (65%)	3 (27%)	23 (67%)	6 (55%)
	poziom istotności	*n.s.*		*p = 0,050*		*n.s.*	
Stan cywilny	zamężna/żonaty	13 (38%)	7 (64%)	12 (35%)	8 (73%)	12 (35%)	6 (55%)
	rozwiedziona/y	2 (6%)	1 (9%)	4 (12%)	1 (9%)	3 (9%)	3 (27%)
	stanu wolnego	19 (56%)	3 (27%)	18 (53%)	2 (18%)	19 (56%)	2 (18%)
	poziom istotności	*n.s.*		*p = 0,029*		*n.s.*	
Przystosowanie seksualne	nie podjął współżycia	18 (53%)	3 (27%)	18 (38%)	3 (27%)	22 (65%)	3 (27%)
	podjął, lecz bez trwałego związku	2 (6%)	0 (0%)	3 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (9%)
	podjął i utrzymuje trwały związek	14 (41%)	8 (73%)	15 (59%)	8 (73%)	11 (32%)	7 (64%)
	poziom istotności	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,039*	
Współmieszkańcy	Z rodziną prokreacyjną	14 (41%)	8 (73%)	16 (47%)	9 (82%)	13 (38%)	8 (73%)
	Z rodziną prokreacyjną i generacyjną	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (9%)
	Samotnie lub z osobami spoza rodziny	3 (9%)	0 (0%)	6 (18%)	0 (0%)	7 (21%)	2 (18%)
	Z rodziną generacyjną	17 (50%)	3 (27%)	10 (29%)	2 (18%)	12 (35%)	0 (0%)
	Mieszkanie chronione	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	DPS	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)
	poziom istotności	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,014*	

Istotność różnic międzygrupowych oceniana za pomocą testu U Manna-Whitneya



Wykres 5.15 Nasilenie syndromu negatywnego (BPRS negatywny) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.

W analizie społecznych wskaźników wyników leczenia istotnie lepszy poziom w grupie z wglądem psychodynamicznym osiągały: oparcie społeczne przez wszystkie lata w skali Surtreesa (p=0,044), funkcjonowanie społeczne przez wszystkie lata (p=0,007), kontakty społeczne we wszystkich katamnezach (po 7 latach, p=0,003; po 12 latach, p=0,019; po 20 latach, p=0,003), posiadanie pracy po dwunastu latach (p=0,050), stan cywilny po dwunastu latach (p=0,029) oraz przystosowanie seksualne po dwudziestu latach (p=0,039) i współmieszkańcy po dwudziestu latach (p=0,014).

5.4.2. Porównanie wyników leczenia w grupach o różnych poziomach współpracy w leczeniu farmakologicznym

W prezentowanej próbie nie uzyskano istotnych różnic pomiędzy grupami z pełną współpracą i brakiem współpracy dla wyniku na skali oceny ogólnego funkcjonowania (GAF). W każdym z odległych okresów pomiarowych grupa z pełną współpracą osiągała pułap powyżej 60 pkt. Natomiast przez cały okres obserwacji średni wynik na skali GAF wynosił 55,8 w grupie z brakiem współpracy i 63,4 w grupie z pełną współpracą. Dla dokładniejszego zbadania związku współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikiem ogólnego funkcjonowania dokonano analizy dla dwóch stopni dobrego funkcjonowania: „łagodniejsze" kryteria (GAF powyżej 60 pkt.) i „surowsze" kryteria (GAF powyżej 70 pkt.). Różnica między grupą z pełną współpracą i brakiem współpracy nie osiągnęła dla żadnego z tych przedziałów GAF poziomu istotności statystycznej w żadnym z punktów pomiarowych.

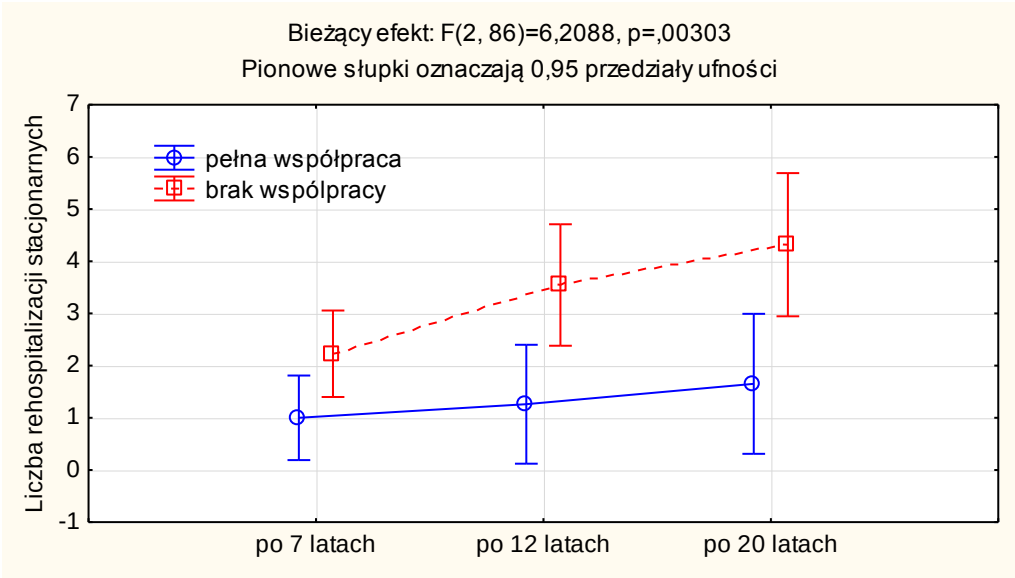
W analizie związku współpracy w leczeniu farmakologicznym ze wskaźnikiem zdrowienia (recovery) ujawniono istotny związek między zmienną a wynikiem po dwudziestu latach leczenia zarówno dla bardziej surowego kryterium typu zdrowienia A (recovery A) (p = 0,022) jak i dla typu B (recovery B) (p = 0,022) (Tabela 5.12.).

Tabela 5.12. Dwa typy zdrowiena w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy ocenionym po 7 latach

	Recovery A			**Recovery B**			
Współpraca po 7 latach	Po 7 l.	Po 12 l.	Po 20 l.	Po 7 l.	Po 12 l.	Po 20 l.	N
Dobra	5 (22%)	6 (26%)	6 (26%)	7 (30%)	6 (26%)	8 (35%)	23
Zła	1 (5%)	2 (9%)	0 (0%)	3 (14%)	5 (23%)	1 (5%)	22
p	n.s.	n.s.	0,022	n.s.	n.s.	0,022	

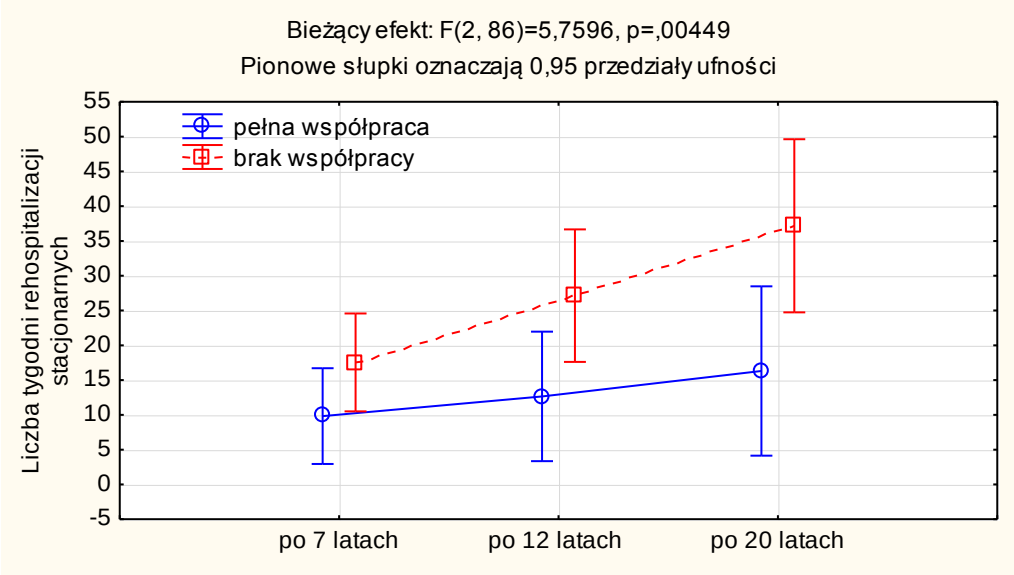
Recovery A – typ A zdrowienia (bardziej restrykcyjny); Recovery B – typ B zdrowienia; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie

W zakresie ogólnych wskaźników leczenia i przebiegu schizofrenii w podziale na pełną współpracę i brak współpracy w leczeniu farmakologicznym lepsze wyniki osiągała grupa z pełną współpracą. Podział na pełną współpracę i brak współpracy istotnie różnicował liczbę rehospitalizacji (1,3 vs 3,4 hospitalizacji; p=0,009) przez wszystkie lata obserwacji (między siódmym a dwudziestym rokiem chorowania). W wyszczególnieniu na trzy okresy pomiarowe (istotność całego modelu p=0,003) istotnie mniej rehospitalizacji grupa z pełną współpracą uzyskała po dwunastu (p=0,006) i po dwudziestu latach (p=0,001) (Wykres 5.16.). Istotne wyniki przedstawiono w Tabelach 5.13a., 5.13b. i 5.13c.



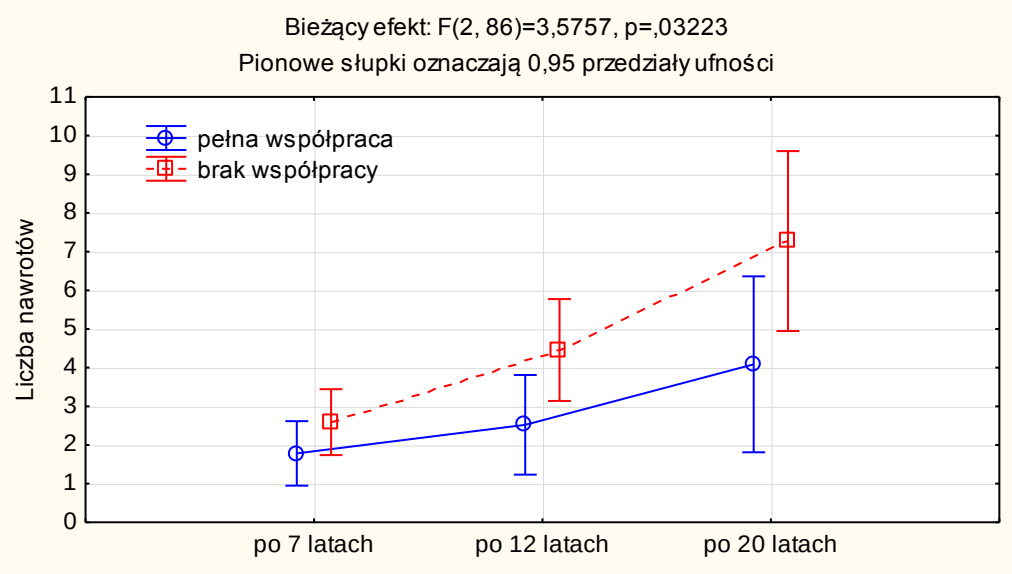
Wykres 5.16. Liczba rehospitalizacji w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym w poszczególnych okresach pomiarowych.

Istotnie krótszy w grupie z pełną współpracą był czas rehospitalizacji (liczony w tygodniach) po dwunastu latach (p=0,040) i po dwudziestu latach (p=0,004) (model - p=0,004) (Wykres 5.17.), a także uśredniony czas rehospitalizacji (12,9 vs 27,3 tygodni; p=0,033).



Wykres 5.17. Czas rehospitalizacji (w tygodniach) w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym w poszczególnych okresach pomiarowych.

Podział na pełną współpracę i brak współpracy różnicował wyniki liczby nawrotów przez wszystkie lata obserwacji (między siódmym a dwudziestym rokiem chorowania) na poziomie tendencji (p=0,054). W wyszczególnieniu na trzy okresy pomiarowe liczba nawrotów była istotnie niższa po dwunastu latach (p=0,020) i po dwudziestu latach (p=0,001) (p=0,032) (Wykres 5.18.).



Wykres 5.18. Liczba nawrotów w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym w poszczególnych okresach pomiarowych.

Tabela 5.13a. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania

Zmienna zal. ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru	**Kategorie**	**Po 7 latach (n=45)**		**Po 12 latach (n=45)**		**Po 20 latach (n=45)**		**ANOVA - efekt główny grupy (n=45)**	
		Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)
Liczba nawrotów F(2,86)=3,58, p=0,032	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 8 1,8 2,1	0 do 7 2,6 1,8	0 do 11 2,5 2,9	0 do 12 4,5 3,3	0 do 16 4,1 4,5	0 do 25 7,3 6,2	2,8	4,8
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,020*		*p = 0,001*		*n.s.*	
Liczba rehospitalizacji stacjonarnych F(2,86)=6,21, p=0,003	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 5 1,0 1,7	0 do 8 2,2 2,2	0 do 6 1,3 1,9	0 do 12 3,5 3,4	0 do 7 1,7 2,5	0 do 13 4,3 3,8	1,3	3,4
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,006*		*p = 0,001*		*F(1,43)=7,44, p=0,009*	
Liczba tygodni rehospitalizacji stacjonarnych F(2,86)=5,76, p=0,004	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 57 9,8 17,1	0 do 47 17,5 15,5	0 do 79 12,7 22,2	0 do 75 27,1 22,1	0 do 100 16,3 28,1	0 do 99 37,2 29,8	12,9	27,3
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,040*		*p = 0,004*		*F(1,43)=4,88, p=0,033*	

n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; F – wynik testu F

Dla psychopatologicznych wskaźników wyników leczenia dychotomiczny podział grupy na pełną współpracę i brak współpracy istotnie różnicował wyniki ogólnego nasilenia psychopatologii (34,5 vs 40,2 pkt w BPRS; p= 0,046) i wymiaru depresyjnego (7,6 vs 9,7 pkt

BPRS; p=0,019) przez wszystkie lata obserwacji (średnia między siódmym a dwudziestym rokiem chorowania).

Tabela 5.13b. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru	**Kategorie**	**ANOVA - efekt główny grupy (n=45) - porównanie uśrednionych wyników z 3 punktów pomiarowych**	
		Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)
BPRS sumaryczny n.s.	średnia	34,5	40,2
	istotność różnic międzygrup.	*F(1,43)=4,21, p=0,046*	
BPRS depresyjny n.s.	średnia	7,6	9,7
	istotność różnic międzygrup.	*F(1,43)=5,91, p=0,019*	

n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (*Brief Psychiatric Rating Scale*); F – wynik testu F

Tabela 5.13c. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania

Zmienna zal.	**Kategorie**	**Po 7 latach (n=45)**		**Po 12 latach (n=45)**		**Po 20 latach (n=45)**	
		Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)
Przebieg wg Watta i Sheperda	bardzo dobry	9 (39%)	2 (9%)	8 (35%)	2 (9%)	6 (26%)	1 (5%)
	dobry	6 (26%)	4 (18%)	7 (30%)	4 (28%)	3 (13%)	4 (18%)
	umiarkowany	1 (4%)	2 (9%)	1 (5%)	2 (9%)	4 (17%)	6 (27%)
	zły	7 (31%)	14 (64%)	7 (30%)	14 (64%)	10 (44%)	11 (50%)
	poziom istotności	*p = 0,009*		*p = 0,011*		*n.s.*	
Praca	w pełnym wymiarze godzin	9 (39%)	3 (14%)	6 (26%)	4 (18%)	7 (30%)	1 (4,5%)
	zwolnienie lub urlop dziekański	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	1 (4,5%)
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	0 (0%)	1 (4%)	2 (8%)	0 (0%)	2 (9%)	0 (0%)
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	3 (14%)	2 (9%)	1 (4,5%)
	praca dorywcza	2 (9%)	2 (9%)	3 (14%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4,5%)
	brak pracy i płatnych zajęć	11 (48%)	16 (73%)	11 (48%)	14 (64%)	11 (48%)	18 (82%)
	poziom istotności	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,012*	
Postawa rodziny	Spokojna życzliwość	15 (65%)	7 (32%)	15 (65%)	13 (58%)	12 (52%)	15 (68%)
	Nadmierna opieka	1 (4%)	2 (9%)	2 (9%)	3 (14%)	3 (13%)	1 (5%)
	Nadmierna opieka i krytyka	2 (9%)	7 (32%)	1 (4%)	3 (14%)	4 (17%)	4 (18%)
	Odrzucenie	3 (13%)	5 (23%)	3 (13%)	3 (14%)	2 (9%)	2 (9%)
	braki	2 (9%)	1 (4%)	2 (9%)	0 (0%)	2 (9%)	0 (0%)
	poziom istotności	*p = 0,029*		*n.s.*		*n.s.*	

n – liczba osób; p – poziom istotności; n.s. – nieistotne statystycznie
Istotność różnic międzygrupowych oceniana za pomocą testu U Manna-Whitneya

Grupa w pełni współpracująca charakteryzowała się także istotnie korzystniejszym typem przebiegu choroby (przebieg wg Watta i Sheparda) po siedmiu latach (p=0,009) i po dwunastu latach (p=0,011).

Społeczne wskaźniki leczenia osiągały ogólnie korzystniejsze wyniki w grupie w pełni współpracującej. Grupa w pełni współpracująca istotnie lepsze wyniki osiągnęła w zakresie postawy rodziny po siedmiu latach (p=0,029) i w zakresie pracy po dwudziestu latach (p=0,012). Wyraźne tendencje wystąpiły po siedmiu latach w zakresie pracy oraz w zakresie brzemienia rodziny w po siedmiu i dwunastu latach.

5.4.3. Związki czynników rokowniczych z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikami leczenia w długoterminowej obserwacji

Poniżej przedstawiono te wyniki leczenia schizofrenii, na które wpływ miały czynniki rokownicze po wybuchu choroby. Należy zwrócić uwagę na wysoki procent zmienności wyjaśnianej, który utrzymuje się w kolejnych odległych okresach pomiarowych. Ponadto uwagę zwraca fakt, że wgląd nie okazał się czynnikiem istotnie wyjaśniającym jakikolwiek wynik leczenia schizofrenii po siedmiu, dwunastu czy dwudziestu latach leczenia. Nie pojawił się w żadnej konstelacji predyktorów.

Współpraca w leczeniu farmakologicznym oceniona po siedmiu latach (regularność farmakoterapii) była dodatnio skorelowana z przebiegiem choroby wg Watta i Sheparda oraz ujemnie skorelowana z liczbą nawrotów, z liczbą rehospitalizacji i z czasem rehospitalizacji po siedmiu latach leczenia. W odniesieniu do wyników leczenia po dwunastu latach leczenia współpraca była dodatnio skorelowana z funkcjonowaniem społecznym wg DSM III i przebiegiem choroby wg Watta i Sheparda oraz ujemnie skorelowana z liczbą nawrotów, z liczbą rehospitalizacji i z czasem rehospitalizacji. Współpraca w leczeniu farmakologicznym po dwudziestu latach leczenia (regularność farmakoterapii) była ujemnie skorelowana z liczbą nawrotów, z liczbą rehospitalizacji i z czasem rehospitalizacji (Tabela 5.14. – 5.19.).

Poniższe tabele prezentują tylko te wyniki, z którymi istotnie skorelowana była współpraca w leczeniu farmakologicznym (regularność farmakoterapii). Pozostałe wyniki przedstawione są w aneksie pracy. W obliczeniach zastosowano regresje liniowe, wielorakie z krokową postępującą metodą wprowadzania zmiennych do modelu dla zbadania związku czynników rokowniczych ze zmiennymi ciągłymi. W celu zbadania ich związku ze zmiennymi nieciągłymi używano regresji logistycznej.

Regularność farmakoterapii przewiduje obecność zdrowienia (mniej „surowy” typ B) po dwudziestu latach leczenia przy wysokim (67%) procencie zmienności wyjaśnianej (Tabela 5.14.).

Tabela 5.14. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ze **zdrowieniem** w kolejnych punktach pomiarowych.

Zdrowienie typ B (jest)	Przedchorobowe czynniki rokownicze	B	p	iloraz szans (OR)
Po 7 latach R^2 Nagelkerkego =0,31 p=0,001	wykształcenie (wyższe)	1,113	0,005	0,329
Po 12 latach R^2 Nagelkerkego =0,84 p=0,001	pozarodzinne kontakty społeczne (głębokie i satysfakcjonujące)	2,730	0,035	0,065
	Wskaźnik ujawnianych uczuć (niski)	4,650	0,049	104,607
Po 20 latach R^2 Nagelkerkego =0,67 p=0,001	Wskaźnik ujawnianych uczuć (niski)	5,040	0,012	154,411
	Regularność zażywania leków po 7 latach leczenia (duża)	1,700	0,018	0,183

p – poziom istotności; R^2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej; B – współczynnik regresji dla danego predyktora

Zakres wyjaśnianej zmienności dla przebiegu choroby według Watta i Shepherda waha się w granicach 58-66%. Regularność farmakoterapii pojawia się jako predyktor po siedmiu i dwunastu latach leczenia i w obydwu pomiarach towarzyszą jej głębokie kontakty społeczne przed I hospitalizacją (Tabela 5.15.).

Tabela 5.15. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z **przebiegiem choroby wg Watta i Shepherda** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg. R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Przebieg choroby wg Watta i Shepherda po 7 latach (korzystny)	65%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Regularność farmakoterapii po 7 latach (regularna) Czas trwania I hospitalizacji (krótszy)
Przebieg choroby wg Watta i Shepherda po 12 latach (korzystny)	66%	<0,001	Objawy negatywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (niskie) Regularność farmakoterapii po 7 latach (regularna) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Wykształcenie (wyższe)
Przebieg choroby wg Watta i Shepherda po 20 latach (korzystny)	58%	<0,001	Wskaźnik ujawnianych uczuć (niski) Wykształcenie (wyższe) Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki)

N – liczba osób; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (Brief Psychiatric Rating Scale); R^2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej

Przy uwzględnieniu, obok predyktorów przedchorobowych, wglądu i regularności farmakoterapii jako czynników rokowniczych zmienność wyników funkcjonowania społecznego w odległych pomiarach jest wyjaśniana w 38-44% przez powyższy zestaw czynników rokowniczych (Tab 5.16.).

Tabela 5.16. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z **funkcjonowaniem społecznym wg DSM III** w kolejnych punktach pomiarowych

Wynik leczenia N=45	**Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg. R^2)**	**Poziom istotności**	**Predyktory**
Funkcjonowanie społeczne wg DSM III po 7 latach (dobre)	42%	<0,001	Wykształcenie (wyższe) Czas trwania I hospitalizacji (krótszy)
Funkcjonowanie społeczne wg DSM III po 12 latach (dobre)	44%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Regularność farmakoterapii po 7 latach (regularna)
Funkcjonowanie społeczne wg DSM III po 20 latach (dobre)	38%	0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki)

N – liczba osób; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (Brief Psychiatric Rating Scale); R2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej

W badanej konstelacji czynników rokowniczych regularność farmakoterapii występuje jedynie w grupie predyktorów wyjaśniających korzystne funkcjonowanie społeczne (praca, kontakty społeczne, czas wolny) po dwunastu latach chorowania.

Z kolei dla liczby nawrotów zakres wyjaśnianiej zmienności waha się w granicach 44-49%. Brak współpracy w leczeniu farmakologicznym pojawia się wraz z wysokim wskaźnikiem ujawnianych uczuć we wszystkich pomiarach jako predyktor większej liczby nawrotów (Tabela 5.17.).

Tabela 5.17. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z **liczbą nawrotów** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	**Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg. R^2)**	**Poziom istotności**	**Predyktory**
Liczba nawrotów po 7 latach (więcej)	46%	<0,001	Objawy negatywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Czynnik spustowy (silny stres) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki)
Liczba nawrotów po 12 latach (więcej)	49%	<0,001	Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Objawy negatywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak)
Liczba nawrotów po 20 latach (więcej)	44%	<0,001	Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki) Czynnik spustowy (silny stres)

N – liczba osób; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (Brief Psychiatric Rating Scale); R2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej

Podobnie w przypadku liczby rehospitalizacji, przy zakresie wyjaśnianiej zmienności na poziomie 33-47%, brak regularności farmakoterapii pojawia się także wraz z wysokim

wskaźnikiem ujawnianych uczuć we wszystkich pomiarach jako predyktor większej liczby rehospitalizacji (Tabela 5.18.).

Tabela 5.18. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z **liczbą rehospitalizacji** w kolejnych punktach pomiarowych

Wynik leczenia N=45	**Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg. R^2)**	**Poziom istotności**	**Predyktory**
Liczba rehospitalizacji po 7 latach (więcej)	33%	0,001	Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki)
Liczba rehospitalizacji po 12 latach (więcej)	39%	<0,001	Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak)
Liczba rehospitalizacji po 20 latach (więcej)	47%	<0,001	Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki)

N – liczba osób; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (Brief Psychiatric Rating Scale); R2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej

W badanej konstelacji czynników rokowniczych brak regularności farmakoterapii występuje w grupie predyktorów wyjaśniających dłuższy czas rehospitalizacji (liczony w tygodniach) we wszystkich pomiarach przy zakresie wyjaśnianiej zmienności na poziomie 37-50% (Tabela 5.19.).

Tabela 5.19. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z **czasem rehospitalizacji** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	**Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg. R^2)**	**Poziom istotności**	**Predyktory**
Czas rehospitalizacji w tygodniach po 7 latach (dłuższy)	37%	0,003	Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Wskaźnik ujawnianych uczuć (wysoki)
Czas rehospitalizacji w tygodniach po 12 latach (dłuższy)	40%	0,001	Objawy pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak)
Czas rehospitalizacji w tygodniach po 20 latach (dłuższy)	50%	<0,001	Regularność farmakoterapii po 7 latach (brak) Objawy pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Wykształcenie (niższe)

N – liczba osób; BPRS - nasilenie objawów w skali BPRS - Krótka Psychiatryczna Skala Oceny (Brief Psychiatric Rating Scale); R2 – pozwala oszacować procent zmienności wyjaśnianej

PODSUMOWANIE. Podsumowanie rozdziału obejmującego wyniki badań zaprezentowano w Tabeli 5.20. Hipotezy badawcze przedstawione zostały wraz ze stopniem ich

potwierdzenia. W kolejnym rozdziale zostały omówione wyniki badania i konsekwencje postawionych hipotez wraz z wyjaśnieniem, na co może wskazywać odpowiedni poziom potwierdzenia danej hipotezy.

Tabela 5.20. Hipotezy i stopień ich potwierdzenia

Hipoteza	**Stopień potwierdzenia**
1. Wgląd pacjenta w okresie wielu lat chorowania cechuje się niewielką dynamiką.	Niepotwierdzona
2. Badane przedchorobowe czynniki rokownicze w różnym zakresie wyjaśniają wgląd pacjenta.	Potwierdzona w niewielkim stopniu
3. Istnieje istotny związek wglądu osiąganego przez pacjenta z odległymi - ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia schizofrenii.	Potwierdzona w niewielkim stopniu
4. Istnieje związek pomiędzy osiąganymi wynikami wglądu a udziałem w dwóch różnych programach terapeutycznych w pierwszych trzech latach chorowania.	Niepotwierdzona
5. Współpraca w leczeniu w okresie wielu lat chorowania cechuje się niewielką dynamiką.	Potwierdzona
6. Badane przedchorobowe czynniki rokownicze w różnym zakresie wyjaśniają współpracę w leczeniu.	Częściowo potwierdzona
7. Istnieje istotny związek współpracy w leczeniu farmakologicznym z odległymi - ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia schizofrenii.	Potwierdzona w znacznym stopniu
8. Istnieje związek pomiędzy osiąganymi wynikami współpracy w leczeniu farmakologicznym a udziałem w programie terapeutycznym w pierwszych trzech latach chorowania.	Niepotwierdzona
9. Interakcja wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym wywiera wpływ na odległe wyniki leczenia schizofrenii.	Niepotwierdzona

ROZDZIAŁ VI.

Omówienie wyników badań wraz z dyskusją

O ile część teoretyczna pracy oparta jest na opisie współistnienia dwóch perspektyw: obiektywności i subiektywności w zagadnieniach schizofrenii i wglądu w chorobę, to całościowy obraz dysertacji zawiera w sobie pewien rozdźwięk. Otóż, można odnieść wrażenie, że zatracona zostaje perspektywa subiektywnego doświadczenia pacjenta na rzecz suchych obiektywnych analiz. Owa subiektywność przewija się w opisie założeń systemu i programu terapeutycznego, w opisie narzędzi, ale w analizie wyników trudno jej szukać. Należy jednak pamiętać, że badanie krakowskie, pomimo że posługiwało się prostą jednowymiarową skalą wglądu, respektowało subiektywne doświadczenie pacjenta. Przejawem tego jest idea dokonania eksperymentu klinicznego z utworzeniem środowiskowego programu leczenia oraz położenie nacisku na wartość stałej relacji terapeutycznej, w której pozostawała większość badanych.

W tym rozdziale zostaną omówione wyniki badania i ich konsekwencje wraz z wyjaśnieniem, na co może wskazywać odpowiedni poziom potwierdzenia danej hipotezy. Analiza obydwu badanych zjawisk w kontekście piśmiennictwa jest wątpliwa ze względu na brak badań o podobnym okresie obserwacji. W niniejszej pracy, jako pierwszej przedstawiony został wgląd pacjenta chorującego na psychozę schizofreniczną i współpracę w leczeniu farmakologicznym badane przez tak długi czasu, co czyni dyskusję poszukiwaniem, w gruncie rzeczy, niejasnych analogii.

6.1. Wgląd pacjentów w długoterminowej obserwacji - występowanie, stabilność, czynniki rokownicze

W prezentowanych wynikach badania niepełny wgląd (brak wglądu i częściowy wgląd w objawy) występował u 44% osób po siedmiu latach, 47% - po dwunastu latach i 49% osób po dwudziestu latach chorowania. Wynik ten nieco odbiega i jest korzystniejszy od najczęściej przytaczanych doniesień mówiących, że brak wglądu występuje u 50-80% chorujących na psychozy [Amador i Gorman, 1998]. Z kolei badanie krótkoterminowe, dotyczące pierwszego epizodu psychozy, wykorzystujące do oceny wglądu skalę typu *one - item* [Mintz i wsp., 2004], prezentuje jeszcze korzystniejsze wyniki (dobry wgląd u 64% osób na starcie i u 79% po 1 roku). Poszukując analogii do badań o dłuższym okresie trwania,

badanie krakowskie prezentuje zbliżone wyniki do rezultatów pięcioletniej obserwacji chorujących w Indiach, w której oceniano wgląd w kontekście analizy modeli wyjaśniających (*explanatory models*). W grupie 131 pacjentów z diagnozą schizofrenii po pięciu latach niewiele ponad połowa badanych wyjaśniała swoje dolegliwości modelem chorobowym, a pozostała część grupy rozumiała przyczyny zaburzenia w języku nie-medycznym, charakterystycznym dla kulturowych przekonań i religijnych wierzeń.

W badaniu krakowskim wgląd okazał się zjawiskiem niestabilnym, pomimo że procentowo uzyskano zbliżone wartości pełnego wglądu w każdym punkcie pomiarowym. Jednak analizując indywidualne wyniki pacjentów można stwierdzić, że 67-68% osób z pełnym wglądem we wcześniejszym punkcie pomiarowym utrzymywało taki jego poziom w kolejnym punkcie natomiast odsetek osób utrzymujących pełny poziom wglądu w dwóch sąsiednich punktach pomiarowych wynosił tylko 36-38%. Nie wykazano zatem istotnej stabilności wglądu w opisywanej grupie podobnie jak w badaniach David i wsp. [1995], Crumlish i wsp. [2005], Mintz i wsp. [2004] oraz McEvoy i wsp. [2006], a inaczej niż w badaniu Cuesta i wsp. [2000]. Jednakże we wszystkich przywołanych tu pracach owa niestabilność wglądu polegała na jego znaczącej poprawie w kolejnych punktach pomiarowych krótkoterminowych obserwacji. W pracy David i wsp. [1995] używano 4-stopniowej, jednowymiarowej skali oceny wglądu (PSE, item no.104). Wykazano w nim brak stabilności wglądu na przestrzeni prawie 4 lat w dwóch punktach pomiarowych. Dynamika była zwrócona w stronę poprawy jego poziomu. U znacznej części badanych poziom wglądu zmienił się na wyższy lub nie uległ pogorszeniu. W dużej mierze przyczyną tego był fakt, że pierwszy punkt pomiarowy znacznie różnił się od drugiego i przypadał na moment przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w ostrej psychozie. W innym czteroletnim, prospektywnym badaniu pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii [Crumlish i wsp., 2005] wgląd także istotnie poprawiał się w czasie. W ocenie narzędziem typu *one-item* (PANSS G12) pełny wgląd posiadało początkowo jedynie 3% badanych, a po 4 latach - 37% badanych. Może to wskazywać, że pacjenci mieli w przytoczonym badaniu znacznie większe nasilenie psychopatologii niż w niniejszej obserwacji. Z kolei w trzyletnim badaniu grupy 278 chorych, w tym około 70% spełniających kryteria dla schizofrenii [Saeedi i wsp., 2007] dobry poziom wglądu na starcie posiadało 60% badanych, a w kolejnych corocznych punktach pomiarowych wgląd utrzymywał się na stabilnym poziomie około 80%. W aspekcie metodologicznym cytowane trzyletnie i obydwa czteroletnie badania podobnie jak prezentowane tu badanie krakowskie, posługują się prostym narzędziem oceny wglądu typu

one-item. Być może jest to przejawem preferowania skal prostszych w użyciu w obserwacjach o dłuższym okresie trwania, gdyż w takim przypadku najistotniejszy jest wynik ogólny [Lincoln i wsp., 2007]. Zastosowana w badaniu krakowskim skala wglądu nie pozwalała na wyodrębnienie jego wymiarów. Na jednostkową ocenę wglądu składał się zarówno stopień krytycyzmu, stopień poczucia choroby jak i poczucie zmiany po zastosowanym leczeniu. Z powodu tego ograniczenia trudno komentować te wyniki z perspektywy dziesięcioletniej obserwacji Wciórki dotyczącej stabilności wewnętrznej struktury wglądu [Wciórka, 1998]. Jeśli jednak potraktować współpracę w leczeniu farmakologicznym jako wskaźnik jednego z wymiarów wglądu (potrzeby leczenia), to okazuje się ona stabilniejsza od wglądu po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach chorowania. Ten rezultat potwierdza wyniki badania Wciórki, w którym gotowość leczenia okazała się najłatwiej osiągalnym i mało zależnym od pozostałych aspektów wglądu na przestrzeni dziesięciu lat. Obserwacja stabilności wglądu skłania do wniosku, że na przestrzeni wielu lat choroby wgląd staje się zjawiskiem małoprzewidywalnym. Może to wynikać z nakładania się, w miarę upływu czasu, coraz większej ilości zmiennych.

W odległej obserwacji zjawiska wglądu wśród pacjentów chorujących na schizofrenię skala związku predyktorów przedchorobowych z wglądem była niewielka. Ogólne spojrzenie na wyniki tej zależności w podziale międzygrupowym po siedmiu latach chorowania pokazuje, że osoby z pełnym wglądem prezentują nie tylko nieco korzystniejszy poziom klinicznych i społecznych czynników rokowniczych, ale także większą ich rozpiętość. Jednak w podziale na pełny i niepełny wgląd istotne znaczenie miały jedynie głębsze kontakty społeczne poza rodziną generacyjną. Związek tego czynnika z kształtowaniem się pełnego wglądu został potwierdzony metodą regresji logistycznej po siedmiu a także dwudziestu latach chorowania. Osoby posiadające przed wybuchem choroby bogatszą sieć społeczną miały szansę na osiągnięcie wyższego poziomu wglądu. Wynik ten można odnieść do rezultatów poprzecznego badania nad związkiem wglądu ze stylami radzenia sobie [Cooke i wsp., 2007], w którym osoby radzące sobie za pomocą stylu poszukiwania społecznego wsparcia posiadały lepszą świadomość choroby. Przemawia to za potrzebą promowania w terapii osób chorujących na schizofrenię metod służących wypracowywaniu takich bardziej aktywnych stylów radzenia sobie, jak dyskusja o problemach zdrowia psychicznego z innymi. Takie warunki stwarza zastosowanie specyficznej interwencji psychospołecznej. Jednakże w niniejszym badaniu nie wykazano istotnego związku pomiędzy udziałem w środowiskowym programie leczenia a kształtowaniem się pełnego wglądu – ujawniły się jedynie pewne

tendencje (p=0,060). To zbyt mało by można wnioskować, że zastosowanie interwencji psychospołecznej może mieć wpływ na uzyskanie po latach lepszego wglądu w chorobę przez pacjenta. Należy jednak pamiętać, że pacjenci zostali objęci ŚPL w ciągu pierwszych trzech lat leczenia, a brak istotnego związku programu leczenia z kształtowaniem się pełnego wglądu wykazano po siedmiu latach (po czterech od zakończenia programu). Dlatego ten rezultat potwierdza i najtrafniej odnosi się do opisywanego w literaturze faktu wygasania wpływu interwencji psychospołecznej na wyniki leczenia (w tym przypadku na wgląd) w kilka lat po jej zakończeniu [Linszen i wsp., 2001]. Być może taka interwencja miałaby związek z wglądem, ale w trakcie jej stosowania lub w krótszym okresie od jej zakończenia. Nie było to jednak przedmiotem analiz tej pracy. Wgląd w obserwacji długoterminowej (po dwunastu latach leczenia) wiązał się z wyższym poziomem wykształcenia, co potwierdza wyniki badań krótkoterminowych [Wiffen i wsp., 2010; De Hert i wsp., 2009]. Jednakże grupa badana w Krakowie, pod względem wykształcenia, była reprezentatywna dla miasta akademickiego nie zaś dla losowego przekroju społecznego ani dla populacji chorujących na schizofrenię. Z kolei wartość predykcyjna istotnie krótszego okresu I hospitalizacji dla lepszego wglądu jest obserwowaną w praktyce klinicznej prawidłowością, o ile do wcześniejszego wypisu nie dochodzi na żądanie pacjenta, wbrew zaleceniom lekarskim.

Więcej istotnych związków wglądu z czynnikami rokowniczymi ujawniło się poprzez wyłonienie grupy osób posiadających wgląd psychodynamiczny. Grupa ta okazała się w pierwszym punkcie pomiarowym stosunkowo liczna. 24% badanych, osób z diagnozą psychozy schizofrenicznej, uzyskało ten rodzaj wglądu po siedmiu latach chorowania. W kolejnych punktach pomiarowych liczebność tej grupy zmalała do 16% (7 osób) po dwunastu latach i 20 % (9 osób) po dwudziestu latach. W przypadku tej analizy widoczne jest jednak jedno z ograniczeń pracy – mała liczebność całej grupy, która w podziałach międzygrupowych osiąga wartości jednocyfrowe, co utrudnia wyciąganie wniosków. Uzyskanie wglądu psychodynamicznego wiązało się szczególnie z większym zaangażowaniem w życie społeczne w okresie przedchorobowym. Osoby w grupie osiągającej wgląd psychodynamiczny posiadały istotnie częściej wykształcenie wyższe i średnie, satysfakcjonujące kontakty społeczne, lepsze oparcie społeczne, częściej podejmowały współżycie seksualne i podtrzymywały trwały związek. W zakresie czynników klinicznych posiadały one mniejsze nasilenie ogólnej psychopatologii po I-szej hospitalizacji. Trudno jednak dokonać analizy porównawczej, gdyż brakuje literatury zjawiska wglądu

klinicznego poszerzonego o zagadnienie wglądu w rozumieniu psychodynamicznym wśród pacjentów chorujących na schizofrenię.

6.2. Współpraca w leczeniu farmakologicznym w długoterminowej obserwacji - występowanie, stabilność, czynniki rokownicze

W badaniu krakowskim po siedmiu latach leczenia grupa niewspółpracujących (w podziale dychotomicznym na pełną współpracę i brak współpracy) stanowiła 49% wszystkich badanych. Natomiast analiza składu procentowego poszczególnych podgrup pokazuje wzrost liczby osób współpracujących w kolejnych latach. Różnice pomiędzy poszczególnymi okresami pomiarowymi (po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach leczenia), opisujące dynamikę współpracy w leczeniu farmakologicznym w badanej grupie, osiągają istotność statystyczną w okresach pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania oraz dwunastym a dwudziestym rokiem chorowania. Po dwunastu latach leczenia grupa niewspółpracująca stanowiła 38%, a po dwudziestu latach - już tylko 20% badanych. Jest to wynik, który mieści się w rezultatach obszernego przeglądu badań określających brak wystarczającej współpracy wśród osób zażywających neuroleptyki na poziomie około 20-56% [Lacro i wsp., 2002]. W siedmioletnim badaniu Rzewuskiej [2002], w którym za kryterium podziału obrano zażywanie leków w określonym przedziale czasu, z całej grupy badanej (185 osób) część niewspółpracująca stanowiła 37 osób (20%), a współpracująca – 57 osób (31%). Odległy, dwudziestoletni okres obserwacji opisuje Thara [2004] w kontekście społeczno-kulturowym Indii. Po dwudziestu latach prawie 50% badanych nie pozostawało w leczeniu, a połowa z nich miała stabilne klinicznie wyniki w okresie poprzedzającym ocenę. Natomiast około 25% osób chorowało i odmawiało zażywania leków. Jest to wynik zbliżony do przedstawionego w niniejszej pracy.

Poszukując analogii do wyników obserwacji krótkoterminowych należy wspomnieć o kilku pracach. Ascher-Svanum i wsp. [2006] badali stabilność współpracy w leczeniu farmakologicznym. W okresie 3 lat dokonywano oceny co 6 miesięcy, a do określenia poziomu współpracy posługiwano się deklaracją pacjenta. Współpraca w leczeniu w badanej grupie była stosunkowo stabilna: 77,3% pacjentów utrzymywało ten sam jej status od pierwszego do drugiego roku. W innej, retrospektywnej czteroletniej obserwacji [Valenstein i wsp., 2006] ogromnej, ponad 30-tysięcznej populacji z diagnozą schizofrenii, gdzie wyniki współpracy oceniano co roku, w każdym okresie pomiarowym odsetek pacjentów niewspółpracujących wynosił w badanej grupie 36-37%, natomiast pacjentów, którzy mieli

problem ze współpracą w trakcie przynajmniej jednego roku badania, było 61%. Około 18% całej grupy wykazywało stały brak współpracy w leczeniu farmakologicznym. Niestabilnie dobrze współpracowało 43%, a stabilnie dobrze - 39% osób. Badanie to dowodziło, że współpraca w leczeniu nie jest stałą indywidualną cechą jednostki i większość pacjentów ma problem z utrzymaniem stałej współpracy na przestrzeni czasu. Natomiast przekrojowe rozpowszechnienie słabej współpracy w populacji pacjentów pozostaje stałe na przestrzeni czasu. Kolejne badanie [Ascher-Svanum i wsp., 2009] czerpiące dane z prospektywnej obserwacji grupy pacjentów (ponad 2 tysiące osób z diagnozą schizofrenii), na pół roku przed hospitalizacją i pół roku po hospitalizacji, pokazuje, że większość pacjentów (92%), którzy byli współpracujący w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala nadal pozostawało współpracującymi 6 miesięcy po hospitalizacji. Ponadto, 75% osób wcześniej częściowo współpracujących podjęło pełną współpracę w leczeniu farmakologicznym. Natomiast z grupy poprzednio niewspółpracujących pełną współpracę w leczeniu osiągnęło po hospitalizacji 38,7% osób. W świetle tych badań współpraca w leczeniu w ujęciu indywidualnym jest zjawiskiem potencjalnie dynamicznym, a w ujęciu epidemiologicznym brak współpracy jest raczej stabilny [Valenstein i wsp., 2006; Ascher-Svanum i wsp., 2006]. W wieloletnim badaniu krakowskim zagadnienie dynamiki współpracy w leczeniu farmakologicznym jest złożone. Z jednej strony okazała się ona zjawiskiem stosunkowo dynamicznym w badanej grupie. Odsetek osób utrzymujących pełny poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym w dwóch sąsiednich wieloletnich okresach pomiarowych wzrósł z 44% w czasie między siódmym a dwunastym rokiem chorowania do 56% w czasie między dwunastym a dwudziestym rokiem chorowania. Z kolei w ujęciu indywidualnym poziom pełnej współpracy okazał się stabilny. Śledząc indywidualne wyniki pacjentów okazało się, że 87-89% osób w pełni współpracujacych we wcześniejszym punkcie pomiarowym utrzymywało taki jej poziom w kolejnym punkcie. Wyniki te wskazują, że w trakcie wieloletniego przebiegu schizofrenii dynamika współpracy w leczeniu farmakologicznym zanika. Pacjenci objęci stałym leczeniem współpracują na wysokim stabilnym poziomie.

Grupa z pełną współpracą charakteryzowała się niższym ogólnym nasileniem objawów przy wypisie po I-szej hospitalizacji, co potwierdza wyniki innych badań, opisujących zależność w punkcie [Mohamed i wsp., 2009; Lindenmayer i wsp., 2009; Tsang i wsp., 2010; Chandra i wsp., 2014; Acosta i wsp., 2014; Hudson i wsp., 2004] oraz badania prowadzonego w środowiskowym modelu leczenia [Bressington i wsp., 2013]. Drugim istotnym czynnikiem rokowniczym dotyczącym I-szej hospitalizacji okazało się nasilenie

objawów negatywnych przy wypisie, większe w grupie z brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym. Potwierdza to doniesienia badań wczesnych i średnioterminowego [Rzewuska, 2002; Baloush-Kleinman i wsp., 2011; Beck i wsp., 2011], pozostaje natomiast w opozycji do badania Liu-Seifert i wsp. [2012]. W przytoczonym retrospektywnym badaniu czas obserwacji wynosił około pół roku. Wydaje się, że trudniej zmierzyć w stosunkowo krótkim czasie zmianę syndromu negatywnego niż wymiaru pozytywnego lub nasilenia ogólnej psychopatologii. Dlatego też tak istotna jest obserwacja wieloletnia omawianych tutaj zjawisk. W bardziej zaawansowanej analizie (regresja logistyczna) pełna współpraca w farmakoterapii po dwudziestu latach istotnie wiązała się także z mniejszym nasileniem objawów negatywnych a ponadto z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych przy wypisie po I hospitalizacji, co jest potwierdzeniem wyników prac krótkoterminowych [Lindenmayer i wsp., 2009; Liu-Seifert i wsp., 2012; Beck i wsp., 2011].

W analizie związków współpracy w leczeniu z predyktorami demograficznymi grupa z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym charakteryzowała się po siedmiu latach istotnie statystycznie wyższym poziomem wykształcenia w momencie I-szej hospitalizacji. Wynik ten został potwierdzony bardziej zaawansowaną metodą analizy – regresją logistyczną. Grupa osób w pełni współpracujących także istotnie częściej posiadała chorującego krewnego I-szego stopnia. Można to tłumaczyć faktem, że wcześniejszy kontakt z chorobą, kontakt z opieką psychiatryczną to lepsza psychoedukacja dająca szansę na pełniejszą współpracę. Pytanie: czy można uznać doświadczenie wspólnego życia z chorującym krewnym za lepsze rodzinne przystosowanie i odnieść to do wyników pracy Rzewuskiej [2002]? Wydaje się, że w kontekście wiedzy, co robić w przypadku własnego kryzysu psychicznego, wcześniejsze rodzinne doświadczenia mogą być „korzystne".

Czynniki rokownicze o charakterze społecznym nie przewidują tego, jak po wielu latach chorowania będzie wyglądała współpraca w leczeniu farmakologicznym.

Grupa osób w pełni współpracujących nie różniła się od grupy osób niewspółpracujących pod względem udziału w programie leczenia po siedmiu latach. Skutki interwencji psychospołecznej w odniesieniu do współpracy w leczniu farmakologicznym miałyby zatem tendencje do wygasania po kilku latach. Być może wyjaśnieniem tego wyniku jest jeden z aspektów takiej formy kontaktu terapeutycznego. Dla osób z wieloletnim przebiegiem psychozy schizofrenicznej kompleksowa forma opieki, zorientowana na oddziaływania środowiskowe, wydaje się być najbardziej dostosowaną do ich potrzeb. Taki

system musi jednak konsekwentnie zachowywać delikatną proporcję opieki w odniesieniu do indywidualnego pacjenta: nie dawać za mało, ale także nie dawać zbyt wiele – nie „zalewać" opieką. W tym aspekcie pozostawanie w systemie terapeutycznym i stałym jego kontekście może być dla niektórych osób trudne do zaakceptowania, a nawet rodzić pewien opór czy bunt.

6.3. Związek wglądu ze współpracą w leczeniu farmakologicznym

Badania krótko- i średnioterminowe pokazują, że wgląd chorobowy i współpraca w leczeniu są ze sobą dodatnio skorelowane. Taką zależność potwierdza większość literatury dotycząca tego tematu [Higashi i wsp., 2013; Rzewuska, 2002; Kamali i wsp., 2006; Jónsdóttir i wsp., 2013; Baloush-Kleinman i wsp., 2011; Chandra i wsp., 2014; Beck i wsp., 2011; Dassa i wsp., 2010; Löffler i wsp., 2003; Schwartz i wsp., 1997]. Jedyną pozycją, w której nie wykazano tej zależności jest praca Linden i wsp. [2001]. W badaniu krakowskim interakcja między wglądem a współpracą w leczeniu farmakologicznym nie okazała się istotna (analiza wariancji) dla wskaźników wyników leczenia, jako zmiennych zależnych. Wgląd nie miał istotnego związku z faktem, czy ktoś współpracował w leczeniu czy nie współpracował. Także współpraca w leczeniu farmakologicznym nie wiązała się istotnie z faktem, czy ktoś posiadał wgląd czy go nie posiadał (p=0,076). Dla zobrazowania problemu warto zwrócić uwagę na stosunkowo dużą liczebność dwóch grup, które tworzyli badani z niezgodnymi wartościami omawianych zjawisk. Pacjenci z pełnym wglądem i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym stanowili 20%, a pacjenci z niepełnym wglądem i pełną współpracą - 15% wszystkich badanych. Wskazuje to na duże zróżnicowanie badanej grupy w wielu aspektach, także w zakresie postaw wobec choroby. Z praktyki klinicznej wiadomo, że pacjent nie posiadający wglądu, ale dążący zaufaniem terapeutę będzie często chętniej zażywał leki niż ten, który wgląd w chorobę posiada, ale ma problemy ze współpracą z przyczyn np. osobowościowych. Linden i wsp. [2001] tłumaczą brak wyraźnej zależności między wglądem a współpracą w leczeniu możliwością zaistnienia selekcji na etapie włączenia do badania grupy bardziej współpracujących pacjentów. Taka selekcja miałaby być wynikiem skłonności badaczy do angażowania pacjentów kooperujących. Z kolei Yen i wsp. [2005] w prospektywnym jednorocznym badaniu, w którym wgląd definiowany był wielowymiarowo, pokazują jego dodatnią korelację ze współpracą w leczeniu, występującą jednak tylko na początku obserwacji. Po upływie roku korelacja zanikała. Postulują oni, że zależność wgląd – współpraca w leczeniu staje się bardziej czytelna, gdy wgląd oceniany jest

wielowymiarowo. Przy istotnym, w początkowym okresie, związku pomiędzy współpracą w leczeniu a wglądem w leczenie, brak jest powiązań z pozostałymi wymiarami wglądu, tj. wglądem w chorobę i wglądem w objawy. Podobnie w badaniu Dassa i wsp. [2010], przeprowadzonym w stabilnym okresie schizofrenii, brak współpracy w leczeniu farmakologicznym korelował dodatnio z brakiem wglądu, jednak tylko wymiarze „wpływ leków". W kolejnej pracy, analizującej przez 1,5 roku zagadnienie postawy wobec leczenia farmakologicznego i jej związku z wglądem, zauważono, że zmiany w kierunku pożądanych postaw wobec leczenia wiązały się ze zmianami w zakresie psychopatologii, funkcjonowania społecznego i współpracy, niezależnie od kształtującego się poziomu wglądu [Mohamed i wsp., 2009]. Wyniki te potwierdzają hipotezę, że w terapii pacjentów z diagnozą psychozy można pracować nad współpracą w leczeniu farmakologicznym, niezależnie od wglądu. W kontekście wieloletniego przebiegu choroby hipoteza ta wydaje się jeszcze bardziej zasadna.

6.4. Poziom wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym a wybrane wyniki leczenia

Praca na dwa sposoby bada związek wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikami leczenia. W pierwszym kroku badawczym, by odpowiedzieć na pytanie, jakie wyniki osiągają grupy pacjentów z różnymi poziomami wglądu bądź współpracy w leczeniu, dokonano podziałów dychotomicznych badanej grupy. W drugim kroku - wykorzystano regresje liniowe dla sprawdzenia, czy dwie omawiane tu zmienne będą istotnie wiązać się z ogólnymi, klinicznymi i społecznymi wynikami leczenia przy uwzględnieniu przechorobowych demograficzno-społecznych i klinicznych czynników rokowniczych.

Wgląd. Analizując wieloletni związek wglądu z wybranymi wskaźnikami przebiegu schizofrenii w podziałach międzygrupowych na wgląd pełny i niepełny, z zastosowaniem modelu Anova i testu U Manna-Whitney' a, zaobserwowano kilka istotnych zależności. Pełny wgląd w przeciągu wszystkich lat obserwacji okazał się być związany z istotnie lepszym wynikiem ogólnego funkcjonowania (GAF), co jest analogiczne z doniesieniami badań i meataanaliz krótkoterminowych [Mohamed i wsp., 2009; Sim i wsp., 2006; Lincoln i wsp., 2007], a także z wynikami badania wczesnego obejmującego grupę z wieloletnim (średnio 17 lat) przebiegiem choroby [Schwartz i wsp., 1997]. Ponadto w jednym z punktów pomiarowych (po dwunastu latach) wykazano istotną różnicę na korzyść grupy z pełnym wglądem w osiągnięciu poziomu powyżej 60 pkt. w skali GAF świadczącym o dobrym

funkcjonowaniu ogólnym. Istotny związek wglądu z krótszym czasem rehospitalizacji można z kolei porównać do wyników badania Drake i wsp. [2007].

Grupa z pełnym wglądem charakteryzowała się korzystniejszym typem przebiegu choroby (wg Watta i Sheparda). Interesujące jest to, że pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania malała liczba osób z bardzo dobrym typem przebiegu w grupie z pełnym wglądem, a także malała liczba osób ze złym typem przebiegu w grupie z niepełnym wglądem. Mówiąc inaczej, w kontekście osiąganego wglądu malała rozpiętość różnic dotyczących typu przebiegu choroby. Im dłużej trwała choroba, tym bardziej związek wglądu z jej wieloletnim przebiegiem tracił na znaczeniu.

Wykazano związek pełnego wglądu z istotnie niższym ogólnym nasileniem psychopatologii przez cały okres obserwacji, jak w badaniach wczesnych [Mohamed i wsp., 2009; Saeedi i wsp., 2007; McEvoy i wsp., 2006] oraz niższym wymiarem negatywnym, co jest zgodne z dużą liczbą badań wczesnych [Mintz i wsp., 2003; Mintz i wsp., 2004; Saeedi i wsp., 2007; McEvoy i wsp., 2006; Sim i wsp., 2006; Kemp i wsp., 1995; Gharabawi i wsp., 2006; De Hert i wsp., 2009]. W sposób szczególny wyniki dotyczące ujemnej korelacji wglądu z ogólną psychopatologią potwierdzają rezultaty pięcioletniej obserwacji zjawiska w innym od zachodniego kontekście kulturowym [Johnson i wsp., 2012]. Jednakże autorzy cytowanej pracy postulowali, że wgląd jest wtórny do psychopatologii (poprawa wglądu następowała po uzyskaniu poprawy objawowej). W niniejszym badaniu nie uzyskano wiedzy o kierunku zależności między zjawiskami i nie można potwierdzić postulatu, by wgląd traktować jako mechanizm radzenia sobie wtórny do psychopatologii i przebiegu choroby.

W odniesieniu do powszechnie potwierdzanego w badaniach wczesnych związku wglądu z depresją [Mintz i wsp., 2003; Mintz i wsp., 2004; Crumlish i wsp., 2005; Mohamed i wsp., 2009; Saeedi i wsp., 2007; McEvoy i wsp., 2006; Wiffen i wsp., 2010; Staring i wsp., 2009; Karow i wsp., 2008; Buchy i wsp., 2009; Schwartz-Stav i wsp., 2006; Carroll i wsp. 1999] w niniejszych analizach nie znaleziono takiej zależności. Grupa z pełnym wglądem miała nieistotnie mniejsze nasilenie objawów depresyjnych, co potwierdza wyniki badań [David i wsp., 1995; Cuesta i wsp., 2000]. Wyjaśnieniem braku korelacji wglądu z depresją być może jest moment wstępnej oceny. Pacjenci przyjmowani byli do szpitala na ogół w ostrej psychozie, kiedy objawy depresyjne „giną" w nasilonej psychotycznej psychopatologii, podobnie jak w badaniu David i wsp. [1995]. Według innych badaczy powodem braku związku wglądu z depresją może być zastosowanie nieodpowiedniego narzędzia wglądu –

niewystarczającego do wykrycia takiej korelacji. Z innej strony, związek depresji z rosnącą świadomością objawów choroby, może być rodzajem tautologii od kiedy pacjenci, bardziej świadomi swoich zaburzeń, wykazują większe prawdopodobieństwo by być depresyjnymi [Cuesta i wsp., 2000]. O ile wgląd kliniczny nie wiązał się z depresją, to osiągnięcie poziomu psychodynamicznego wglądu istotnie skutkowało mniejszą depresją po latach. Uzyskano zatem ujemną korelację wglądu z depresją. Z jednej strony wynik taki może świadczyć o wpływie systemu opieki i relacji terapeutycznej, dającej poczucie bezpieczeństwa, a takie możliwości stwarzało krakowskie badanie. Stabilne, przez okres trzynastu lat, wysokie korelacje wglądu psychodynamicznego z niskim nasileniem objawów wydają się to potwierdzać. Z drugiej strony badanie potwierdziło teoretyczne założenia podejścia psychodynamicznego, według których uzyskanie wglądu ma mieć charakter leczący także w odniesieniu do objawów depresyjnych. Oznacza to, że warto dążyć do takiego poziomu wglądu wśród pacjentów psychotycznych (przynajmniej u tej części, u której identyfikujemy taką potrzebę) oraz kierować ich do psychoterapii i promować interwencje psychospołeczne. Oczywiście należy przy tym pamiętać, że uzyskiwanie wglądu zwykle jest procesem etapowym i w pewnym momencie może pojawić się depresja.

Wgląd psychodynamiczny okazał się być związany (model Anova i test U Manna-Whitney'a) z lepszym poziomem wielu odległych wyników leczenia: funkcjonowania ogólnego, przebiegu choroby, ogólnego nasilenia psychopatologii i jej wymiarów (pozytywny, negatywny i depresyjny) oraz społecznych wskaźników wyników leczenia takich jak oparcie społeczne, funkcjonowanie społeczne, kontakty społeczne, posiadanie pracy, stan cywilny, przystosowanie seksualne i obecność współmieszkańców. Wyodrębnienie grupy, osiągającej wgląd psychodynamiczny, dało zatem nieco inne wyniki niż podział kliniczny na wgląd pełny i niepełny, chociaż ogólne tendencje pozostały te same. Podział taki pokazuje, że pacjenci z wglądem psychodynamicznym osiągają wyraźnie lepsze odległe wyniki w zakresie psychopatologii i społecznego funkcjonowania. Potrzeba pracy terapeutycznej nad uzyskaniem wglądu psychodynamicznego (a nie tylko stopniowanie wglądu klinicznego) przez pacjentów psychotycznych w trakcie wieloletniego przebiegu choroby, znajduje zatem potwierdzenie w wynikach tych analiz.

Współpraca w leczeniu farmakologicznym. Analizując wieloletni związek współpracy w leczeniu farmakologicznym z wybranymi wskaźnikami przebiegu schizofrenii w podziałach międzygrupowych na wgląd pełny i niepełny, z zastosowaniem modelu Anova i testu U Manna-Whitney'a, zaobserwowano kilka istotnych zależności. Wyniki te

potwierdzają rezultaty badań wczesnych i średnioterminowych dotyczących wskaźników przebiegu choroby. Pełna współpraca była istotnie związana z mniejszą liczbą nawrotów jak w innych badaniach [Higashi i wsp., 2013; Rzewuska, 2002; Novick i wsp., 2010; Leucht i Heres, 2006; Weiden i wsp., 2004; Bodén i wsp., 2011; Panish i wsp., 2013; Shao i wsp., 2013; Lang i wsp., 2010], z mniejszą liczbą rehospitalizacji [Higashi i wsp., 2013; Novick i wsp., 2010; Ascher-Svanum i wsp., 2009; Ascher-Svanum i wsp., 2006; Leucht i Heres, 2006; Weiden i wsp., 2004; Bodén i wsp., 2011; Panish i wsp., 2013; Shao i wsp., 2013; Lang i wsp., 2010], z krótszym czasem rehospitalizacji i korzystniejszym typem przebiegu choroby. Wykazano istotny związek pełnej współpracy ze wskaźnikiem zdrowienia po dwudziestu latach, zarówno w przypadku mniej jak i bardziej restrykcyjnego jego kryterium (recovery A i B).

Pełna współpraca w ocenie średnioterminowej i odległej była także istotnie związana z lepszymi wynikami ogólnego nasilenia psychopatologii, co potwierdza wyniki badań wczesnych [Mohamed i wsp.,2009; Lindenmayer i wsp., 2009; Tsang i wsp., 2010; Chandra i wsp., 2014; Bressington i wsp., 2013; Acosta i wsp., 2014; Hudson i wsp., 2004], oraz wymiaru depresyjnego jak w innych badaniach [Lindenmayer i wsp., 2009; Liu-Seifert i wsp., 2012; Beck i wsp., 2011]. Fakt pełnej współpracy największy związek miał z klinicznymi wskaźnikami przebiegu schizofrenii, szczególnie istotnie redukował liczbę rehospitalizacji w każdym z okresów pomiarowych przez trzynaście lat. Natomiast różnice w nasileniu psychopatologii czy funkcjonowaniu społecznym były nieco mniej istotne w ujęciu wieloletnim. Może to oznaczać, że pomimo utrzymywania się objawów (negatywnych, pozytywnych, depresji), przy dobrej współpracy w leczeniu, można uniknąć częstszych hospitalizacji. Jest to kolejna przesłanka podnosząca znaczenie relacji terapeutycznej, systemu opieki i psychoedukacji dla wieloletniego leczenia schizofrenii.

Związki czynników rokowniczych z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z wynikami leczenia w długoterminowej obserwacji. Analizując wpływ czynników rokowniczych na odległe wyniki leczenia psychoz schizofrenicznych, z uwzględnieniem wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym jako predyktorów przebiegu choroby (regresje liniowe), należy podkreślić dwa znaczące rezultaty. Po pierwsze, wgląd nie wyjaśniał żadnego wyniku. Wgląd kliniczny oceniony po siedmiu latach chorowania nie miał istotnego związku z odległymi wynikami leczenia schizofrenii w żadnym pomiarze wieloletnim, ani samodzielnie, ani w konstelacji z innymi czynnikami. Jest to rezultat interesujący choćby w kontekście ilości inwestowanej zwykle pracy terapeutycznej

skoncentrowanej na tym, by pacjent wiedział, czego doświadcza. Można jednak założyć, że wgląd pośrednio wywiera wpływ na wyniki, poprzez oddziaływanie na inne czynniki, które w terapii muszą być uwzględniane.

Po drugie, współpraca w leczeniu farmakologicznym okazała się istotnym czynnikiem rokowniczym kilku ważnych w przebiegu psychozy wyników i była jednym z najczęściej występujących predyktorów przewidujących wyniki leczenia. Wysoki procent zmienności wyjaśnianej utrzymywał się w kolejnych odległych okresach pomiarowych. Współpraca w leczeniu farmakologicznym (regularność farmakoterapii), oceniona po siedmiu latach, była dodatnio skorelowana z przebiegiem choroby wg Watta i Sheparda, funkcjonowaniem społecznym wg DSM III i zdrowieniem w niektórych okresach pomiarowych. Natomiast jej ujemną korelację z liczbą nawrotów, z liczbą rehospitalizacji i z czasem rehospitalizacji zaobserwowano w każdym z okresów pomiarowych. Poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym okazał się zatem istotnym czynnikiem przewidującym wieloletni przebieg choroby, pomimo że nie wyjaśniał wyniku ogólnego funkcjonowania czy przebiegu choroby wg Watta i Shepherda po dwudziestu latach. Należy jednak dodać, że uzyskane rezultaty były poddane pewnej losowości i zmiennym ubocznym, które nie zostały uwzględnione a wynikały choćby z samego czasu pomiaru (np. inni oceniający w kolejnych pomiarach). Biorąc pod uwagę, że regularność farmakoterapii odgrywała rolę dla typu przebiegu choroby po dwunastu latach leczenia, należy stwierdzić, że po dwudziestu latach jej znaczenie w tym przypadku może zanikać na rzecz innych czynników rokowniczych (atmosfera rodzinna, czas nieleczonej psychozy, wykształcenie).

ROZDZIAŁ VII.
Wnioski

Z rezultatów niniejszej pracy, w której bogato reprezentowany jest związek dobrych wyników z lepszą współpracą w leczeniu farmakologicznym, a skromniej związek dobrych wyników z osiąganym wglądem, można wysnuć wniosek, że w procesie leczenia schizofrenii nie tyle istotne jest to, co pacjent wie czy myśli na temat choroby, ale jak postępuje. Można ten wniosek skomentować biblijnym wersetem „po owocach ich poznacie". Należy jednocześnie dodać, że poszerzenie zagadnienia o wgląd dynamiczny u pacjentów psychotycznych, będący zdolnością spojrzenia na własną biografię w kontekście doświadczenia przeżytej psychozy, podnosi znaczenie wglądu w wieloletniej terapii. Współpraca w leczeniu farmakologicznym, wraz z innymi czynnikami rokowniczymi, wyjaśnia duży zakres odległych w czasie wyników. Może to sugerować, że w przebiegu wielu lat leczenia istotniejsza od wglądu w chorobę jest relacja terapeutyczna, bez której trudno sobie wyobrazić stabilną współpracę w leczeniu. W przedstawianym badaniu pacjenci po zakończeniu tak indywidualnego, jak i środowiskowego programu leczenia w większości pozostawali w systemie środowiskowej opieki psychiatrycznej. Mieli stałego terapeutę przez wiele lat i w razie nawrotu „znajomy" oddział dzienny. Mogli korzystać z grup terapeutycznych pracujących w eklektycznym podejściu i programie rehabilitacji, w którym istotną rolę odgrywa rehabilitacja przez sztukę. Być może przyczyn braku istotnego wpływu interwencji środowiskowej z pierwszych trzech lat chorowania na współpracę w leczeniu farmakologicznym i wgląd w odległej perspektywie czasowej należy upatrywać w dostępności tego systemu dla wszystkich pacjentów przez wiele następnych lat. Za dobrymi wynikami leczenia psychozy stoi terapeutyczna praca nakierowana na kontekst psychospołeczny, niezależnie od tego jak zmienia się wgląd.

Analiza związków wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym z badanymi wskaźnikami wyników leczenia potwierdza konieczność prowadzenia wieloletnich obserwacji tych zjawisk i pozwala na sformułowanie szeregu szczegółowych wniosków:

1. Wgląd pacjenta w wieloletnim przebiegu psychozy jest zjawiskiem niestabilnym.
2. Korzystna przedchorobowa sieć społeczna poza rodziną generacyjną pozostaje w związku z głębszym poziomem osiąganego wglądu w odległych wynikach leczenia.

3. Podgrupa osób z pełnym wglądem w porównaniu do podgrupy z niepełnym wglądem, w przeciągu wszystkich lat obserwacji, posiadała lepszy wynik ogólnego funkcjonowania, korzystniejszy typ przebiegu choroby, niższe ogólne nasilenie psychopatologii oraz niższe nasilenie objawów negatywnych. Uzyskanie wglądu, w rozumieniu psychodynamicznym, powiązane jest z mniejszym nasileniem depresyjności w późniejszych okresach chorowania.
4. W analizie regresji nie ujawniono związku wglądu z odległymi wynikami leczenia ani samodzielnie ani w konstelacji z innymi czynnikami rokowniczymi.
5. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy osiaganymi wynikami wglądu a udziałem w programie leczenia.
6. Współpraca w leczeniu farmakologicznym osiągnęła w badanej grupie, po dwunastu i dwudziestu latach chorowania, stabilny wysoki poziom.
7. Wyższy poziom wykształcenia a także niższe nasilenie ogólne objawów i objawów negatywnych przewidują lepszą współpracę w leczeniu farmakologicznym po wielu latach chorowania. Dobra wieloletnia współpraca w leczeniu farmakologicznym w rodzinach z większym dziedzicznym obciążeniem wskazuje z kolei, że w przypadku własnego kryzysu psychicznego wcześniejsze rodzinne doświadczenia z osobami chorującymi mogą mieć korzystny wpływ na współpracę w leczeniu.
8. Lepsza współpraca w leczeniu farmakologicznym oceniona po siedmiu latach była powiązana z korzystnym przebiegiem choroby i lepszym funkcjonowaniem społecznym wg DSM III w niektórych okresach pomiarowych oraz mniejszą liczbą nawrotów, liczbą rehospitalizacji i czasem rehospitalizacji w każdym z poźniejszych okresów pomiarowych. Przy dobrej współpracy w farmakoterapii, pomimo utrzymywania się objawów negatywnych, pozytywnych i depresyjnych, można w odległych wynikach leczenia uniknąć częstszych rehospitalizacji.
9. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy osiąganymi wynikami współpracy w leczeniu farmakologicznym a udziałem w różnych programach leczenia w pierwszych trzech latach chorowania.
10. Interakcja wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym nie wywiera istotnego wpływu na odległe wyniki leczenia schizofrenii.
11. Celem terapii pacjentów z diagnozą psychoz schizofrenicznych powinno być utrzymanie współpracy w leczeniu farmakologicznym niezależnie od pracy nad pogłębieniem wglądu. Dla jej uzyskania niezbędna jest wieloletnia, stabilna relacja terapeutyczna bez której trudno sobie wyobrazić stabilną współpracę w leczeniu.

7.1. Aplikacje praktyczne

Rezultaty prezentowanego badania mogą zostać praktycznie wykorzystane w terapii pacjentów chorujących na psychozy schizofreniczne. Wydaje się, że można ich używać nie tylko w kontekście systemu psychiatrii środowiskowej, ale także w terapii pacjentów, których potrzeby są zorientowane na indywidualny kontakt terapeutyczny.

1. Dążenie w terapii do osiągnięcia dobrego poziomu współpracy w leczeniu farmakologicznym niezależnie od wglądu pacjenta.
2. Wzmacnianie sieci społecznej pacjenta dla poprawy jego wglądu.
3. Praca nad wglądem dynamicznym dla poprawy funkcjonowania i zmniejszenia ryzyka depresji.
4. Zwrócenie uwagi na metody podnoszące poziom współpracy w leczeniu farmakologicznym, jednocześnie poprawiające przebieg choroby.

7.2. Przyszłe kierunki badań

W przyszłych badaniach, uwzględniając rezultaty niniejszej pracy, należałoby zwrócić uwagę na kilka kierunków rozwoju tego zagadnienia. W kontekście czasu obserwacji badania krakowskiego (trzynastu lat pomiędzy siódmym a dwudziestym rokiem chorowania) istotnym jest projektowanie badań wieloletnich nad wglądem i współpracą w leczeniu farmakologicznym z uwzględnieniem obserwacji wczesnego okresu kształtowania się tych zjawisk. Pozwaliłoby to na znalezienie wyraźniejszych analogii pomiędzy okresem wczesnym i odległym formowania się tych zjawisk w przebiegu choroby. Kolejnym kierunkiem przyszłych opracowań powinno być projektowanie badań nad wpływem interwencji psychospołecznych na wgląd pacjenta i jego współpracę w leczeniu farmakologicznym. Jest to tym bardziej istotne, że właśnie taka kompleksowa interwencja jest najbardziej dostosowana do potrzeb pacjentów z wieloletnim przebiegiem psychoz schizofrenicznych. Jednak nadal jest ona zbyt rzadko stosowana w warunkach polskich. Niniejsze badanie nie oceniało aspektu subiektywnego doświadczenia pacjenta ze względu na używane narzędzie oceny wglądu. W kontekście aktualnego piśmiennictwa, podnoszącego znaczenie tego aspektu, głównie w celu respektowania różnic kulturowych, koniecznością jest poszerzanie wiedzy o wglądzie pacjenta o wymiar subiektywny z wypracowaniem i zastosowaniem odpowiednich narzędzi.

7.3. Ograniczenia

Badanie jest oceną zjawisk, które dotąd nie były szczegółowo analizowane w tak długim okresie czasu a są kluczowe dla przebiegu i leczenia psychoz schizofrenicznych. Posiada ono jednak kilka istotnych ograniczeń:

1. Kliniczne skale użyte do oceny wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym nie posiadają zbadanej trafności i rzetelności.
2. Liczebność grupy. W analizach opartych na podziałach międzygrupowych liczebność niektórych grup jest bardzo niska, co jest statystyczną przeszkodą w generalizowaniu wniosków.
3. Badanie zostało przeprowadzone w kontekście miasta akademickiego. Populacja badana prawdopodobnie różni się rozkładem poziomu wykształcenia od populacji ogólnopolskiej.
4. Badanie przeprowadzono w kontekście systemu opieki środowiskowej, którego kompleksowa forma leczenia i rehabilitacji może powodować trudności w analizach porównawczych z grupami nieobjętymi terapią tego typu.
5. Brak badań o podobnie długim okresie obserwacji stanowił problem dla przeprowadzenia analizy porównawczej.
6. W analizie zagadnienia nie zostały ujęte typ i dawka stosowanego leku – aspekty, które w piśmiennictwie okazują się mieć istotny związek z kształtowaniem się zjawiska współpracy w leczeniu farmakologicznym. W niniejszym badaniu wyłączono je do odrębnych opracowań, gdyż uwzględnienie ich skutkowało kolejnymi podziałami badanej grupy na podgrupy o jeszcze niższej liczebności.

Piśmiennictwo

Acosta, F. J., Bosch, E., Sarmiento, G., Juanes, N., Caballero-Hidalgo, A., Mayans, T. (2009). Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS®) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophrenia Research*, *107*(2), 213-217.

Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, *2*(5), 74-78.

Acosta, F. J., Ramallo-Fariña, Y., Siris, S. G. (2014). Should full adherence be a necessary goal in schizophrenia? Full versus non-full adherence to antipsychotic treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(1), 33-39.

Alanen, Y. O. (2000). *Schizofrenia: jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Aleksandrowicz, J. W. (1996). *Psychoterapia medyczna: teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Alexander, F. G., Selesnick, S. T. (1966). *The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present.* New York: Harper.

Amador, X. F., Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, *21*(1), 27-42.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 873-873.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *17*(1), 113-132.

American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. bookpointUS.

Andreasen, N. C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*, *28*(2-3), 105-109.

Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 441-449.

Andreasen, N. C., Olsen, S. (1982). Negative v positive schizophrenia: definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, *39*(7), 789-794.

Angermeyer, M. C., Kühn, L., Goldstein, J. M. (1990). Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, *16*(2), 293-307.

Ascher-Svanum, H., Faries, D. E., Zhu, B., Ernst, F. R., Swartz, M. S., Swanson, J. W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(3), 453-460.

Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., Furiak, N. M., Montgomery, W. (2009). Medication adherence levels and differential use of mental-health services in the treatment of schizophrenia. *BMC Research Notes*, *2*(1), 6. doi:10.1186/1756-0500-2-6.

Baloush-Kleinman, V., Levine, S. Z., Roe, D., Shnitt, D., Weizman, A., Poyurovsky, M. (2011). Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: a six-month naturalistic follow-up study. *Schizophrenia Research*, *130*(1), 176-181.

Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, *68*(2-3), 319-329.

Beck, E. M., Cavelti, M., Wirtz, M., Kossowsky, J., Vauth, R. (2011). How do socio-demographic and clinical factors interact with adherence attitude profiles in schizophrenia? A cluster-analytical approach. *Psychiatry Research*, *187*(1), 55-61.

Bell, M. D., Billington, R. J., Becker, B. R. (1985). Scale for the assessment of reality testing: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*(4), 506-511.

Berrios, G. E. (2001). The factors of insanities: J. Hughlings Jackson. Classic Text No. 47. *History of psychiatry*, *12*, 353-373.

Berrios, G. E., Luque, R., Villagrán, J. M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *3*(2), 111-140.

Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*(1), 62-67.

Bleuler, E. (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press.

Bleuler, E., Brill, A.A. (1924). *Textbook of psychiatry.* New York: Macmillan Company.

Błądziński, P., Cechnicki, A., Bogacz, J., Cichocki, Ł. (2014). Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *23*, 134-139.

Bodén, R., Brandt, L., Kieler, H., Andersen, M., Reutfors, J. (2011). Early non-adherence to medication and other risk factors for rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, *133*(1), 36-41.

Bogousslavsky, J., Moulin, T. (2009). From alienism to the birth of modern psychiatry: a neurological story? *European Neurology*, *62*(5), 257-263.

Bottlender, R., Sato, T., Jäger, M., Wegener, U., Wittmann, J., Strauß, A., Möller, H. J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric

admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *62*(1), 37-44.

Bressington, D., Mui, J., Gray, R. (2013). Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: A cross sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*(1), 35-46.

Brown, G. W., Birley, J. L., Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry, 121*(562):241-58.

Buchy, L., Torres, I. J., Liddle, P. F., Woodward, T. S. (2009). Symptomatic determinants of insight in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(6), 578-583.

Campbell RJ. (1996). *Psychiatric dictionary. Seventh edition*. Oxford: Oxford University Press.

Carlsson, A., Lindqvist, M. (1963). Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, *20*(2), 140-144.

Carpenter, W. T., Strauss, J. S., Bartko, J. J. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, *182*(4118), 1275-1278.

Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G., Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *35*(3), 247-253.

Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E. M., Rüsch, N., Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 468-479.

Cechnicki, A. (2009) W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich. Pro memoriam profesor Antoni Kępiński, *Psychoterapia, 3*(150), 43-55.

Cechnicki, A. (2011). Schizofrenia–proces wielowymiarowy. *Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Cechnicki, A. (2014). Społeczny kontekst psychiatrii, czyli jak żyć, leczyć się, mieszkać i pracować w lokalnej wspólnocie. W: de Barbaro B. (red.) *Konteksty psychiatrii. Praca zbiorowa.* Kraków: Wydawnictwo UJ, s. 121-143.

Cechnicki, A, Bielańska, A. (2008) A Community Treatment Programme for People Suffering from Schizophrenia in Krakow. W: Gale J, Realpe A, Pedriali E. (red.) Therapeutic Communities for Psychosis. London: Routledge, s. 171-185.

Cechnicki, A., Cichocki, Ł., Kalisz, A., Błądziński, P., Adamczyk, P., Franczyk-Glita, J. (2014). Duration of untreated psychosis (DUP) and the course of schizophrenia in a 20-year follow-up study. *Psychiatry Research*, *219* (3): 420-425.

Chandra, I. S., Kumar, K. L., Reddy, M. P., Reddy, C. M. P. K. (2014). Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *36*(3), 294.

Chang, G. S., Zhang, R. X., Li, L. (2011). Effect of cognitive therapy with video self-observation intervention on the recovery of insight in schizophrenic patients. *Modern Preventive Medicine*, *6*, 063.

Ciompi, L. (1988). Learning from outcome studies: Toward a comprehensive biological-psychosocial understanding of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *1*(6), 373-384.

Clemens, N. A. (2003). Insight, consciousness, learning, and change. *Journal of Psychiatric Practice®*, *9*(6), 462-464.

Conrad, K. (1958). Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme.

Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A. P., Aasen, I., Kuipers, E., Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *94*(1), 12-22.

Corrigan, P. W., Liberman, R. P., Engel, J. D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, *41*(11), 1203-1211.

Crow, T. J. (1981). Positive and negative schizophrenia symptoms and the role of dopamine. *The British Journal of Psychiatry*, 139, 251-254.

Crow, T. J. (1997). Is schizophrenia the price that< i> Homo sapiens</i> pays for language? *Schizophrenia Research*, *28*(2), 127-141.

Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., O'Callaghan, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(6), 449-455.

Cuesta, M. J., Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *20*(2), 359-366.

Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A. (2000). Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(3), 233-240.

Dąbrowski, K. (1964). *O dezintegracji pozytywnej. Szkic teorii rozwoju psychicznego poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice*. Warszawa: PZWL.

Damasio, A. R. (1999). *Błąd Kartezjusza: emocje, rozum i ludzki mózg*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(10), 921-928.

David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *156*(6), 798-808.

David, A., Van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A., Fahy, T. (1995). Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *The British Journal of Psychiatry*, *167*(5), 621-628.

de Barbaro, B. (2005). Prawda dla chorych czy prawda dialogu? *Diametros*, (4), 103-110.

De Haan, L., Van Amelsvoort, T., Dingemans, P., Linszen, D. (2007). Risk factors for medication non-adherence in patients with first episode schizophrenia and related disorders; a prospective five year follow-up. *Pharmacopsychiatry*, *40*(06), 264-268.

De Hert, M. A. F., Simon, V., Vidovic, D., Franic, T., Wampers, M., Peuskens, J., van Winkel, R. (2009). Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, *24*(8), 507-512.

Dębowska, G., Grzywa, A., Karakuła, H., Urbańska, A. (1998a). Poziom wglądu a czas trwania choroby, liczba hospitalizacji i nasilenie objawów psychopatologii w schizofrenii paranoidalnej. *Badania nad Schizofrenią*; 99–112.

Dębowska, G., Grzywa, A., Kucharska-Pietura, K. (1998b). Insight in paranoid schizophrenia--its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 255-260.

Dixon, M., King, S., Steiger, H. (1998). The contribution of depression and denial towards understanding the unawareness of symptoms in schizophrenic out-patients. *British Journal of Medical Psychology*, *71*(1), 85-97.

Dokument elektroniczny 1: http://sjp.pwn.pl/szukaj/wgl%C4%85d.html [Data dostępu: 20.02.2014]

Dokument elektroniczny 2: http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/insight [Data dostępu: 20.02.2014]

Drake, R. J., Dunn, G., Tarrier, N., Bentall, R. P., Haddock, G., Lewis, S. W. (2007). Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(1), 81-86.

Emsley, R., Chiliza, B., Schoeman, R. (2008). Predictors of long-term outcome in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*(2), 173-177.

Erickson, M., Jaafari, N., Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *189*(2), 161-165.

Eskey, A. (1958). Insight and prognosis. *Journal of Clinical Psychology*, *14*(4), 426-429.

Fonagy, P. (1999). The process of change and the change of processes: What can change in a ‘good’analysis. In *Keynote address to the spring meeting of the Division* (Vol. 39).

Freud, A. (1981). Insight: Its presence and absence as a factor in normal development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 36, 241-250.

Friemann, K., Wciórka, J. (2008). Compliance – przeżytek czy termin użyteczny. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *17*(4), 367-375.

Friemann, K., Wciórka, J. (2009). Dostępne metody badania przestrzegania zaleceń farmakoterapeutycznych w leczeniu psychoz. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *18*(2), 169-181.

Gabbard, G., Horowitz, M. (2009). Insight, transference interpretation, and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(5), 517-521.

Gawęda, Ł., Moritz, S., Kokoszka, A. (2009). Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych. *Psychiatria Polska*, *43*(6), 683-692.

Gharabawi, G. M., Lasser, R. A., Bossie, C. A., Zhu, Y., Amador, X. (2006). Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *International Clinical Psychopharmacology*, *21*(4), 233-240.

Giner, J., Canas, F., Olivares, J. M., Rodriguez, A., Buron, J. A., Rodriguez-Morales, A., Roca, M. (2005). [Treatment adherence in schizophrenia. A comparison between patient's, relative's and psychiatrist's opinions]. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *34*(6), 386-392.

Gottdiener, W. H., Haslam, N. (2002). The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*, *4*(3), 163-187.

Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 245-252.

Griesinger, W. (1862). *Mental pathology and therapeutics*, translated by CL Robertson and J. Rutherford. London: New Sydenham Society.

Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 41(4), 327-335.

Guy, W., Ban, T. A. (1982). *The AMDP-system: Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology.* Springer.

Hamann, J., Mendel, R., Meier, A., Asani, F., Pausch, E., Leucht, S., & Kissling, W. (2011). “How to speak to your psychiatrist”: shared decision-making training for inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *62*(10), 1218-1221.

Hansen, C. F., Torgalsbøen, A. K., Røssberg, J. I., Andreassen, O. A., Bell, M. D., Melle, I. (2012). Object relations and reality testing in schizophrenia, bipolar disorders, and

healthy controls: differences in profiles and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(8), 1200-1207.

Harris, M. G., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Purcell, R., Schwartz, O. S., Farrelly, S. E., Prosser A. L., Jackson H. J., McGorry P. D. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*, *79*(1), 85-93.

Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(3), 723-734.

Haynes, R. B., Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Maryland: Johns Hopkins University Press.

Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *3*(4), 200-218.

Hogan, T. P., Awad, A. G., Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, *13*(01), 177-183.

Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., Sartorius, N. (2007). Recovery from Schizophrenia: An International Perspective. A Report from the WHO Collaborate Project, The International Study of Schizophrenia.

Hudson, T. J., Owen, R. R., Thrush, C. R., Han, X., Pyne, J. M., Thapa, P., Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(2), 211-216.

Jacob, K. S. (2010). The assessment of insight across cultures. *Indian Journal of Psychiatry*, *52*(4), 373-377.

Jacob, K. S. (2014). Insight in psychosis: An independent predictor of outcome or an explanatory model of illness? *Asian Journal of Psychiatry*, *11*, 65-71.

Janssen, B., Gaebel, W., Haerter, M., Komaharadi, F., Lindel, B., Weinmann, S. (2006). Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology*, *187*(2), 229-236.

Janusz, B., Bobrzyński, J., Furgał, M., de Barbaro, B., Gdowska, K. (2010). O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatria Polska*, *44*, 5-11.

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*, trans.. J. Hoenig and M.W. Hamilton, Manchester: Manchester University.

Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, O., Sjaastad. M.C., Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(3), 438.

Johnson, A. K., Barnacz, A., Yokkaichi, T., Rubio, J., Racioppi, C., Shackelford, T. K., Fisher, M.L., Keenan, J. P. (2005). Me, myself, and lie: The role of self-awareness in deception. *Personality and individual differences*, *38*(8), 1847-1853.

Johnson, S., Sathyaseelan, M., Charles, H., Jeyaseelan, V., Jacob, K. (2012). Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: a prospective 5-year cohort study. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 159. doi:10.1186/1471-244X-12-159

Jones, M. (1953). *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.

Jónsdóttir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A. B., Simonsen, C., Engh, J. A., Ringen, P. A., Vaskinn, A, Friis, S, Sundet, K.,Andreassen, O. A. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(1), 23-33.

Jørgensen, P. (1995). Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *92*(6), 436-440.

Kacperska, D., Murawiec, S. (2011). Zespół zaburzonego uwydatniania znaczeń – nowa propozycja podziału zaburzeń psychotycznych. „Salience Syndrome"- Proposal of rename diagnostic categories of psychotic disorders. *Psychiatria i Psychoterapia*, *7*(1), 21-30.

Kamali, M., Kelly, B. D., Clarke, M., Browne, S., Gervin, M., Kinsella, A., Lane, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2006). A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *European Psychiatry*, *21*(1), 29-33.

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 13-23.

Karow, A., Pajonk, F. G., Reimer, J., Hirdes, F., Osterwald, C., Naber, D., Moritz, S. (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self-and expert-rated insight and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *258*(3), 152-159.

Kemp, R. A., Lambert, T. J. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, *18*(1), 21-28.

Kendell, R. E., Cooper, J. E., Gourlay, A. J., Copeland, J. R. M., Sharpe, L., Gurland, B. J. (1971). Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, *25*(2), 123-130.

Kępiński, A. (1992). *Schizofrenia*, wyd. I (V)., Warszawa: Sagittarius.

Kępiński, A. (2009). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Kępiński, A. (2002). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A., Tandon, R. (2011). Schizophrenia,"Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophrenia Research*, *127*(1), 3-13.

Keshavan, M. S., Tandon, R., Nasrallah, H. A. (2013). Renaming schizophrenia: keeping up with the facts. *Schizophrenia Research*, *148*(1-3), 1-2.

Kokoszka, A., Telichowska-Leśna, A., Radzio, R. (2008). Kwestionariusz wglądu w schizofrenię—„Moje myśli i odczucia". *Psychiatria Polska*, *42*, 491-502.

Korzeniowski, L. (1986). Pużyński S. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii.* Warszawa: PZWL, s. 144.

Kraepelin, E. (1987). *Memoirs*, edited by H. Hippius, G. Peters and D. Ploog.

Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(10), 892-909.

Laing, R. D. (2004). *Podzielone „ja"*, Poznań: Rebis, s. 26.

Lang, K., Meyers, J., Korn, J., Lee, S., Sikirica, M., Crivera, C., Dirani R. Menzin, J. (2010). Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Psychiatric Services*, *61*(12), 1239-1247.

Leucht, S., Heres,S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 5, 3-8.

Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, *14*(4), 332-348.

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., Richard S.E. Keefe, Sonia M. Davis, Clarence E. Davis, Barry D. Lebowitz, Joanne Severe, M.S., Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, *353*(12), 1209-1223.

Lincoln, T. M., Lüllmann, E., Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(6), 1324-1342.

Linden, M., Godemann, F., Gaebel, W., Köpke, W., Müller, P., Müller-Spahn, F., Pietzker A., Tegeler, J. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophrenia Bulletin*, *27*(4), 585-596.

Lindenmayer, J. P., Liu-Seifert, H., Kulkarni, P. M., Kinon, B. J., Stauffer, V., Edwards, S. E., Chen, L., Adams, DH., Ascher-Svanum, H., Buckley, PF, Citrome, L, Volavka, J. (2009). Medication nonadherence and treatment outcome in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder with suboptimal prior response. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(7), 990-996.

Linszen, D., Dingemans, P., Lenior, M. (2001). Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia Research, 51*(1), 55-61.

Liu-Seifert, H., Osuntokun, O. O., Feldman, P. D. (2012). Factors associated with adherence to treatment with olanzapine and other atypical antipsychotic medications in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 53*(1), 107-115.

Löffler, W., Kilian, R., Toumi, M., Angermeyer, M. C. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry, 36*(03), 105-112.

Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Ventura, J. (1986). Manual for the expanded brief psychiatric rating scale. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 594-602.

Mahoney, J. S., Palyo, N., Napier, G., Giordano, J. (2009). The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(6), 423-429.

Markova, I. S., Berrios, G. E. (1992). The meaning of insight in clinical psychiatry. *The British Journal of Psychiatry, 160*(6), 850-860.

Marneros, A. (1995). Langzeitverlauf der schizophrenen Psychosen. *Was ist Schizophrenie*, 107-116.

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 975-983.

McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, Rössler, F.W., Salize, HJ., Svensson B., Torres-Gonzales, van den Brink, B., Wiersma, D., Priebe, S. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One, 7*(4), e36080. doi:10.1371/journal.pone.0036080

McCann, T. V., Clark, E., Lu, S. (2009). Subjective side effects of antipsychotics and medication adherence in people with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing, 65*(3), 534-543.

McEvoy, J. P., Aland, J., Wilson, W. H., Guy, W., Hawkins, L. (1981). Measuring chronic schizophrenic patients' attitudes toward their illness and treatment. *Psychiatric Services, 32*(12), 856-858.

McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., ... & Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of nervous and mental disease, 177*(1), 43-47.

McEvoy, J. P., Johnson, J., Perkins, D., Lieberman, J. A., Hamer, R. M., Keefe, R. S., Tohen, M., Glick, I.D., Sharma, T. (2006). Insight in first-episode psychosis. *Psychological Medicine, 36*(10), 1385-1393.

McGlashan, T. H. (1988). A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 14*(4), 515-542.

McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, *46*(7), 899-907.

McGlashan, T. H., Carpenter, W. T. (1976). Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *33*(2), 231-239.

McKay, R., Langdon, R., Coltheart, M. (2005). "Sleights of mind": Delusions, defences, and self-deception. *Cognitive Neuropsychiatry*, *10*(4), 305-326.

Messer, S. B. (2013). Three mechanisms of change in psychodynamic therapy: Insight, affect, and alliance. *Psychotherapy*, *50*(3), 408-412.

Meyer-Gross, W. (1920). Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, *60*, 160-212.

Mintz, A. R., Addington, J., Addington, D. (2004). Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, *67*(2), 213-217.

Mintz, A. R., Dobson, K. S., Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *61*(1), 75-88.

Mintz, D., Belnap, B. (2006). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *34*(4), 581-601.

Mishara, A. L. (2010). Klaus Conrad (1905–1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 9-13.

Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., Lieberman, J. A. (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 336-346.

Morisky, D. E., Green, L. W., Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, *24*(1), 67-74.

Moro, L., Avdibegović, E., Moro, I. N. (2012). Insight in psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, *24*(3), 354-360.

Moskowitz, A., Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(3), 471-479.

Mueser, K. T., Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?. *Psychological Medicine*, *20*(02), 253-262.

Murawiec, S. (2004). Lek jako obiekt relacji-opis przypadku. *Psychiatria Polska 38*(4), 707-717.

Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W., Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research, 176*(2), 109-113.

Ouzir, M., Azorin, J. M., Adida, M., Boussaoud, D., Battas, O. (2012). Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(3), 167-179.

Panish, J., Karve, S., Candrilli, S. D., Dirani, R. (2013). Association between adherence to and persistence with atypical antipsychotics and psychiatric relapse among US Medicaid-enrolled patients with schizophrenia. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research, 4*(1), 29-39.

Parellada, M., Boada, L., Fraguas, D., Reig, S., Castro-Fornieles, J., Moreno, D., Gonzalez-Pinto, A, Otero, S., Rapado-Castro, M, Graell M, Baeza I, Arango, C. (2010). Trait and state attributes of insight In first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 38-51.

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1785-1804.

Perkins, D. O., Johnson, J. L., Hamer, R. M., Zipursky, R. B., Keefe, R. S., Centorrhino, F., Green AI, Glick IB, Kahn RS, Sharma T, Tohen M, McEvoy JP, Weiden PJ, Lieberman, J. A. (2006). Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophrenia Research, 83*(1), 53-63.

Perkins, R., Moodley, P. (1993). The arrogance of insight? *Psychiatric Bulletin*, *17*(4), 233-234.

Perzyńska-Starkiewicz, A., Perzyński, J. (2012). O istocie choroby piętrowo-dyssolucyjnej. *Current Problems of Psychiatry*, *13*(2), 69-72.

Pijnenborg, G. H. M., Van der Gaag, M., Bockting, C. L., Van der Meer, L., Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, *11*(1), 161. doi: 10.1186/1471-2448-11-161.

Prigatano, G. P. (2010). *The study of anosognosia*. Oxford University Press.

Read, J., Mosher, L. R., Bentall, R. P. (2004). Schizophrenia'is not an illness.*Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*, Howe: Brunner Routledge, 3-7.

Richfield, J. (1954). An analysis of the concept of insight. *The Psychoanalytic Quarterly*, *23*(3):390-408.

Robertson, G. M. (1923). The discovery of general paralysis. *The British Journal of Psychiatry, 69*(284), NP-24.

Rostworowska, M. (1999a). Koncepcja Wskaźnika Ujawniania Uczuć, [w:] B. de Barbaro (red.). *Schizofrenia w rodzinie* , Kraków: Wydawnictwo UJ, 51-67.

Rostworowska M. (1999b). Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodzin mierzonego wskaźnikiem ujawnianych uczuć. Praca doktorska. Kraków.

Rostworowska, M., Barbaro, B., Cechnicki, A. (1987). The influence of expressed emotion on the course of schizophrenia: a Polish replication. In *Poster presented at the 17th Congress of the European Association for Behaviour Therapy, Amsterdam*, 26-29.

Rybakowski, J., Wciórka, J. (2010). *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.

Rzewuska, M. (2002). Drug maintenance treatment compliance and its correlation with the clinical picture and course of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *26*(4), 811-814.

Saeedi, H., Addington, J., Addington, D. (2007). The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: a 3-year follow-up. *Schizophrenia Research*, *89*(1), 123-128.

Sapara, A., Cooke, M., Fannon, D., Francis, A., Buchanan, R. W., Anilkumar, A. P., Barkataki I, Aasen I, Kuipers E., Kumari, V. (2007). Prefrontal cortex and insight in schizophrenia: a volumetric MRI study. *Schizophrenia Research*, *89*(1), 22-34.

Saravanan, B., Jacob, K. S., Johnson, S., Prince, M., Bhugra, D., David, A. S. (2007). Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 243-247.

Schwartz, R. C. (1998). Insight and illness in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(5), 249-254.

Schwartz, R. C. (2000). Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(4), 235-237.

Schwartz, R. C., Cohen, B. N., Grubaugh, A. (1997). Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*, *38*(5), 283-288.

Schwartz-Stav, O., Apter, A., Zalsman, G. (2006). Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*(6), 352-359.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, *3*(3), 192-204.

Shad, M. U., Muddasani, S., Keshavan, M. S. (2006a). Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia-a pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *146*(1), 35-42.

Shad, M. U., Tamminga, C. A., Cullum, M., Haas, G. L., Keshavan, M. S. (2006b). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Research*, *86*(1), 54-70.

Shao, W. C., Chen, H., Chang, Y. F., Lin, W. C., Lin, E. C. (2013). [The Relationship Between Medication Adherence and Rehospitalization: A Prospective Study of Schizophrenia Patients Discharged From Psychiatric Acute Wards. *Hu li za zhi The Journal of Nursing*, *60*(5), 31-40.

Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I., Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia. *Psychology Medicine Monograph, 16*.

Sim, K., Chua, T. H., Chan, Y. H., Mahendran, R., Chong, S. A. (2006). Psychiatric comorbidity in first episode schizophrenia: a 2 year, longitudinal outcome study. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(7), 656-663.

Sommer, I., Ramsey, N., Kahn, R., Aleman, A., Bouma, A. (2001). Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(4), 344-351.

Soskis, D. A., Bowers, M. B. (1969). The schizophrenic experience: A follow-up study of attitude and posthospital adjustment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *149*(6), 443-449.

Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, *115*(2), 363-369.

Staring, A. B., van der Gaag, M., Duivenvoorden, H. J., Weiden, P. J., Mulder, C. L. (2011). Why do patients with schizophrenia who have poor insight still take antipsychotics? Memory deficits as moderators between adherence belief and behavior. *Journal of Psychiatric Practice®*, *17*(5), 320-329.

Stefanopoulou, E., Lafuente, A. R., Fonseca, J. A. S., Huxley, A. (2009). Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *80*(3), 155-165.

Strauss, J. (2011). Subjectivity and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin, 37*(1), 8-13.

Strauss, J. (2013). Reconceptualizing schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, doi:10.1093/schbul/sbt156.

Szasz, T. (1988). *Schizophrenia: The sacred symbol of psychiatry*. Syracuse: University Press.

Tandon, R., Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia,"just the facts": What we know in 2008: Part 1: Overview. *Schizophrenia Research*, *100*(1), 4-19.

Tandon, R., Nasrallah, H. A., Keshavan, M. S. (2011). "Just the facts": Meandering in schizophrenia's many forests. *Schizophrenia Research*, *128*(1), 5-6.

Tarrier, N., Haddock, G., Barrowclough, C., Wykes, T. (2002). Are all psychological treatments for psychosis equal? The need for CBT in the treatment of psychosis and not

for psychodynamic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*(4), 365-374.

Taylor, M. A., Shorter, E., Vaidya, N. A., Fink, M. (2010). The failure of the schizophrenia concept and the argument for its replacement by hebephrenia: applying the medical model for disease recognition. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(3), 173-183.

Thara, R. (2004). Twenty-year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study. *Canadian Journal of Psychiatry, 49(8),* 564-569.

Topolinski, S., Reber, R. (2010). Gaining insight into the "Aha" experience. *Current Directions in Psychological Science, 19*(6), 402-405.

Towle, A., Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ: British Medical Journal, 319*(7212), 766-771.

Tranulis, C., Corin, E., Kirmayer, L. J. (2008). Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *International Journal of Social Psychiatry, 54*(3), 225-241.

Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., Chung, R. C. K. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research, 180*(1), 10-15.

Valenstein, M., Blow, F. C., Copeland, L. A., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., Gillon, L., Bingham, CR., Stavenger, T. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophrenia Bulletin, 30*(2), 255-264.

Valenstein, M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Myra, K. H., Lee, T. A., Blow, F. C. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 67*(10), 1542-1550.

Van Os, J. (2009). 'Salience syndrome 'replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence based entry into the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(5), 363-372.

Vaughn, C. E., Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry, 129*(2), 125-137.

Von Hippel, W., Trivers, R. (2011). The evolution and psychology of self-deception. *Behavioral and Brain Sciences, 34*(01), 1-16.

Washburn, S., Conrad, M. (1979). Organization of the therapeutic milieu in the partial hospital. In *Partial Hospitalization*, New York: Springer, 47-70.

Watt, D. C., Katz, K., Shepherd, M. (1983). The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychological Medicine, 13*(03), 663-670.

Wciórka, J. (Ed.). (1998). *Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Weiden, P. J. (2006). Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 14-19.

Weiden, P. J., Kozma, C., Grogg, A., Locklear, J. (2004). Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *55*(8), 886-891.

Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *44*(7), 660-669.

Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, *24*(1), 75-85.

Wiffen, B. D., Rabinowitz, J., Lex, A., David, A. S. (2010). Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *122*(1), 94-103.

Wing, J. K., Cooper, J. E., Sartorius, N. (1974). *Present state examination*. Medical Research Council.

Wyatt, R. J., Henter, I. (2001). Rationale for the study of early intervention. *Schizophrenia Research*, 51(1), 69-76.

Yang, J., Ko, Y. H., Paik, J. W., Lee, M. S., Han, C., Joe, S. H., Jung, I.K., Jung, H.G., Kim, S. H. (2012). Symptom severity and attitudes toward medication: impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *134*(2), 226-231.

Yen, C.F., Chen, C.S., Ko, C.H., Yeh, M.L., Yang, S.J., Yen, J.Y., Wu, C.C. (2005). Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(4), 403-409.

Zubin, J., Magaziner, J., Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, *13*(03), 551-571.

Spis tabel, rysunków i wykresów

Tabela 2.1. Zróżnicowanie badań nad wglądem w schizofrenii ... 46
Tabela 2.1. cd. Zróżnicowanie badań nad wglądem w schizofrenii ... 47
Tabela 2.2. Związek wglądu z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia w literaturze – badania wczesne 48
Tabela 2.3. Związek współpracy w leczeniu farmakologicznym z czynnikami rokowniczymi i wynikami leczenia w literaturze – badania krótko- i średnioterminowe ... 58
Ryc. 4.1. Kontekst terapeutyczny badania (za Cechnicki [2014]). ... 68
Ryc. 4.2. Model badawczy w badaniu własnym. ... 70
Tabela 4.1. Opis grupy – predyktory demograficzne ... 75
Tabela 4.2. Opis grupy – osobowość przedchorobowa ... 75
Tabela 4.3. Opis grupy – predykatory rodzinne ... 75
Tabela 4.4. Opis grupy – predyktory społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej ... 76
Tabela 4.5. Opis grupy – przedchorobowe obciążenie ... 77
Tabela 4.6. Opis grupy – predyktory związane z pierwszym „epizodem" ... 77
Tabela 4.7. Opis grupy – predyktory dotyczące I-szej hospitalizacji ... 78
Tabela 4.8 Skala wglądu ... 80
Tabela 4.9. Item no. 104 skali PSE (tłum. własne za David i wsp., 1995) ... 81
Tabela 4.10. Skala oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularność farmakoterapii) – ocena w wywiadzie katamnestycznym. ... 82
Tabela 5.1. Zastosowany w analizach podział badanej grupy w zależności od poziomu wglądu po siedmiu latach leczenia ... 86
Tabela 5.2. Poziom wglądu po siedmiu, dwunastu i dwudziestu latach leczenia. ... 87
Tabela 5.3. Stabilność „pełnego wglądu" pacjenta ... 88
Wykres 5.1. Charakterystyka kontaktów społecznych przedchorobowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach. ... 89
Wykres 5.2. Rozkład wykształcenia w początkowym okresie badania w podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach. ... 90
Wykres 5.3. Natężenie przedchorobowych kontaktów społecznych przed I-szą hospitalizacją w badanych podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach. ... 91
Wykres 5.4. Przedchorobowe kontakty seksualne na początku badania w podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.. ... 91
Wykres 5.5. Średnie ogólne natężenie objawów wg BPRS-LA (wynik sumaryczny) na początku badania w podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach. ... 92
Tabela 5.5. Zastosowany w analizach podział dychotomiczny współpracy w leczeniu farmakologicznym po siedmiu latach leczenia ... 94
Tabela 5.6. Dynamika współpracy w leczeniu farmakologicznym ... 94
Tabela 5.7. Stabilność „pełnej współpracy" w leczeniu farmakologicznym. ... 95
Wykres 5.6. Rozkład wykształcenia na początku badania w podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy ocenianą po 7 latach.. ... 96
Wykres 5.7 Średnie nasilenie objawów negatywnych wg BPRS-LA na początku badania (w czasie I hospitalizacji) w podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy ocenianą po 7 latach.. ... 96
Tabela 5.8. Związki współpracy w leczeniu farmakologicznym (podział dychotomiczny) z demograficzno-społecznymi i klinicznymi czynnikami rokowniczymi na przestrzeni wielu lat chorowania. ... 97
Wykres 5.8. Poziom współpracy w farmakoterapii w badanych podgrupach o pełnym i niepełnym wglądzie. Wgląd i współpraca w leczeniu oceniane po 7 latach.. ... 98
Wykres 5.9. Dychotomiczny podział poziomu współpracy w farmakoterapii w badanych w podgrupach o pełnym i niepełnym wglądzie po 7 latach leczenia. ... 99
Wykres 5.10. Poziom ogólnego funkcjonowania (w skali GAF) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach. ... 100
Tabela 5.9. Funkcjonowanie ogólne (GAF) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach. ... 101
Wykres 5.11. Bardzo dobry przebieg choroby oceniany wg skali Watta i Shepherda w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach ... 101
Wykres 5.12. Zły przebieg choroby oceniany wg skali Watta i Shepherda w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach. ... 102

Wykres 5.13 Czas rehospitalizacji (w tygodniach) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełnym i niepełnym wglądem ocenionym po 7 latach. 102
Tabela 5.10a. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 103
Tabela 5.10b. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 103
Tabela 5.10c. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 104
Wykres 5.14. Wyniki w skali GAF w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach.. 105
Tabela 5.11a. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 105
Tabela 5.11b. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 106
Tabela 5.11c. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 107
Wykres 5.15 Nasilenie syndromu negatywnego (BPRS negatywny) w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z wglądem psychodynamicznym i bez wglądu psychodynamicznego ocenionym po 7 latach. 108
Tabela 5.12. Dwa typy zdrowiena w poszczególnych punktach pomiarowych w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy ocenionym po 7 latach 109
Wykres 5.16. Liczba rehospitalizacji w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym w poszczególnych okresach pomiarowych. 109
Wykres 5.17. Czas rehospitalizacji (w tygodniach) w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym w poszczególnych okresach pomiarowych. 110
Wykres 5.18. Liczba nawrotów w badanych podgrupach z pełną współpracą i brakiem współpracy w leczeniu farmakologicznym w poszczególnych okresach pomiarowych. 111
Tabela 5.13a. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 111
Tabela 5.13b. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 112
Tabela 5.13c. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 112
Tabela 5.14. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ze zdrowieniem w kolejnych punktach pomiarowych. 114
Tabela 5.15. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z przebiegiem choroby wg Watta i Shepherda w kolejnych punktach pomiarowych. 114
Tabela 5.16. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z funkcjonowaniem społecznym wg DSM III w kolejnych punktach pomiarowych 115
Tabela 5.17. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z liczbą nawrotów w kolejnych punktach pomiarowych. 115
Tabela 5.18. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z liczbą rehospitalizacji w kolejnych punktach pomiarowych 116
Tabela 5.19. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu z czasem rehospitalizacji w kolejnych punktach pomiarowych. 116
Tabela 5.20. Hipotezy i stopień ich potwierdzenia 117

Spis tabel zawartych w aneksie

Tabela1. Wyniki surowe dla wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) w badanej grupie 161
Tabela 2. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełnym i niepełnym wglądem. 1622
Tabela 3. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z wglądem psychodynamicznym i brakiem wglądu psychodynamicznego. 1655
Tabela 4. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym i brakiem współpracy. 16868
Tabela 5. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 1711
Tabela 6. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym ze zdrowieniem w odległych pomiarach 1722

Tabela 7. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 1733
Tabela 8. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. 1755
Tabela 9. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i jej braku w podziale międzygrupowym z obecnością dobrego funkcjonowania społecznego (w skali GAF powyżej 60 i powyżej 70). 17777
Tabela 10. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla ogólnego nasilenia psychopatologii (BPRS sumaryczny). 17777
Tabela 11. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla ogólnego nasilenia objawów negatywnych (BPRS negatywny). 17777
Tabela 12. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla ogólnego nasilenia objawów pozytywnych (BPRS pozytywny). 17878
Tabela 13. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla ogólnego funkcjonowania (GAF).. 17878
Tabela 14. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z funkcjonowaniem ogólnym w kolejnych punktach pomiarowych. 17878
Tabela15. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z ogólnym nasileniem psychopatologii w kolejnych punktach pomiarowych. 17979
Tabela 16. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z nasileniem objawów pozytywnych w kolejnych punktach pomiarowych. 17979
Tabela 17. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z nasileniem objawów negatywnych w kolejnych punktach pomiarowych. 179
Tabela 18. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z nasileniem objawów depresyjnych w kolejnych punktach pomiarowych. 1800
Tabela 19. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z kontaktami społecznymi w kolejnych punktach pomiarowych. 1800
Tabela 20. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z pracą w kolejnych punktach pomiarowych. 1811
Tabela 21. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania ze stanem cywilnym w kolejnych punktach pomiarowych. 1811
Tabela 22. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania ze zdrowieniem typ A w kolejnych punktach pomiarowych. 1811
Tabela 23. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z dobrym wynikiem ogólnego funkcjonowania powyżej 60 pkt w skali GAF w kolejnych punktach pomiarowych. 1822
Tabela 24. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z dobrym wynikiem ogólnego funkcjonowania powyżej 70 pkt w skali GAF w kolejnych punktach pomiarowych. 1822

Aneks

LEGENDA KARTY KATAMNESTYCZNEJ W KATAMNEZIE DWUDZIESTOLETNIEJ (K-20) za [Cechnicki, 2011]

A. DANE DEMOGRAFICZNE W K 20

1. Numer pacjenta

2. Numer grupy

1 – indywidualny program leczenia (IPL)
2 – środowiskowy program leczenia (ŚPL)

3. Płeć pacjenta

1 – mężczyzna
2 – kobieta

4. Stan cywilny (K-20)

1 – w związku małżeńskim
2 – po rozwodzie
3 – wolny

4a. Z kim mieszka w K20

4b. Wykształcenie w K20

B. PRZEBIEG LECZENIA – UDZIAŁ W PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM PRZEZ OKRES DWUDZIESTU LAT I W KATAMNEZIE DWUDZIESTOLETNIEJ (K20)

B. 1. Terapia indywidualna przez okres dwudziestu lat i w K -20

5. Zawód terapeuty

1 – lekarz
2 – psycholog, pielęgniarka (z konsultacją leków)

6a. Liczba terapeutów przez ostatnie 20 lat

6b. Od kiedy ostatni terapeuta

7. Regularność opieki indywidualnej w K-20

1 – kontakt regularny, zgodny ze wskazaniami i ustaleniami z terapeutą
2 – kontakt nieregularny, sporadyczny, wg uznania pacjenta
3 – kontakt nieregularny, wynikający z pogorszenia stanu pacjenta, z presji rodziny lub interwencji terapeuty
4 – kontakt zerwany przez pacjenta w związku z jego przekonaniem o zbędności leczenia
N – nie dotyczy (kontakt zawieszony w związku ze zgodnym uznaniem przez terapeutę i pacjenta dalszego leczenia za zbędne z uwagi na remisję)

7a. Regularność opieki indywidualnej przez większość okresu dwudziestu lat – ocena j. w.

8. Klimat spotkań oceniany w momencie K-20

1 – w czasie spotkań dochodzi do bliskiej relacji terapeutycznej, pacjent jest otwarty, ma zaufanie do terapeuty, chętnie omawia swoje problemy
2 – spotkania ograniczają się do doraźnych porad, podtrzymania, przepisania leku, pacjent ma zaufanie do terapeuty
3 – pacjent jest zazwyczaj zamknięty, niezbyt ufny, przebieg spotkania zależy głównie od aktywności terapeuty
N – nie dotyczy

B. 2. Leczenie farmakologiczne

9. Leczenie farmakologiczne w momencie K-20
Ocena wysokości dawki ambulatoryjnej przeliczonej w porównaniu do fenactilu 150 mg, 150 mg - 300 mg, powyżej 300mg. Wpisać nazwę i dawkę leku.
1 – bez neuroleptyków
2 – niskie dawki neuroleptyków
3 – średnie dawki neuroleptyków
4 – wysokie dawki neuroleptyków

B. 3. Terapia psychospołeczna

10. W jakiej formie terapii pacjent uczestniczy w chwili K-20
1 – w żadnej
2 – w grupach zajęciowo- treningowych
3 – w grupach psychoterapeutycznych
4 – w obu równocześnie

10a. W jakiej formie terapii pacjent uczestniczył przez dwadzieścia lat
1 – w żadnej
2 – w grupach zajęciowo-treningowych
3 – w grupach psychoterapeutycznych
4 – w obu formach

10b. Jak długo

10c. Czy pacjent jest aktualnie w K-20 w intensywnym programie rehabilitacyjnym - programie WTZ-ów, oddziału rehabilitacji
1 – tak
2 – nie

10d. Czy pacjent był w ciągu 20 lat w programie WTZ-ów, oddziału rehabilitacji
1 – tak
2 – nie

10e. Czy pacjent jest aktualnie w K-20 w hostelu
1 – tak
2 – nie

10f. Czy pacjent był w ciągu 20 lat w hostelu
1 – tak
2 – nie

10g. Czy pacjent jest aktualnie w programie „usług opiekuńczych”
1 – tak
2 – nie

10h. Czy pacjent był w ciągu 20 lat objęty programem „usług opiekuńczych”
1 – tak
2 – nie

10i. Czy pacjent uczestniczył w obozach terapeutycznych w okresie dwudziestu lat
1 – tak
2 – nie

11. Intensywność uczestnictwa w społecznych formach terapii/-ilość form terapii, w których pacjent uczestniczył przez dwadzieścia lat
1 – brak uczestnictwa
2 – pojedyncze formy terapii
3 – ciągły udział w wielu formach

12. Liczba form terapii, w których pacjent uczestniczył przez dwadzieścia lat

13. Regularność uczestniczenia w tych formach leczenia przez dwadzieścia lat
1 – regularne uczestnictwo
2 – nieregularne
3 – zerwane
4 – brak

C. RODZINA
C. 1. Oddziaływania wobec rodziny w okresie dwudziestu lat

14. Terapia rodzin (udział na przestrzeni 20 lat)
1 – brak udziału w terapii rodzin
2 – udział jedynie w grupie edukacyjnej
3 – udział w terapii rodzin
4 – udział w grupie wielorodzinnej

D. WYDARZENIA ŻYCIOWE

15. Szczególne wydarzenia życiowe w ciągu minionych dwudziestu lat (suma wydarzeń w punktach)
1 – śmierć lub ciężka przewlekła choroba bliskiego członka rodziny [160p.]
2 – rozwód pacjenta [140p.]
3 – poważna choroba somatyczna pacjenta [120p.]
4 – zawarcie małżeństwa przez pacjenta [100p.]
5 – urodzenie dziecka [80p.]
6 – podjęcie lub zarzucenie pracy zawodowej przez pacjenta [60p.]
7 – podjęcie, zakończenie lub zarzucenie nauki przez pacjenta [40p.]
8 – zmiana miejsca zamieszkania przez pacjenta [20p.]

16. Siła stresora psychospołecznego w okresie rocznym wstecz względem momentu K-20 wg DSM III, wym. IV. Przy ocenie siły stresora należy brać pod uwagę
sumę zmian w indywidualnym życiu danej osoby, spowodowanych tym stresorem
stopień w jakim to wydarzenie było oczekiwane i pozostawało pod indywidualną kontrolą,
ilość stresów:
1 – brak stresora, stresor psychospołeczny nie stwierdzony
2 – minimalny: np. małe naruszenie prawa
3 – mierny: sprzeczka z sąsiadem, zmiana godzin pracy
4 – średni: zmiana zawodu, ciąża
5 – znaczny: poważna choroba własna lub członka rodziny, poważna strata finansowa, separacja małżeńska
6 – ekstremalny: śmierć bliskiego krewnego, rozwód
7 – katastroficzny: doświadczenie obozu koncentracyjnego, krańcowo wykańczające nieszczęście.

E. SPECYFICZNE CELE LECZENIA („miękie” wyniki leczenia)

17. Motywacja w K20 – ocenie podlega całościowy stosunek pacjenta do leczenia
1 – brak – motywacja tylko deklaratywna lub chęć przerwania leczenia
2 – niska – bierna zgoda na sugestie terapeuty lub rodziny, bierność w formach grupowych lub odrzucenie jednej z form mimo wskazań
3 – średnia akceptacja celów leczenia, pomimo ambiwalencji udział w proponowanych formach leczenia
4 – duża umiejętność formułowania własnych celów leczenia i aktywny udział we wszystkich proponowanych formach

18. Wgląd w K20
1 – brak – bez wglądu w psychozę
2 – niski – częściowy wgląd w psychozę
3 – średni – pełny wgląd w psychozę, bez wglądu w aspekty psychodynamiczne/ bez powiązania z historią życia

4 – duży – wgląd w psychozę oraz częściowy lub wgląd w aspekty psychodynamiczne/ nadawanie sensu przeżyciom w powiązaniu z historią życia

19. Współpraca w zażywaniu leków przez okres dwudziestu lat
1 – pacjent nie zażywa leków po uzgodnieniu z terapeutą
2 – pacjent zażywał leki zgodnie z zaleceniem terapeuty
3 – były okresy, kiedy pacjent przerywał farmakoterapię, bez zgody ze strony terapeuty
4 – cały czas nie współpracuje (bierze leki dowolnie lub przerywa zażywanie leków)

20. Regularność w zażywaniu leków w ciągu minionych dwudziestu lat
1 – pacjent nie wymaga leczenia farmakologicznego (po uzgodnieniu z terapeutą)
2 – pacjent przez cały czas zażywa regularnie leki
3 – pacjent zażywa leki niezbyt regularnie, były okresy kiedy pacjent przerywał farmakoterapię
4 – pacjent zażywa leki tylko w czasie nawrotów
5 – pacjent przerwał farmakoterapię

21. Satysfakcja z leczenia (od 1 do 7) – ocena subiektywna

F. WYNIKI LECZENIA

F. 0. Ogólne wyniki leczenia

22. Skala Ogólnej Oceny/ Funkcjonowania (ang. Global Assessment Scale -GAS, Global Assessment Functioning - GAF.

23. Skala Końcowego Przystosowania Straussa-Carpentera, „ocena ogólna" – średnia czterech skal końcowych (czas hospitalizacji w ostatnim roku, nasilenie objawów w ostatnim miesiącu, użyteczna praca w ostatnim roku, kontakty społeczne w ostatnim roku

23a. Skala Końcowego Przystosowania Straussa-Carpentera, „czas hospitalizacji w ciągu ostatniego roku"
4 – niehospitalizowani
3 – hospitalizowani krócej niż 3 miesiące
2 – hospitalizowani 3-6 miesięcy
1 – hospitalizowani 6-9 miesięcy
0 – hospitalizowani dłużej niż 9 miesięcy

23b. Skala Końcowego Przystosowania Straussa-Carpentera, „kontakty społeczne w ostatnim roku"
4 – ze znajomymi przeciętnie raz w tygodniu
3 – ze znajomymi przeciętnie 2-3 razy w miesiącu
2 – przeciętnie raz w miesiącu
1 – nie spotyka się z nikim, poza biernymi okazjami w pracy, szkole, sąsiedztwie
0 – z nikim, w żadnych okolicznościach

23c. Skala Końcowego Przystosowania Straussa-Carpentera, „użyteczna praca w ostatnim roku"
4 – zatrudniony stale, przez cały rok/ lub wykonuje użyteczną pracę
3 – dłużej niż pół roku, ale nie cały
2 – okresowo lub stale przez około pół roku
1 – krócej niż pół roku
0 – bez użytecznej pracy (zajęcia)

23d. Skala Końcowego Przystosowania Straussa-Carpentera, „nasilenie objawów w ciągu ostatniego miesiąca"
4 – bez objawów
3 – niewielkie przez cały czas lub sporadycznie umiarkowane
2 – umiarkowane przez cały czas
1 – nasilone przez pewien czas lub umiarkowane ciągle
0 – nasilone objawy przez cały czas

23e. KSPS – Krakowska Skala Przebiegu Schizofrenii – ocena ogólna (5 podskal – nawroty i re hospitalizacje

przez okres dwudziestu lat, nasilenie objawów, praca i kontakty społeczne)

UWAGA: trzy kolejne ogólne wyniki leczenia zostały zapisane w punktach 33- przebieg schizofrenii wg Watta i Shepherda , 34a – KSPS – wynik kliniczny, 34b – KSPS –wynik społeczny
BPRS.LA – odrębny zapis

F. 1. Wyniki leczenia w obszarze klinicznym

24. Liczba hospitalizacji stacjonarnych

24a. Liczba rehospitalizacji stacjonarnych przez okres 20 lat

25. Czas trwania hospitalizacji stacjonarnych w tygodniach przez okres 20 lat

25a. Czas rehospitalizacji stacjonarnych w tygodniach przez okres 20 lat

26. Liczba hospitalizacji dziennych

26a. Liczba rehospitalizacji dziennych

27. Czas trwania hospitalizacji dziennych

27a. Czas trwania rehospitalizacji dziennych

28. Globalna liczba hospitalizacji stacjonarnych i dziennych.

28a. Globalna liczba rehospitalizacji stacjonarnych i dziennych

29. Globalny czas hospitalizacji stacjonarnych i dziennych

29a. Globalny czas rehospitalizacji stacjonarnych i dziennych przez okres 20 lat

30. Liczba nawrotów przez okres 20 lat

31. Nawroty
1 – występowały
2 – nie występowały

32. Stan psychopatologiczny pacjenta w momencie K-20 (oceniany w badaniu klinicznym)
Przez „objawy pozytywne" należy rozumieć np. urojenia, omamy - zgodnie ze skalą pozytywną BPRS -P a przez „objawy negatywne" np. objawy wycofania - zgodnie ze skalą negatywną BPRS -N.
1 – bez objawów
2 – z nieznacznie zaznaczonymi objawami negatywnymi
3 – z słabo nasilonymi objawami pozytywnymi
4 – występują zarówno nieznaczne objawy negatywne jak i pozytywne
5 – z wyraźnie zaznaczonymi objawami negatywnymi (chronicznymi)
6 – z nasilonymi objawami pozytywnymi
7 – kombinacja nasilonych objawów negatywnych lub pozytywnych ze współwystępowaniem słabo nasilonych objawów innego typu
8 – silnie zaznaczone objawy negatywne i pozytywne

33. Przebieg choroby z perspektywy minionych dwudziestu lat wg Watta i Shepherda
1 – pełna remisja po jednym epizodzie psychotycznym
2 – po jednym epizodzie psychotycznym dwa lub więcej psychotycznych epizodów z remisją
3 – po jednym epizodzie psychotycznym dwa lub więcej psychotycznych epizodów z niepełna remisją
4 – dwa lub więcej epizodów psychotycznych z narastaniem objawów pomiędzy nawrotami lub ciągła psychoza

34. Nasilenie objawów ubocznych (pozapiramidowych, akatyzji, dyskinez, późnych dyskinez) w K-20.
1 – brak
2 – nieznaczne

3 – nasilone

35a. KSPS – Krakowska Skala Przebiegu Schizofrenii – wymiar kliniczny (nawroty i rehospitalizacje przez okres dwudziestu lat, nasilenie objawów)

F. 3. Wyniki leczenia w obszarze społecznym przez okres dwudziestu lat i w K 20

35b. KSPS – Krakowska Skala Przebiegu Schizofrenii – wymiar społeczny (praca i kontakty społeczne)

F. 3. 1. Wyniki leczenia – sytuacja rodzinna w K20

36. „*Postawa rodziny do pacjenta*" w momencie K-20. Terapeuta indywidualny i rodzinny oceniają na podstawie wszelkich dostępnych źródeł (zaznaczyć postawę dominującą)
1 – pacjent jest traktowany ze spokojną życzliwością
2 – pacjent jest wyręczany, otaczany nadmierną opieką
3 – pacjent jest krytykowany i/lub odrzucany przez członków rodziny
4 – pacjent jest równocześnie otaczany nadmierną opieką i krytykowany
N – nie dotyczy

37. Poziom „brzemienia rodzinnego" w momencie K-20 (np. negatywny wpływ choroby na sytuację ekonomiczną rodziny, rutynę dnia, konieczność spędzenia dodatkowego czasu przy pacjencie) - Terapeuta indywidualny i rodzinny oceniają na podstawie wszelkich dostępnych źródeł
1 – brak
2 – brzemię jest minimalne (niskie)
3 – brzemię jest miernie nasilone (średnie)
1 – brzemię jest znacznie nasilone (wysokie)
N – brak danych, gdyż brak rodziny

38. Adaptacja rodziny do choroby w ciągu minionych dwudziestu lat. Terapeuta indywidualny i rodzinny oceniają na podstawie wszelkich dostępnych źródeł
1 – rodzina zmobilizowała się, dzięki zmianom struktury i funkcji poszczególnych członków, podjęła nowe zadania, nie doszło do dezintegracji czy deterioracji rodziny
2 – w strukturze i funkcjach rodziny nie doszło do negatywnych zmian
3 – zachodzi stopniowa deterioracja, dezintegracja w rodzinie lub wyraźna stagnacja
bezradność, chaos, wzajemna niechęć

39. Wspólnie spędzany czas przez pacjenta i członków jego rodziny w momencie K-20
1 – pacjent z nikim z domowników nie przebywa wspólnie dłużej niż 8 godzin dziennie
2 – pacjent z choćby jednym z domowników przebywa wspólnie dłużej niż 8 godzin dziennie

40. Współmieszkańcy - z kim pacjent mieszka w momencie K-20
1 – pacjent mieszka z rodziną prokreacyjną
2 – pacjent mieszka z rodziną prokreacyjną i generacyjną
3 – pacjent mieszka samotnie lub z osobami spoza rodziny
4 – pacjent mieszka z rodziną generacyjną
5 – pacjent mieszka w Domu Pomocy Społecznej

41a. Współmieszkańcy - zmiana w ciągu minionych dwudziestu lat
1 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 sytuacja
mieszkaniowa pacjenta nie uległa zmianie
2 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 doszło
do postępu w sytuacji mieszkaniowej pacjenta (samodzielność, własna rodzina)
3 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 doszło
do regresu w sytuacji mieszkaniowej pacjenta (DPS)

F. 3. 2. Wyniki leczenia – praca

42. Praca w momencie K-20
1 – pacjent pracuje w pełnym wymiarze godzin, nie korzysta z L-4
2 – pacjent jest zatrudniony, lecz pozostaje na zwolnieniu

3 – pacjent pracuje w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy (dotyczy także osób będących na rencie)
4 – pacjent pozostaje zatrudniony na stanowisku pracy chronionej
5 – pacjent podejmuje okresowo pracę dorywczą
6 – pacjent nie pracuje i nie podejmuje się żadnych płatnych zajęć

43. Praca w ciągu minionych dwudziestu lat
Przez „postęp w statusie zawodowym" należy rozumieć np. przejście z pół etatu na pełny etat, przejście z roli studenta w rolę pracownika (po linii wykształcenia), itp.
Przez „regres" należy rozumieć np. przejście z pełnego etatu na pół etatu
1 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 status zawodowy pacjenta nie uległ zmianie
2 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 doszło do postępu w statusie zawodowym pacjenta
3 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 doszło do regresu w statusie zawodowym pacjenta

44. Renta (renta socjalna)
1 – pobiera rentę
2 – nie pobiera renty

F. 3. 3. Wyniki leczenia – kontakty społeczne

45. Kontakty społeczne przez okres minionych 20 lat – zakres kontaktów
1 – pacjent utrzymuje liczne kontakty towarzyskie poza środowiskiem psychiatrycznym (środowisko psychiatryczne to pacjenci i ex-pacjenci psychiatryczni)
2 – pacjent utrzymuje sporadyczne kontakty towarzyskie, z osobami spoza środowiska psychiatrycznego)
3 – kontakty towarzyskie ograniczają się do środowiska pacjentów
4 – pacjent nie utrzymuje kontaktów z osobami spoza rodziny

46. Kontakty społeczne pacjenta w momencie K-20 – głębokość i satysfakcja
1 – kontakty z osobami spoza rodziny są dla pacjenta subiektywnie ważne, głębokie, satysfakcjonujące
2 – kontakty z osobami spoza rodziny są dla pacjenta na ogół powierzchowne, lecz satysfakcjonujące
3 – kontakty z osobami spoza rodziny na ogół nie przynoszą satysfakcji, są frustrujące lub jest ich niewiele
4 – brak kontaktów poza rodziną

47. Kontakty społeczne pacjenta w ciągu minionych dwudziestu lat
1 – u pacjenta doszło do rozwinięcia społecznych relacji
2 – relacje społeczne pacjenta w zasadzie nie uległy zmianie
3 – relacje społeczne pacjenta uległy nieznacznemu osłabieniu
4 – relacje społeczne pacjenta uległy znacznemu osłabieniu

F. 3. 4. Partner seksualny

48. Partner seksualny pacjenta w momencie K-20
1 – pacjent pozostaje w trwałym związku małżeńskim
2 – pacjent pozostaje w trwałym związku nieformalnym
3 – pacjent pozostaje w okresowych i nietrwałych związkach, zmienia partnerów
4 – brak związków o charakterze seksualnym lub brak współżycia w małżeństwie

49. Partner seksualny pacjenta - zmiana w ciągu minionych dwudziestu lat
1 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 doszło do postępu w związkach seksualnych pacjenta
2 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 związki seksualne pacjenta nie uległy zmianie
3 – między okresem sprzed I hospitalizacji psychiatrycznej a momentem K-20 doszło do regresu w związkach seksualnych pacjenta

Tabela1. Wyniki surowe dla wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) w badanej grupie (n=45)

Nr osoby:	Wgląd			Regularność farmakoterapii		
	Po 7 latach	Po 12 latach	Po 20 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	Po 20 latach
	1 - brak			1 - nie zażywa zgodnie zaleceniem terapeuty		
	2 - niepełny			2 - zażywa regularnie		
	3 - pełny			3 - zażywa nieregularnie		
	4 - psychodynamiczny			4 - zażywa tylko w czasie nawrotów		
				5 - nie zażywa		
1	**2**	**2**	**2**	3	4	2
2	**2**	**2**	**2**	4	**2**	**2**
3	4	3	4	**2**	**2**	**2**
4	**2**	**2**	1	**2**	**2**	**2**
5	**2**	**2**	1	**2**	**2**	**2**
6	**2**	**2**	3	5	1	2
7	4	3	2	4	5	2
8	**4**	**4**	**4**	**2**	**2**	**2**
9	**2**	1	**2**	**2**	**2**	**2**
10	4	3	2	**2**	1	**2**
11	**2**	**2**	**2**	**2**	4	**2**
12	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**2**
13	**2**	**2**	1	4	5	3
14	**3**	**3**	2	**2**	**2**	**2**
15	4	1	3	**4**	**4**	2
16	**2**	**2**	3	**5**	**5**	3
17	3	**4**	**4**	**3**	**3**	2
18	2	3	4	**3**	2	**3**
19	2	**4**	**4**	**2**	**2**	4
20	**2**	3	**2**	2	**1**	**1**
21	**3**	2	**3**	4	**2**	**2**
22	4	3	2	5	2	3
23	**2**	**2**	**2**	**5**	**5**	**5**
24	**3**	2	**3**	**3**	5	**3**
25	**3**	**3**	**3**	**2**	4	**2**
26	3	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
27	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**2**
28	**2**	1	**2**	5	4	3
29	3	**2**	**2**	4	5	2
30	**2**	**2**	1	**4**	**4**	3
31	3	**1**	**1**	4	**2**	**2**
32	1	**3**	**3**	**1**	**1**	**1**
33	2	**3**	**3**	5	3	2
34	**2**	**2**	3	4	**2**	**2**
35	**4**	**4**	**4**	2	**1**	**1**
36	**3**	2	**3**	**1**	3	**1**
37	**3**	**3**	2	**2**	**2**	**2**
38	**4**	**4**	**4**	**1**	2	**1**
39	**4**	**4**	**4**	3	**1**	**1**
40	2	**3**	**3**	4	3	1
41	**4**	**4**	2	2	**1**	**1**
42	**3**	**3**	4	**1**	**1**	**1**
43	3	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
44	**2**	3	**2**	**4**	**4**	2
45	4	**3**	**3**	**2**	**2**	**2**
Stabilność wglądu i regularności farmakoterapii	Między 7-12: 22 (49%)			Między 7-12: 21 (47%)		
		Między 12-20: 21 (47%)			Między 12-20: 23 (51%)	
	Między 7-20: 19 (42%)			Między 7-20: 22 (49%)		
	7-12-20: 11 (24%)			7-12-20: 15 (33%)		

Tabela 2. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełnym i niepełnym wglądem. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Predyktory	Kategorie	Wgląd niepełny po7 l. (n=20)	Wgląd pełny po 7 l. (n=25)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Predyktory demograficzne					
Płeć	Kobiety Mężczyźni	12 (60%) 8 (40%)	15 (60%) 10 (40%)	27 (60%) 18 (40%)	p=1,000
Wiek pacjenta w momencie I- szej hospitalizacji	rozpiętość średnia w latach odch. st.	Od 18 do 43 26,1 6,6	Od 19 do 44 28,1 6,7	Od 18 do 44 27,2 6,7	p=0,329
Stan cywilny - przed I hospitalizacją	zamężna/żonaty rozwiedziona/y stanu wolnego	5 (25%) 0 (0%) 15 (75%)	10 (40%) 0 (0%) 15 (60%)	15 (33%) 0 (0%) 30 (67%)	p=0,289
Wykształcenie w momencie I hospitalizacji	wyższe wyższe nieukończone średnie zasadnicze zawodowe podstawowe	4 (20%) 0 (0%) 9 (45%) 5 (25%) 2 (10%)	7 (28%) 4 (16%) 10 (40%) 4 (16%) 0 (0%)	11 (25%) 4 (9%) 19 (42%) 9 (20%) 2 (4%)	p=0,079
Osobowość przedchorobowa					
Osobowość przedchorobowa	norma zaburzenia osobowości inne niż schizoidalna lub schizotypowa osobowość schizoidalna lub schizotypowa	9 (45%) 1 (5%) 10 (50%)	12 (48%) 7 (28%) 6 (24%)	21 (47%) 8 (18%) 16 (35%)	p=0,066
Predyktory rodzinne					
Wskaźnik ujawnianych uczuć (UU) I hospitalizacja (ang. EE)	wysoki niski	13 (65%) 7 (35%)	21 (84%) 4 (16%)	34 (76%) 11 (24%)	p=0,141
Dziedziczność I stopnia	nie występuje występuje	17 (85%) 3 (15%)	21 (84%) 4 (16%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,927
Dziedziczność II stopnia	nie występuje występuje	15 (75%) 5 (25%)	23 (92%) 2 (8%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,118
Dziedziczenie I i II stopnia	nie występuje występuje	13 (65%) 7 (35%)	20 (80%) 5 (20%)	33 (73%) 12 (27%)	p=0,258

Tabela 2. cd. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełnym i niepełnym wglądem. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Wgląd niepełny po7 l. (n=20)	Wgląd pełny po 7 l. (n=25)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Predyktory społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej					
Funkcjonowanie społeczne przedchorobowe DSM III, wym. V		(n=20)	(n=25)	(n=45)	p=0,091
	najwyższy	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	b. dobry	4 (20%)	4 (16%)	8 (18%)	
	dobry, nieznacznie obniżony	0 (0%)	11 (44%)	11 (24,5%)	
	dostateczny, miernie obniżony	8 (40%)	6 (24%)	14 (31%)	
	słaby	8 (40%)	3 (12%)	11 (24,5%)	
	b. słaby	0 (0%)	1 (4%)	1 (2%)	
	niezwykle obniżony	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a mierzony Skalą Podtrzymania Społecznego Surtees'a		(n=20)	(n=25)	(n=45)	p=0,066
	zakres	3-13	0-11	0-13	
	średnia	7,9	6,1	6,9	
	odch. st.	3,2	2,9	3,1	
Kontakty społeczne przed I hospitalizacją poza rodziną generacyjną	przynajmniej jeden głęboki i satysfakcjonujący	3 (15%)	4 (16%)	7 (16%)	p=0,027
	powierzchowne, satysfakcjonujące liczne	4 (20%)	14 (56%)	18 (40%)	
	powierzchowne, satysfakcjonujące jeden	4 (20%)	5 (20%)	9 (20%)	
	powierzchowny, satysfakcjonujący (próby kontaktu) kontakty	5 (25%)	0 (0%)	5 (11%)	
	niesatysfakcjonujące (próby kontaktu) brak, zerwane (izolacja w rodzinie)	4 (20%)	2 (8%)	6 (13%)	
Praca	w pełnym wymiarze godzin	13 (65%)	16 (64%)	29 (64,5%)	p=0,936
	zwolnienie lub urlop dziekański	5 (25%)	6 (24%)	11 (24,5%)	
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	0 (0%)	1 (4%)	1 (2%)	
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	praca dorywcza	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	brak pracy i płatnych zajęć	2 (10%)	2 (8%)	4 (9%)	
Przystosowanie seksualne przedchorobowe	nie podjął współżycia	12(60%)	12 (48%)	24 (54%)	p=0,341
	podjął, lecz bez trwałego związku	3 (15%)	3 (12%)	6 (13%)	
	podjął i utrzymuje trwały związek	5 (25%)	10 (40%)	15 (33%)	

Tabela 2. cd. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełnym i niepełnym wglądem. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Wgląd niepełny po 7 l. (n=20)	Wgląd pełny po 7 l. (n=25)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Przedchorobowe obciążenie					
Siła stresora społecznego wg DSM III wym.-IV	brak stresora minimalny mierny średni znaczny ekstremalny	5 (25%) 3 (15%) 2 (10%) 8 (40%) 2 (10%) 0 (0%)	3 (12%) 0 (0%) 8 (32%) 9 (36%) 3 (12%) 2 (8%)	8 (18%) 3 (7%) 10 (22%) 17 (38%) 5 (11%) 2 (4%)	p=0,213
Predyktory związane z pierwszym „epizodem”					
Czas między pierwszymi objawami pozytywnymi a I-szą hospitalizacją	rozpiętość średnia w tygodniach odch. st.	2-312 59,7 87,0	1-344 41,8 91,1	1-344 49,7 88,7	p=0,508
Wiek w momencie pojawienia się pierwszych objawów	rozpiętość średnia w latach odch. st.	Od 16 do 39 25,1 6,2	Od 13 do 43 27,3 7,2	Od 13 do 43 26,3 6,8	p=0,268
Hospitalizacja dotyczy „I rzutu choroby”	tak 0. nie	15 (75%) 5 (25%)	23 (92%) 2 (8%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,118
Początek choroby	1. ostry 2. przewlekły	13 (65%) 7 (35%)	18 (72%) 7 (28%)	31 (69%) 14 (31%)	p=0,614
Predyktory dotyczące I-szej hospitalizacji					
Objawy afektywne w czasie I hospitalizacji	suma rang średnia odch. st.	3-7 4,9 1,4	2-8 4,8 1,6	2-8 4,8 1,5	p=0,766
Objawy formalnych zaburzeń myślenia w czasie I hospitalizacji	suma rang średnia odch. st.	1-6 2,5 1,8	1-6 2,5 1,8	1-6 2,5 1,8	p=0,898
Objawy hebefreniczne w czasie I hospitalizacji	0.nie występowały 1.występowały	16 (80%) 4 (20%)	24 (96%) 1 (4%)	40 (89%) 5 (11%)	p=0,090
Objawy katatoniczne w czasie I hospitalizacji	0.nie występowały 1.występowały	16 (80%) 4 (20%)	21 (84%) 4 (16%)	37 (82%) 8 (18%)	p=0,727
BPRS- objawy negatywne przy wypisie po I hospitalizacji	zakres średnia odch. st.	5-16 9,9 3,3	5-16 8,4 3,3	5-16 9,0 3,3	p=0,148
BPRS- suma ogólna przy przyjęciu- I hospitalizacja	zakres średnia odch. st.	35-99 65,1 15,7	37-96 62,2 13,1	35-99 63,5 14,2	p=0,502
BPRS- suma ogólna wypis po I hospitalizacji	zakres średnia odch. st.	24-50 38,6 7,4	28-54 35,2 6,2	24-54 36,7 6,9	p=0,097
Udział w programie leczenia	indywidualny środowiskowy	12 (60%) 8 (40%)	8 (32%) 17 (68%)	20 (44%) 25 (56%)	p=0,060

Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya, testem t-Studenta i testem Chi^2

Tabela 3. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z wglądem psychodynamicznym i brakiem wglądu psychodynamicznego. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Brak wglądu psychodynamicznego po 7 l. (n=34)	Wgląd psychody-namiczny po 7 l. (n=11)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Predyktory demograficzne					
Płeć	Kobiety Mężczyźni	19 (56%) 15 (44%)	8 (73%) 3 (27%)	27 (60%) 18 (40%)	p=0,322
Wiek pacjenta w momencie I- szej hospitalizacji	rozpiętość średnia w latach odch. st.	Od 18 do 43 26,3 6,2	Od 20 do 44 30,0 7,7	Od 18 do 44 27,2 6,7	p=0,110
Stan cywilny - przed I hospitalizacją	zamężna/żonaty rozwiedziona/y stanu wolnego	9 (26,5%) 0 (0%) 25 (73,5%)	6 (54,5%) 0 (0%) 5 (45,5%)	15 (33%) 0 (0%) 30 (67%)	p=0,086
Wykształcenie w momencie I hospitalizacji	wyższe wyższe nieukończone średnie zasadnicze zawodowe podstawowe	6 (18%) 3 (9%) 14 (41%) 9 (26%) 2 (6%)	5 (45,5%) 1 (9%) 5 (45,5%) 0 (0%) 0 (0%)	11 (25%) 4 (9%) 19 (42%) 9 (20%) 2 (4%)	p=0,019
Osobowość przedchorobowa					
Osobowość przedchorobowa	norma zaburzenia osobowości inne niż schizoidalna lub schizotypowa osobowość schizoidalna lub schizotypowa	16 (47%) 5 (15%) 13 (38%)	5 (46%) 3 (27%) 3 (27%)	21 (47%) 8 (18%) 16 (35%)	p=0,599
Predyktory rodzinne					
Wskaźnik ujawnianych uczuć (UU) I hospitalizacja (ang. DUP)	wysoki niski	26 (76,5%) 8 (23,5%)	8 (73%) 3 (27%)	34 (76%) 11 (24%)	p=0,802
Dziedziczność I stopnia	nie występuje występuje	29 (85%) 5 (15%)	9 (82%) 2 (18%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,782
Dziedziczność II stopnia	nie występuje występuje	29 (85%) 5 (15%)	9 (82%) 2 (18%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,782
Dziedziczenie I i II stopnia	nie występuje występuje	25 (73,5%) 9 (26,5%)	8 (73%) 3 (27%)	33 (73%) 12 (27%)	p=0,958

Tabela 3. cd. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z wglądem psychodynamicznym i brakiem wglądu psychodynamicznego. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Brak wglądu psychodynamicznego po 7 l. (n=34)	Wgląd psychody-namiczny po 7 l. (n=11)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Predyktory społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej					
Funkcjonowanie społeczne przedchorobowe DSM III, wym. V		(n=34)	(n=11)	(n=45)	p=0,153
	najwyższy	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	b. dobry	6 (18%)	2 (18%)	8 (18%)	
	dobry, nieznacznie obniżony	6 (18%)	5 (46%)	11 (24,5%)	
	dostateczny, miernie obniżony	11 (32%)	3 (27%)	14 (31%)	
	słaby	10 (29%)	1 (9%)	11 (24,5%)	
	b. słaby	1 (3%)	0 (0%)	1 (2%)	
	niezwykle obniżony	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a mierzony Skalą Podtrzymania Społecznego Surtees'a		(n=34)	(n=11)	(n=45)	p=0,028
	zakres	3-13	0-10	0-13	
	średnia	7,5	5,1	6,9	
	odch. st.	2,9	3,2	3,1	
Kontakty społeczne przed I hospitalizacją poza rodziną generacyjną					p=0,003
	przynajmniej jeden głęboki i satysfakcjonujący	3 (9%)	4 (36%)	7 (16%)	
	powierzchowne, satysfakcjonujące liczne	12 (35%)	6 (55%)	18 (40%)	
	powierzchowne, satysfakcjonujące jeden	8 (23%)	1 (9%)	9 (20%)	
	powierzchowny, satysfakcjonujący (próby kontaktu)				
	kontakty niesatysfakcjonujące (próby kontaktu)	5 (15%)	0 (0%)	5 (11%)	
	brak, zerwane (izolacja w rodzinie)	6 (18%)	0 (0%)	6 (13%)	
Praca					p=0,523
	w pełnym wymiarze godzin	23 (67%)	6 (55%)	29 (64,5%)	
	zwolnienie lub urlop dziekański	7 (21%)	4 (36%)	11 (24,5%)	
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	1 (3%)	0 (0%)	1 (2%)	
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	praca dorywcza	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	brak pracy i płatnych zajęć	3 (9%)	1 (9%)	4 (9%)	
Przystosowanie seksualne przedchorobowe					p=0,048
	nie podjął współżycia	21 (62%)	3 (27%)	24 (54%)	
	podjął, lecz bez trwałego związku	4 (12%)	2 (18%)	6 (13%)	
	podjął i utrzymuje trwały związek	9 (26%)	6 (55%)	15 (33%)	

Tabela 3. cd. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z wglądem psychodynamicznym i brakiem wglądu psychodynamicznego. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Brak wglądu psychodynamicznego po 7 l. (n=34)	Wgląd psychody-namiczny po 7 l. (n=11)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Przedchorobowe obciążenie					
Siła stresora społecznego wg DSM III wym.-IV	brak stresora minimalny mierny średni znaczny ekstremalny	7 (20%) 3 (9%) 6 (18%) 14 (41%) 4 (12%) 0 (0%)	1 (9%) 0 (0%) 4 (37%) 3 (27%) 1 (9%) 2 (18%)	8 (18%) 3 (7%) 10 (22%) 17 (38%) 5 (11%) 2 (4%)	p=0,304
Predyktory związane z pierwszym „epizodem”					
Czas między pierwszymi objawami pozytywnymi a I-szą hospitalizacją	rozpiętość średnia w tygodniach odch. st.	1-344 52,2 86,9	1-334 41,9 98,0	1-344 49,7 88,7	p=0,741
Wiek w momencie pojawienia się pierwszych objawów	rozpiętość średnia w latach odch. st.	Od 16 do 39 25,4 5,9	Od 13 do 43 29,3 8,7	Od 13 do 43 26,3 6,8	p=0,095
Hospitalizacja dotyczy „I rzutu choroby”	tak 0. nie	28 (82%) 6 (18%)	10 (91%) 1 (9%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,496
Początek choroby	1. ostry 2. przewlekły	21 (62%) 13 (38%)	10 (91%) 1 (9%)	31 (69%) 14 (31%)	p=0,070
Predyktory dotyczące I-szej hospitalizacji					
Objawy afektywne w czasie I hospitalizacji	suma rang średnia odch. st.	2-8 5,0 1,5	2-6 4,2 1,4	2-8 4,8 1,5	p=0,114
Objawy formalnych zaburzeń myślenia w czasie I hospitalizacji	suma rang średnia odch. st.	1-6 2,4 1,8	1-6 2,6 1,7	1-6 2,5 1,8	p=0,757
Objawy hebefreniczne w czasie I hospitalizacji	0.nie występowały 1.występowały	29 (85%) 5 (15%)	11 (100%) 0 (0%)	40 (89%) 5 (11%)	p=0,177
Objawy katatoniczne w czasie I hospitalizacji	0.nie występowały 1.występowały	28 (82%) 6 (18%)	9 (82%) 2 (18%)	37 (82%) 8 (18%)	p=0,968
BPRS- objawy negatywne przy wypisie po I hospitalizacji	zakres średnia odch. st.	5-16 9,1 3,5	5-14 8,8 3,0	5-16 9,0 3,3	p=0,798
BPRS- suma ogólna przy przyjęciu- I hospitalizacja	zakres średnia odch. st.	35-99 63,3 13,9	44-96 64,2 15,8	35-99 63,5 14,2	p=0,855
BPRS- suma ogólna wypis po I hospitalizacji	zakres średnia odch. st.	24-54 38,0 7,4	28-38 32,7 3,0	24-54 36,7 6,9	p=0,002
Udział w programie leczenia	indywidualny środowiskowy	15 (44%) 19 (56%)	5 (45,5%) 6 (54,5%)	20 (44%) 25 (56%)	p=0,938

Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya, testem t-Studenta i testem Chi^2

Tabela 4. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym i brakiem współpracy. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania.

Predyktory	Kategorie	Pełna współpraca po 7 l. (n=23)	Brak współpracy po 7 l. (n=22)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Predyktory demograficzne					
Płeć	Kobiety Mężczyźni	16 (70%) 7 (30%)	11 (50%) 11 (50%)	27 (60%) 18 (40%)	p=0,181
Wiek pacjenta w momencie I- szej hospitalizacji	rozpiętość średnia w latach odch. st.	Od 18 do 44 27,4 6,5	Od 19 do 43 27,0 7,0	Od 18 do 44 27,2 6,7	p=0,813
Stan cywilny - przed I hospitalizacją	zamężna/żonaty rozwiedziona/y stanu wolnego	8 (35%) 0 (0%) 15 (65%)	7 (32%) 0 (0%) 15 (68%)	15 (33%) 0 (0%) 30 (67%)	p=0,833
Wykształcenie w momencie I hospitalizacji	wyższe wyższe nieukończone średnie zasadnicze zawodowe podstawowe	7 (30%) 3 (13%) 11 (48%) 2 (9%) 0 (0%)	4 (18%) 1 (5%) 8 (36%) 7 (32%) 2 (9%)	11 (25%) 4 (9%) 19 (42%) 9 (20%) 2 (4%)	p=0,025
Osobowość przedchorobowa					
Osobowość przedchorobowa	norma zaburzenia osobowości inne niż schizoidalna lub schizotypowa osobowość schizoidalna lub schizotypowa	12 (52%) 4 (17%) 7 (31%)	9 (41%) 4 (18%) 9 (41%)	21 (47%) 8 (18%) 16 (35%)	p=0,066
Predyktory rodzinne					
Wskaźnik ujawnianych uczuć (UU) I hospitalizacja (ang. DUP)	wysoki niski	18 (78%) 5 (22%)	16 (73%) 6 (27%)	34 (76%) 11 (24%)	p=0,666
Dziedziczność I stopnia	nie występuje występuje	17 (74%) 6 (26%)	21 (96%) 1 (4%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,046
Dziedziczność II stopnia	nie występuje występuje	19 (83%) 4 (17%)	19 (86%) 3 (14%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,728
Dziedziczenie I i II stopnia	nie występuje występuje	15 (65%) 8 (35%)	18 (82%) 4 (18%)	33 (73%) 12 (27%)	p=0,208

Tabela 4. cd. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym i brakiem współpracy. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Pełna współpraca po 7 l. (n=23)	Brak współpracy po 7 l. (n=22)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Predyktory społeczne dotyczące sytuacji przedchorobowej					
Funkcjonowanie społeczne przedchorobowe DSM III, wym. V		(n=23)	(n=22)	(n=45)	p=0,304
	najwyższy	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	b. dobry	5 (22%)	3 (14%)	8 (18%)	
	dobry, nieznacznie obniżony	8 (35%)	3 (14%)	11 (24,5%)	
	dostateczny, miernie obniżony	4 (17%)	10 (45%)	14 (31%)	
	słaby	5 (22%)	6 (27%)	11 (24,5%)	
	b. słaby	1 (4%)	0 (0%)	1 (2%)	
	niezwykle obniżony	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a mierzony Skalą Podtrzymania Społecznego Surtees'a		(n=23)	(n=22)	(n=45)	p=0,679
	zakres	0-13	0-13	0-13	
	średnia	6,7	7,1	6,9	
	odch. st.	3,0	3,4	3,1	
Kontakty społeczne przed I hospitalizacją poza rodziną generacyjną					p=0,356
	przynajmniej jeden głęboki i satysfakcjonujący	4 (17%)	3 (14%)	7 (16%)	
	powierzchowne, satysfakcjonujące liczne	10 (43%)	8 (36%)	18 (40%)	
	powierzchowne, satysfakcjonujące jeden	5 (22%)	4 (18%)	9 (20%)	
	powierzchowny, satysfakcjonujący (próby kontaktu)				
	kontakty niesatysfakcjonujące (próby kontaktu)	2 (9%)	3 (14%)	5 (11%)	
	brak, zerwane (izolacja w rodzinie)	2 (9%)	4 (18%)	6 (13%)	
Praca					p=0,851
	w pełnym wymiarze godzin	15 (65%)	14 (64%)	29 (64,5%)	
	zwolnienie lub urlop dziekański	6 (26%)	5 (23%)	11 (24,5%)	
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	0 (0%)	1 (4%)	1 (2%)	
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	praca dorywcza	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	brak pracy i płatnych zajęć	2 (9%)	2 (9%)	4 (9%)	
Przystosowanie seksualne przedchorobowe					p=0,570
	nie podjął współżycia	14 (61%)	10 (45%)	24 (54%)	
	podjął, lecz bez trwałego związku	1 (4%)	5 (23%)	6 (13%)	
	podjął i utrzymuje trwały związek	8 (35%)	7 (32%)	15 (33%)	

Tabela 4. cd. Przedchorobowe czynniki rokownicze w grupach z pełną współpracą w leczeniu farmakologicznym i brakiem współpracy. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania

Predyktory	Kategorie	Pełna współpraca po 7 l. (n=23)	Brak współpracy po 7 l. (n=22)	Ogółem (n=45)	Poziom p różnic międzygrupowych
Przedchorobowe obciążenie					
Siła stresora społecznego wg DSM III wym.-IV	brak stresora minimalny mierny średni znaczny ekstremalny	3 (13%) 1 (4%) 6 (26%) 7 (31%) 4 (17%) 2 (9%)	5 (23%) 2 (9%) 4 (18%) 10 (45%) 1 (5%) 0 (0%)	8 (18%) 3 (7%) 10 (22%) 17 (38%) 5 (11%) 2 (4%)	p=0,183
Predyktory związane z pierwszym „epizodem”					
Czas między pierwszymi objawami pozytywnymi a I-szą hospitalizacją	rozpiętość średnia w tygodniach odch. st.	1-344 55,5 102,5	2-312 43,7 73,6	1-344 49,7 88,7	p=0,661
Wiek w momencie pojawienia się pierwszych objawów	rozpiętość średnia w latach odch. st.	Od 13 do 43 26,3 7,1	Od 19 do 39 26,3 6,6	Od 13 do 43 26,3 6,8	p=0,971
Hospitalizacja dotyczy „I rzutu choroby”	tak 0. nie	19 (83%) 4 (17%)	19 (86%) 3 (14%)	38 (84%) 7 (16%)	p=0,728
Początek choroby	1. ostry 2. przewlekły	17 (74%) 6 (26%)	14 (64%) 8 (36%)	31 (69%) 14 (31%)	p=0,457
Predyktory dotyczące I-szej hospitalizacji					
Objawy afektywne w czasie I hospitalizacji	suma rang średnia odch. st.	2-8 4,8 1,6	2-7 4,9 1,6	2-8 4,8 1,5	p=0,862
Objawy formalnych zaburzeń myślenia w czasie I hospitalizacji	suma rang średnia odch. st.	1-6 2,6 1,9	1-6 2,4 1,7	1-6 2,5 1,8	p=0,652
Objawy hebefreniczne w czasie I hospitalizacji	0.nie występowały 1.występowały	20 (87%) 3 (13%)	20 (91%) 2 (9%)	40 (89%) 5 (11%)	p=0,673
Objawy katatoniczne w czasie I hospitalizacji	0.nie występowały 1.występowały	20 (87%) 3 (13%)	17 (77%) 5 (23%)	37 (82%) 8 (18%)	p=0,396
BPRS- objawy negatywne przy wypisie po I hospitalizacji	zakres średnia odch. st.	5-15 8,1 2,8	5-16 10,0 3,6	5-16 9,0 3,3	p=0,047
BPRS- suma ogólna przy przyjęciu- I hospitalizacja	zakres średnia odch. st.	42-96 64,5 12,5	35-99 62,5 16,0	35-99 63,5 14,2	p=0,638
BPRS- suma ogólna wypis po I hospitalizacji	zakres średnia odch. st.	24-50 34,1 6,2	29-54 39,4 6,6	24-54 36,7 6,9	p=0,008
Udział w programie leczenia	indywidualny środowiskowy	11 (48%) 12 (52%)	9 (41%) 13 (59%)	20 (44%) 25 (56%)	p=0,641

Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya, testem t-Studenta i testem Chi^2

Tabela 5. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. ***ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru***	**Kategorie**	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)		***ANOVA - efekt główny grupy*** **(n=45)**	
		Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)
GAF *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	30 do 85 50,1 14,7	45 do 85 61,5 11,3	40 do 91 59,4 15,6	32 do 90 67,6 15,1	25 do 95 53,8 20,8	32 do 85 62,4 17,5	54,4	63,9
	Istotność różnic międzygrup.	*p = 0,020*		*n.s.*		*n.s.*		*F(1, 43)=4,80, p=0,034*	
Liczba nawrotów *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 7 2,6 2,0	0 do 8 1,8 2,0	0 do 12 4,3 3,4	0 do 11 2,8 2,9	0 do 25 6,5 6,0	0 do 19 5,0 5,2	4,5	3,2
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Liczba rehospitalizacji stacjonarnych *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 6 2,1 2,0	0 do 8 1,2 1,9	0 do 9 3,2 3,1	0 do 12 1,7 2,6	0 do 13 4,0 3,6	0 do 13 2,2 3,1	3,1	1,7
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,037*		*n.s.*	
Liczba tygodni rehospitalizacji stacjonarnych F(2,86)=7,12, p=0,001	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 57 19,1 18,5	0 do 47 9,2 13,8	0 do 79 28,7 25,8	0 do 65 12,6 18,1	0 do 100 40,1 35,3	0 do 73 15,7 21,1	29,3	12,5
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,021*		*p = 0,001*		*F(1, 43)=6,87, p = 0,012*	
BPRS sumaryczny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	24 do 55 38,1 10,2	24 do 64 29,6 8,3	24 do 66 39,6 11,1	24 do 48 33,1 8,3	24 do 79 46,9 18,1	24 do 59 39,1 11,3	41,5	33,9
	Istotność różnic międzygrup.	*p = 0,015*		*n.s.*		*p = 0,025*		*F(1, 43)=7,84, p = 0,008*	
BPRS pozytywny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 16 8,6 3,2	5 do 24 6,5 3,9	5 do 15 8,4 3,3	5 do 11 6,6 2,0	5 do 21 8,7 5,0	5 do 16 8,7 3,8	8,6	7,3
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		n.s		*n.s.*		*n.s.*	
BPRS negatywny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 17 8,5 3,4	5 do 11 6,4 1,8	5 do 21 9,6 4,9	5 do 14 7,0 3,1	5 do 24 12,0 6,0	5 do 19 8,4 4,0	10,0	7,3
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,033*		*p = 0,004*		*F(1, 43)=7,21, p = 0,010*	
BPRS depresyjny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 22 8,7 4,3	5 do 12 6,8 2,2	5 do 15 8,7 3,1	5 do 17 8,2 3,5	5 do 23 11,0 5,7	5 do 14 8,8 3,6	9,5	7,9
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Funkcjonowanie społeczne DSM III, wym. V *n.s.*	1. najwyższy 2. b. dobry 3. dobry 4. dostateczny 5. słaby 6. b. słaby 7. niezwykle obniż. rozpiętość średnia odch. st.	0 (0%) 2 (10%) 1 (5%) 4 (20%) 10 (50%) 3 (15%) 0 (0%) 2 do 6 4,6 1,1	0 (0%) 0 (0%) 10 (40%) 7 (28%) 6 (24%) 2 (8%) 0 (0%) 3 do 6 4,0 1,0	0 (0%) 3 (15%) 4 (20%) 5 (25%) 4 (20%) 3 (15%) 1 (5%) 2 do 7 4,2 1,5	0 (0%) 3 (12%) 6 (24%) 8 (32%) 5 (20%) 3 (12%) 0 (0%) 2 do 6 4,0 1,2	0 (0%) 2 (10%) 3 (15%) 5 (25%) 7 (35%) 3 (15%) 0 (0%) 2 do 6 4,3 1,2	0 (0%) 3 (12%) 10 (40%) 4 (16%) 6 (24%) 2 (8%) 0 (0%) 2 do 6 3,8 1,2	4,3	3,9
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a *n.s.*	liczebność	n=18	n=22	n=18	n=22	n=18	n=22	n=18	n=22
	rozpiętość średnia odch. st.	1 do 13 6,9 3,3	0 do 14 6,5 3,7	0 do 15 7,3 4,2	0 do 15 7,9 3,8	4 do 13 9,3 3,0	0 do 12 7,7 3,2	7,7	7,2
	Istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	

Tabela 5 cd. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal.	Kategorie	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)	
		Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po7 l. (n=25)	Niepełny wgląd po 7 l. (n=20)	Pełny wgląd po 7 l. (n=25)
Przebieg wg Watta i Sheperda	bardzo dobry	1 (5%)	10 (40%)	2 (10%)	8 (32%)	2 (10%)	5 (20%)
	dobry	2 (10%)	8 (32%)	4 (20%)	7 (28%)	4 (20%)	3 (12%)
	umiarkowany	2 (10%)	1 (4%)	2 (10%)	1 (4%)	3 (15%)	7 (28%)
	zły	15 (75%)	6 (24%)	12 (60%)	9 (36%)	11 (55%)	10 (40%)
	Istot. różnic międzygrup.	*p = 0,001*		*p = 0,048*		*n.s.*	
Kontakty społeczne liczba	liczne	4 (20%)	5 (20%)	5 (25%)	7 (28%)	3 (15%)	5 (20%)
	sporadyczne	6 (30%)	17 (68%)	6 (30%)	10 (40%)	6 (30%)	14 (56%)
	ograniczone do środowiska pacjentów	1 (5%)	0 (0%)	4 (20%)	5 (20%)	2 (10%)	2 (8%)
	brak kontaktów z osobami spoza rodziny	9 (45%)	3 (12%)	5 (25%)	3 (12%)	9 (45%)	4 (16%)
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Praca	w pełnym wymiarze godzin	5 (25%)	7 (28%)	4 (20%)	6 (24%)	3 (15%)	5 (20%)
	zwolnienie lub urlop dziekański	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	3 (12%)	0 (0%)	2 (8%)
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	2 (8%)	0 (0%)	3 (12%)
	praca dorywcza	1 (5%)	3 (12%)	1 (5%)	2 (8%)	0 (0%)	2 (8%)
	brak pracy i płatnych zajęć	14 (70%)	13 (52%)	13 (65%)	12 (48%)	16 (80%)	13 (52%)
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Stan cywilny - przed I hospitalizacją	zamężna/żonaty	9 (45%)	11 (44%)	9 (45%)	11 (44%)	9 (45%)	9 (36%)
	rozwiedziona/y	1 (5%)	2 (8%)	2 (10%)	3 (12%)	2 (10%)	4 (16%)
	stanu wolnego	10 (50%)	12 (48%)	9 (45%)	11 (44%)	9 (45%)	12 (48%)
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Przystosowanie seksualne przedchorobowe	nie podjął współżycia	9 (45%)	12 (48%)	9 (45%)	12 (48%)	11 (55%)	14 (56%)
	podjął, lecz bez trwałego związku	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (5%)	1 (4%)
	podjął i utrzymuje trwały związek	9 (45%)	13 (52%)	11 (55%)	12 (48%)	8 (40%)	10 (40%)
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Współmieszkańcy	Z rodziną prokreacyjną	9 (45%)	13 (52%)	9 (45%)	16 (64%)	8 (40%)	13 (52%)
	Z rodziną prokreacyjną i generacyjną	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (4%)
	Samotnie lub z osobami spoza rodziny	2 (10%)	1 (4%)	3 (15%)	3 (12%)	3 (15%)	6 (24%)
	Z rodziną generacyjną	9 (45%)	11 (44%)	6 (30%)	6 (24%)	7 (35%)	5 (20%)
	Mieszkanie chronione	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	DPS	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Brzemię rodziny	Brak	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Minimialne	6 (30%)	14 (56%)	11 (55%)	16 (64%)	9 (45%)	11 (44%)
	Mierne	10 (50%)	8 (32%)	4 (20%)	4 (16%)	6 (30%)	8 (32%)
	Znaczne	4 (20%)	3 (12%)	4 (20%)	4 (16%)	4 (20%)	5 (20%)
	braki			*1 (5%)*	*1 (4%)*	*1 (5%)*	*1 (4%)*
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Postawa rodziny	Spokojna życzliwość	11 (55%)	11 (44%)	12 (60%)	16 (64%)	14 (70%)	13 (52%)
	Nadmierna opieka	3 (15%)	0 (0%)	3 (15%)	2 (8%)	2 (10%)	2 (8%)
	Nadmierna opieka i krytyka	5 (25%)	4 (16%)	3 (15%)	1 (4%)	3 (15%)	5 (20%)
	rzucenie	1 (5%)	7 (28%)	1 (5%)	5 (20%)	0 (0%)	4 (16%)
	braki		*3 (12%)*	*1 (5%)*	*1 (4%)*	*1 (5%)*	*1 (4%)*
	Istot. różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	

Tabela 6. Związek pełnego i niepełnego wglądu w podziale miedzygrupowym ze zdrowieniem w odległych pomiarach . Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

	Recovery A			Recovery B			
Wgląd po 7 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	Po 20 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	Po 20 latach	N
Niepełny	1 (5%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	4 (20%)	3 (15%)	20
Pełny	5 (20%)	6 (24%)	4 (16%)	8 (32%)	7 (28%)	6 (24%)	25
Istot. Różnic. międzygrupowych.	*n.s.*	*n.s.*	*n.s.*	*0,078*	*n.s.*	*n.s.*	

Tabela 7. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. ***ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru***	**Kategorie**	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)		***ANOVA - efekt główny grupy*** **(n=45)**	
		Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. Po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. Po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. Po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)
GAF *F(2,86)=3,34, p=0,040*	rozpiętość średnia odch. st.	30 do 85 54,4 15,0	52 do 79 62,6 8,1	32 do 91 60,1 15,0	58 do 90 76,1 11,3	25 do 95 54,1 19,5	55 do 85 72,3 11,1	56,2	70,3
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,004*		*p = 0,001*		*F(1, 43)=8,68, p = 0,005*	
Liczba nawrotów *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 8 2,5 2,0	0 do 5 1,3 1,7	0 do 12 3,9 3,2	0 do 9 2,2 3,0	0 do 25 6,1 5,4	0 do 19 4,3 6,2	4,1	2,6
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Liczba rehospitalizacji stacjonarnych *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 6 1,6 1,9	0 do 8 1,5 2,5	0 do 9 2,5 2,7	0 do 12 2,1 3,6	0 do 13 3,1 3,3	0 do 13 2,5 3,9	2,4	2,0
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Liczba tygodni rehospitalizacji stacjonarnych *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 57 14,1 16,7	0 do 47 11,9 17,2	0 do 79 20,9 23,0	0 do 65 16,0 24,0	0 do 100 28,5 31,7	0 do 73 20,5 26,7	21,2	16,1
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
BPRS sumaryczny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	24 do 64 35,6 10,6	24 do 31 26,3 2,0	24 do 66 38,4 10,1	24 do 41 28,6 5,1	24 do 79 46,3 15,2	24 do 43 31,0 5,9	40,1	28,6
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,015*		*p = 0,012*		*p = 0,001*		*F(1, 43)=15,14, p = 0,001*	
BPRS pozytywny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 24 8,1 4,1	5 do 6 5,2 0,4	5 do 15 7,9 2,8	5 do 10 5,8 1,7	5 do 21 9,6 4,6	5 do 10 5,9 1,8	8,5	5,6
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,017*		*n.s.*		*p = 0,003*		*F(1, 43)=10,90, p = 0,002*	
BPRS negatywny *F(2,86)=4,57, p=0,013*	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 17 7,8 3,0	5 do 8 5,8 1,2	5 do 21 9,0 4,4	5 do 9 5,5 1,2	5 do 24 11,4 5,3	5 do 8 5,7 1,0	9,4	5,7
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,010*		*p = 0,001*		*F(1, 43)=10,61, p = 0,002*	
BPRS depresyjny *n.s.*	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 22 8,2 3,7	5 do 9 5,9 1,2	5 do 17 9,0 3,5	5 do 11 6,6 1,9	5 do 23 10,5 5,1	5 do 13 7,6 3,0	9,2	6,7
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,032*		*F(1, 43)=5,69, p = 0,021*	
Funkcjonowanie społeczne DSM III, wym. V *n.s.*	1. najwyższy 2. b. dobry 3. dobry 4. dostateczny 5. słaby 6. b. słaby 7. niezwykle obniż.	0 (0%) 2 (6%) 5 (15%) 7 (20%) 15 (44%) 5 (15%) 0 (0%)	0 (0%) 6 (55%) 4 (36%) 0 (0%) 1 (9%) 0 (0%) 0 (0%)	0 (0%) 3 (9%) 8 (23%) 9 (26%) 7 (21%) 6 (18%) 1 (3%)	0 (0%) 3 (27%) 2 (18%) 4 (37%) 2 (18%) 0 (0%) 0 (0%)	0 (0%) 2 (6%) 7 (21%) 8 (23%) 13 (38%) 4 (12%) 0 (0%)	0 (0%) 3 (27%) 6 (55%) 1 (9%) 0 (0%) 1 (9%) 0 (0%)		
	rozpiętość średnia odch. st.	2 do 6 4,5 1,1	3 do 5 3,5 0,7	2 do 7 4,2 1,3	2 do 5 3,5 1,1	2 do 6 4,3 1,1	2 do 6 3,1 1,1	4,3	3,4
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,023*		*n.s.*		*p = 0,003*		*F(1, 43)=8,02, p = 0,007*	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a *n.s.*	liczebności	n=30	n=10	n=30	n=10	n=30	n=10	n=30	n=10
	rozpiętość średnia odch. st.	1 do 14 7,3 3,2	0 do 10 4,2 3,3	0 do 15 7,9 4,1	0 do 11 6,4 3,5	4 do 13 8,7 3,0	0 do 10 6,9 3,4	8,0	5,8
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,015*		*n.s.*		*n.s.*		*F(1, 38)=4,32 p = 0,044*	

Tabela 7 cd. Związek wglądu psychodynamicznego i braku wglądu psychodynamicznego w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal.	Kategorie	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)	
		Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)	Brak wglądu psych. po 7 l. (n=34)	Wgląd psychodynamiczny po 7 l. (n=11)
Przebieg wg Watta i Sheperda	bardzo dobry	5 (15%)	6 (55%)	4 (12%)	6 (55%)	3 (9%)	4 (37%)
	dobry	6 (17%)	4 (36%)	8 (23%)	3 (27%)	6 (18%)	1 (9%)
	umiarkowany	3 (9%)	0 (0%)	3 (9%)	0 (0%)	7 (20%)	3 (27%)
	zły	20 (59%)	1 (9%)	19 (56%)	2 (18%)	18 (53%)	3 (27%)
	Istotność róznic międzygrupowych	*p = 0,001*		*p = 0,004*		*n.s.*	
Kontakty społeczne ilość	liczne	4 (12%)	5 (46%)	7 (20%)	5 (46%)	4 (12%)	4 (36%)
	sporadyczne	17 (50%)	6 (54%)	11 (32%)	5 (46%)	13 (38%)	7 (64%)
	ograniczone do środowiska pacjentów	1 (3%)	0 (0%)	8 (24%)	1 (8%)	4 (12%)	0 (0%)
	brak kontaktów z osobami spoza rodziny	12 (35%)	0 (0%)	8 (24%)	0 (0%)	13 (38%)	0 (0%)
	Istotność róznic międzygrupowych	*p = 0,003*		*p = 0,019*		*p = 0,003*	
Praca	w pełnym wymiarze godzin	8 (23%)	4 (36%)	7 (20%)	3 (27%)	5 (15%)	3 (27%)
	zwolnienie lub urlop dziekański	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)
	w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	3 (27%)	1 (3%)	1 (9%)
	praca chroniona	0 (0%)	0 (0%)	3 (9%)	1 (9%)	2 (6%)	1 (9%)
	praca dorywcza	3 (9%)	1 (9%)	2 (6%)	1 (9%)	2 (6%)	0 (0%)
	brak pracy i płatnych zajęć	22 (65%)	5 (46%)	22 (65%)	3 (27%)	23 (67%)	6 (55%)
	Istotność róznic międzygrupowych	*n.s.*		*p = 0,050*		*n.s.*	
Stan cywilny	zamężna/żonaty	13 (38%)	7 (64%)	12 (35%)	8 (73%)	12 (35%)	6 (55%)
	rozwiedziona/y	2 (6%)	1 (9%)	4 (12%)	1 (9%)	3 (9%)	3 (27%)
	stanu wolnego	19 (56%)	3 (27%)	18 (53%)	2 (18%)	19 (56%)	2 (18%)
	Istotność róznic międzygrupowych	*n.s.*		*p = 0,029*		*n.s.*	
Przystosowanie seksualne	nie podjął współżycia	18 (53%)	3 (27%)	18 (38%)	3 (27%)	22 (65%)	3 (27%)
	podjął, lecz bez trwałego związku	2 (6%)	0 (0%)	3 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (9%)
	podjął i utrzymuje trwały związek	14 (41%)	8 (73%)	15 (59%)	8 (73%)	11 (32%)	7 (64%)
	Istotność róznic międzygrupowych	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,039*	
Współmieszkańcy	Z rodziną prokreacyjną	14 (41%)	8 (73%)	16 (47%)	9 (82%)	13 (38%)	8 (73%)
	Z rodziną prokreacyjną i generacyjną	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (9%)
	Samotnie lub z osobami spoza rodziny	3 (9%)	0 (0%)	6 (18%)	0 (0%)	7 (21%)	2 (18%)
	Z rodziną generacyjną	17 (50%)	3 (27%)	10 (29%)	2 (18%)	12 (35%)	0 (0%)
	Mieszkanie chronione	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	DPS	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)
	Istotność róznic międzygrupowych	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,014*	
Brzemię rodziny	Brak	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Minimialne	13 (38%)	7 (64%)	19 (56%)	8 (73%)	15 (44%)	5 (46%)
	Mierne	14 (41%)	4 (36%)	7 (20%)	1 (9%)	11 (32%)	3 (27%)
	Znaczne	7 (21%)	0 (0%)	6 (18%)	2 (18%)	6 (18%)	3 (27%)
	braki			*2 (6%)*		*2 (6%)*	
	Istotność róznic międzygrupowych	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Postawa rodziny	Spokojna życzliwość	14 (41%)	8 (73%)	18 (53%)	10 (91%)	20 (59%)	7 (64%)
	Nadmierna opieka	3 (9%)	0 (0%)	5 (15%)	0 (0%)	3 (9%)	1 (9%)
	Nadmierna opieka i krytyka	7 (21%)	2 (18%)	4 (11%)	0 (0%)	6 (17%)	2 (18%)
	rzucenie	7 (21%)	1 (9%)	5 (15%)	1 (9%)	3 (9%)	1 (9%)
	braki	*3 (9%)*		*2 (6%)*		*2 (6%)*	
	Istotność róznic międzygrupowych	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	

Istotność różnic międzygrupowych badana testem U-Manna-Whitneya

Tabela 8. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal. ***ANOVA - efekt interakcji grupy i pomiaru***	**Kategorie**	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)		***ANOVA - efekt główny grupy*** **(n=45)**	
		Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)
GAF n.s.	rozpiętość średnia odch. st.	30 do 85 60,6 15,4	36 do 76 52,0 11,2	41 do 91 67,9 15,4	32 do 90 59,9 15,3	35 do 95 61,6 18,9	25 do 90 55,4 19,7	63,4	55,8
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Liczba nawrotów F(2,86)=3,58, p=0,032	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 8 1,8 2,1	0 do 7 2,6 1,8	0 do 11 2,5 2,9	0 do 12 4,5 3,3	0 do 16 4,1 4,5	0 do 25 7,3 6,2	2,8	4,8
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,020*		*p = 0,001*		*n.s.*	
Liczba rehospitalizacji stacjonarnych F(2,86)=6,21, p=0,003	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 5 1,0 1,7	0 do 8 2,2 2,2	0 do 6 1,3 1,9	0 do 12 3,5 3,4	0 do 7 1,7 2,5	0 do 13 4,3 3,8	1,3	3,4
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,006*		*p = 0,001*		*F(1,43)=7,44, p=0,009*	
Liczba tygodni rehospitalizacji stacjonarnych F(2,86)=5,76, p=0,004	rozpiętość średnia odch. st.	0 do 57 9,8 17,1	0 do 47 17,5 15,5	0 do 79 12,7 22,2	0 do 75 27,1 22,1	0 do 100 16,3 28,1	0 do 99 37,2 29,8	12,9	27,3
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*p = 0,040*		*p = 0,004*		*F(1,43)=4,88, p=0,033*	
BPRS sumaryczny n.s.	rozpiętość średnia odch. st.	24 do 50 29,7 7,8	24 do 64 37,2 10,9	24 do 66 33,7 11,0	24 do 52 38,4 8,6	24 do 76 40,1 14,6	24 do 79 45,1 15,3	34,5	40,2
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,035*		*n.s.*		*n.s.*		*F(1,43)=4,21, p=0,046*	
BPRS pozytywny n.s.	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 12 6,4 2,0	5 do 24 8,5 4,8	5 do 14 7,0 2,6	5 do 15 7,9 2,9	5 do 20 9,0 4,6	5 do 21 8,4 4,2	7,5	8,2
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
BPRS negatywny n.s.	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 17 6,7 3,0	5 do 12 7,9 2,6	5 do 19 7,4 3,9	5 do 21 8,8 4,3	5 do 20 9,0 5,0	5 do 24 11,0 5,4	7,7	9,2
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
BPRS depresyjny n.s.	rozpiętość średnia odch. st.	5 do 13 6,5 2,2	5 do 22 8,8 4,1	5 do 15 7,5 2,9	5 do 17 9,4 3,5	5 do 23 8,7 4,5	5 do 21 11,0 4,9	7,6	9,7
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,041*		*n.s.*		*p = 0,041*		*F(1,43)=5,91, p=0,019*	
Funkcjonowanie społeczne DSM III, wym. V n.s.	1. najwyższy 2. b. dobry 3. dobry 4. dostateczny 5. słaby 6. b. słaby 7. niezwykle obniż. rozpiętość średnia odch. st.	0 (0%) 1 (4%) 7 (30%) 7 (30%) 7 (30%) 1 (4%) 0 (0%) 2 do 6 4,0 1,0	0 (0%) 1 (5%) 4 (18%) 4 (18%) 9 (41%) 4 (18%) 0 (0%) 2 do 6 4,5 1,1	0 (0%) 5 (22%) 6 (26%) 5 (22%) 6 (26%) 1 (4%) 0 (0%) 2 do 6 3,7 1,2	0 (0%) 1 (5%) 4 (18%) 8 (36%) 3 (13%) 5 (23%) 1 (5%) 2 do 7 4,5 1,3	0 (0%) 3 (13%) 7 (30%) 4 (18%) 7 (30%) 2 (9%) 0 (0%) 2 do 6 3,9 1,2	0 (0%) 2 (9%) 6 (27%) 5 (23%) 6 (27%) 3 (14%) 0 (0%) 2 do 6 4,1 1,2	3,9	4,3
	Is. różnic międzygr.	*n.s.*		*p = 0,027*		*n.s.*		*n.s.*	
Wskaźnik więzi społecznej Surtees'a n.s.	liczebności	n=20	n=20	n=20	n=20	n=20	n=20	n=20	n=20
	rozpiętość średnia odch. st.	1 do 13 6,4 3,4	0 do 14 6,8 3,7	0 do 15 7,3 3,6	0 do 15 7,8 4,3	0 do 13 8,6 3,3	4 do 13 7,9 3,1	7,4	7,5
	Is. różnic międzygr.	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	

Tabela 8 cd. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i braku współpracy w podziale międzygrupowym z odległymi wynikami leczenia. Oceny współpracy w leczeniu farmakologicznym dokonano po siedmiu latach chorowania.

Zmienna zal.	**Kategorie**	Po 7 latach (n=45)		Po 12 latach (n=45)		Po 20 latach (n=45)	
		Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)	Pełna współpraca (n=23)	Brak współpracy (n=22)
Przebieg wg Watta i Sheperda	bardzo dobry dobry umiarkowany zły	9 (39%) 6 (26%) 1 (4%) 7 (31%)	2 (9%) 4 (18%) 2 (9%) 14 (64%)	8 (35%) 7 (30%) 1 (5%) 7 (30%)	2 (9%) 4 (28%) 2 (9%) 14 (64%)	6 (26%) 3 (13%) 4 (17%) 10 (44%)	1 (5%) 4 (18%) 6 (27%) 11 (50%)
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,009*		*p = 0,011*		*n.s.*	
Kontakty społeczne ilość	liczne sporadyczne ograniczone do środowiska pacjentów brak kontaktów z osobami spoza rodziny	6 (26%) 11 (48%) 0 (0%) 6 (26%)	3 (14%) 12 (54%) 1 (5%) 6 (27%)	5 (22%) 9 (39%) 5 (22%) 4 (17%)	7 (32%) 7 (32%) 4 (18%) 4 (18%)	3 (13%) 13 (57%) 1 (4%) 6 (26%)	5 (23%) 7 (32%) 3 (13%) 7 (32%)
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Praca	w pełnym wymiarze godzin zwolnienie lub urlop dziekański w niepełnym wymiarze godzin na rynku pracy praca chroniona praca dorywcza brak pracy i płatnych zajęć	9 (39%) 1 (4%) 0 (0%) 0 (0%) 2 (9%) 11 (48%)	3 (14%) 0 (0%) 1 (4%) 0 (0%) 2 (9%) 16 (73%)	6 (26%) 0 (0%) 2 (8%) 1 (4%) 3 (14%) 11 (48%)	4 (18%) 1 (4%) 0 (0%) 3 (14%) 0 (0%) 14 (64%)	7 (30%) 0 (0%) 2 (9%) 2 (9%) 1 (4%) 11 (48%)	1 (4,5%) 1 (4,5%) 0 (0%) 1 (4,5%) 1 (4,5%) 18 (82%)
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*p = 0,012*	
Stan cywilny	zamężna/żonaty rozwiedziona/y stanu wolnego	8 (35%) 2 (9%) 13 (56%)	12 (54%) 1 (5%) 9 (41%)	8 (35%) 3 (13%) 12 (52%)	12 (55%) 2 (9%) 8 (36%)	7 (30%) 3 (13%) 13 (57%)	11 (50%) 3 (14%) 8 (36%)
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Przystosowanie seksualne	nie podjął współżycia podjął, lecz bez trwałego związku podjął i utrzymuje trwały związek	13 (57%) 0 (0%) 10 (43%)	8 (36%) 2 (9%) 12 (55%)	13 (57%) 0 (0%) 10 (43%)	8 (36%) 1 (5%) 13 (59%)	17 (74%) 1 (4%) 5 (22%)	8 (36%) 1 (5%) 13 (59%)
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Współmieszkańcy	Z rodziną prokreacyjną Z rodziną prokreacyjną i generacyjną Samotnie lub z osobami spoza rodziny Z rodziną generacyjną Mieszkanie chronione DPS	10 (44%) 0 (0%) 0 (0%) 13 (56%) 0 (0%) 0 (0%)	12 (54%) 0 (0%) 3 (14%) 7 (32%) 0 (0%) 0 (0%)	14 (61%) 0 (0%) 2 (9%) 6 (26%) 0 (0%) 1 (4%)	11 (50%) 1 (5%) 4 (18%) 6 (27%) 0 (0%) 0 (0%)	10 (44%) 1 (4%) 4 (17%) 7 (31%) 0 (0%) 1 (4%)	11 (50%) 1 (4%) 5 (23%) 5 (23%) 0 (0%) 0 (0%)
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Brzemię rodziny	Brak Minimialne Mierne Znaczne braki	0 (0%) 14 (61%) 6 (26%) 3 (13%)	0 (0%) 6 (27%) 12 (55%) 4 (18%)	0 (0%) 16 (69%) 3 (13%) 2 (9%) 2 (9%)	0 (0%) 11 (50%) 5 (23%) 6 (27%) 0 (0%)	0 (0%) 11 (47%) 8 (35%) 3 (14%) 1 (4%)	0 (0%) 9 (41%) 6 (27%) 6 (27%) 1 (5%)
	istotność różnic międzygrup.	*n.s.*		*n.s.*		*n.s.*	
Postawa rodziny	Spokojna życzliwość Nadmierna opieka Nadmierna opieka i krytyka rzucenie braki	15 (65%) 1 (4%) 2 (9%) 3 (13%) 2 (9%)	7 (32%) 2 (9%) 7 (32%) 5 (23%) 1 (4%)	15 (65%) 2 (9%) 1 (4%) 3 (13%) 2 (9%)	13 (58%) 3 (14%) 3 (14%) 3 (14%) 0 (0%)	12 (52%) 3 (13%) 4 (17%) 2 (9%) 2 (9%)	15 (68%) 1 (5%) 4 (18%) 2 (9%) 0 (0%)
	istotność różnic międzygrup.	*p = 0,029*		*n.s.*		*n.s.*	

Tabela 9. Związek pełnej współpracy w leczeniu farmakologicznym i jej braku w podziale międzygrupowym z obecnością dobrego funkcjonowania społecznego (w skali GAF powyżej 60 i powyżej 70). Oceny wglądu dokonano po siedmiu latach chorowania.

	GAF powyżej 60			GAF powyżej 70			
Współpraca po 7 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	Po 20 latach	Po 7 latach	Po 12 latach	Po 20 latach	N
Pełna	10 (43%)	15 (65%)	13 (57%)	5 (22%)	10 (43%)	9 (39%)	23
Brak	5 (23%)	9 (41%)	11 (50%)	2 (9%)	6 (27%)	4 (18%)	22
istotność różnic międzygrup.	*n.s.*	*n.s.*	*n.s.*	*n.s.*	*n.s.*	*n.s.*	

Tabela 10. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla **ogólnego nasilenia psychopatologii (BPRS sumaryczny)**. Dane uśrednione z wszystkich okresów pomiarowych.

1-Wgląd	2-Regularność farmakoterapii	BPRS sumaryczny	N	Efekt interakcji: F(1, 41)=0,15, p=0,696 testy NIR - poziomy p		
		średnia, odch. std.		1-niepełny, 2-pełna	1-niepełny, 2-niepełna	1-pełny, 2-pełny
niepełny	pełna	39,8 ± 15,3	7			
niepełny	niepełna	42,5 ± 12,1	13	0,537		
pełny	pełna	32,1 ± 8,1	16	0,070	**0,004**	
pełny	niepełna	37,0 ± 10,2	9	0,548	0,176	0,203

Tabela 11. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla **nasilenia objawów negatywnych (BPRS negatywny)**. Dane uśrednione z wszystkich okresów pomiarowych.

1-Wgląd	2-Regularność farmakoterapii	BPRS negatywny	N	Efekt interakcji: F(1, 41)=0,32, p=0,574 testy NIR - poziomy p		
		średnia, odch. std.		1-niepełny, 2-pełna	1-niepełny, 2-niepełna	1-pełny, 2-pełny
niepełny	pełna	9,9 ± 5,7	7			
niepełny	niepełna	10,0 ± 4,4	13	0,941		
pełny	pełna	6,8 ± 2,5	16	0,051	**0,015**	
pełny	niepełna	8,1 ± 3,5	9	0,306	0,206	0,354

Tabela 12. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla **nasilenia objawów pozytywnych (BPRS pozytywny)**. Dane uśrednione z wszystkich okresów pomiarowych.

Wgląd	Regularność farmakoterapii	BPRS pozytywny	N	Efekt interakcji: F(1, 41)=,03, p=,863 testy NIR - poziomy p		
		średnia, odch. std		1-niepełny, 2-pełna	1-niepełny, 2-niepełna	1-pełny, 2-pełny
niepełny	pełna	8,38 ± 3,86	7			
niepełny	niepełna	8,64 ± 3,88	13	0,846		
pełny	pełna	7,06 ± 2,61	16	0,310	0,143	
pełny	niepełna	7,63 ± 3,91	9	0,601	0,414	0,633

Tabela 13. Analiza interakcji wglądu i współpracy w leczeniu farmakologicznym (regularności farmakoterapii) dla **ogólnego funkcjonowania (GAF)**. Dane uśrednione z wszystkich okresów pomiarowych.

1-Wgląd	2-Regularność farmakoterapii	GAF	N	Efekt interakcji: F(1, 41)=0,12, p=0,729 testy NIR - poziomy p		
		średnia, odch. std.		1-niepełny, 2-pełna	1-niepełny, 2-niepełna	1-pełny, 2-pełny
niepełny	pełna	56,7 ± 20,4	7			
niepełny	niepełna	53,2 ± 15,5	13	0,602		
pełny	pełna	66,3 ± 14,0	16	0,153	**0,020**	
pełny	niepełna	59,6 ± 15,3	9	0,699	0,314	0,272

Tabela 14. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z funkcjonowaniem ogólnym** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Skala GAF po 7 latach (korzystna)	50%	<0,001	Wykształcenie (wyższe)
Skala GAF po 12 latach (korzystna)	53%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Wykształcenie (wyższe) Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki)
Skala GAF po 20 latach (korzystna)	38%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Wykształcenie (wyższe)

Tabela15. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z ogólnym nasileniem psychopatologii** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Skala BPRS - suma po 7 latach (nasilone objawy)	51%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Czas trwania I hospitalizacji (dłuższy) Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki)
Skala BPRS - suma po 12 latach (nasilone objawy)	56%	<0,001	Wykształcenie (niższe) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (nasilone) Udział w programie leczenia (IPL)
Skala BPRS - suma po 20 latach (nasilone objawy)	35%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Wykształcenie (niższe)

Tabela 16. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z nasileniem objawów pozytywnych** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Skala BPRS - objawy pozytywne po 7 latach (nasilone)	44%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Płeć (kobieta) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (nasilone)
Skala BPRS - objawy pozytywne po 12 latach (nasilone)	43%	<0,001	Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (nasilone) Udział w programie leczenia (IPL) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak)
Skala BPRS - objawy pozytywne po 20 latach (nasilone)	26%	0,004	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Wykształcenie (niższe)

Tabela 17. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania z **nasileniem objawów negatywnych** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Skala BPRS - objawy negatywne po 7 latach (nasilone)	36%	0,002	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Objawy negatywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (nasilone) Dziedziczenie (występuje)
Skala BPRS - objawy negatywne po 12 latach (nasilone)	33%	0,002	*n.s.*
Skala BPRS - objawy negatywne po 20 latach (nasilone)	33%	<0,001	*n.s.*

Tabela 18. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z nasileniem objawów depresyjnych** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Skala BPRS - objawy depresyjne po 7 latach (nasilone)	45%	<0,001	Czas trwania I hospitalizacji (dłuższy) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak) Formalne zaburzenia myślenia wg BPRS (brak) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Objawy depresyjne wg BPRS przy wypisie (nasilone)
Skala BPRS - objawy depresyjne po 12 latach (nasilone)	42%	<0,001	Wykształcenie (niższe) Płeć (mężczyzna)
Skala BPRS - objawy depresyjne po 20 latach (nasilone)	24%	0,010	Wykształcenie (niższe)

Tabela 19. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z kontaktami społecznymi** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Kontakty społeczne - liczba po 7 latach (liczne)	48%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Objawy Pozytywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (brak) Płeć (mężczyzna)
Kontakty społeczne – liczba po 12 latach (liczne)	55%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Objawy negatywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (nasilone) Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki) Płeć (mężczyzna)
Kontakty społeczne - liczba po 20 latach (liczne)	40%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.)

Tabela 20. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z pracą** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Praca po 7 latach (jest)	27%	0,005	Wykształcenie (wyższe) Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki)
Praca po 12 latach (jest)	47%	<0,001	Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (głębokie i satysf.) Czas trwania I hospitalizacji (krótszy) Objawy negatywne wg BPRS przy wypisie po I hosp. (nasilone) Wskaźnik ujawnianych uczuć (niski)
Praca po 20 latach (jest)	56%	<0,001	Wykształcenie (wyższe) Wskaźnik ujawnianych uczuć (niski) Stan cywilny (dychotomiczny) (wolny)

Tabela 21. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **ze stanem cywilnym** w kolejnych punktach pomiarowych.

Wynik leczenia N=45	Procent zmienności wyjaśnianej (skoryg R^2)	Poziom istotności	Predyktory
Stan cywilny po 7 latach (wolny)	57%	<0,001	Stan cywilny (dychotomiczny) (wolny) Czas trwania I hospitalizacji (krótszy)
Stan cywilny po 12 latach (wolny)	45%	<0,001	Stan cywilny (dychotomiczny) (wolny) Kontakty społeczne przed I hospitalizacją (brak)
Stan cywilny po 20 latach (wolny)	44%	<0,001	Stan cywilny (dychotomiczny) (wolny)

Tabela 22. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **ze zdrowieniem typ A** w kolejnych punktach pomiarowych.

Zdrowienie typ A (jest)	Przedchorobowe czynniki rokownicze	B	poziom p	OR (iloraz szans)
Po 7 latach R^2 Nagelkerkego =0,61 p=0,001	wykształcenie (wyższe)	3,420	0,050	0,033
Po 12 latach R^2 Nagelkerkego =0,86 p=0,001	BPRS negatywny przy wypisie (mniej objawów)	1,109	0,047	3,031
Po 20 latach R^2 Nagelkerkego =0,40 p=0,001	Wskaźnik ujawnianych uczuć (niski)	3,314	0,005	27,500

Tabela 23. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z dobrym wynikiem ogólnego funkcjonowania powyżej 60 pkt**. w skali GAF w kolejnych punktach pomiarowych.

GAF powyżej 60 pkt	Przedchorobowe czynniki rokownicze	B	poziom p	OR (iloraz szans)
Po 7 latach R^2 Nagelkerkego =0,87 p=0,001	ns.			
Po 12 latach R^2 Nagelkerkego =0,44 p=0,001	wykształcenie (wyższe)	0,897	0,016	0,408
	pozarodzinne kontakty społeczne (głębokie i satysf.)	0,843	0,017	0,430
Po 20 latach R^2 Nagelkerkego =0,28 p=0,001	pozarodzinne kontakty społeczne (głębokie i satysf.)	0,895	0,005	0,409

Tabela 24. Związek czynników rokowniczych z uwzględnieniem regularności farmakoterapii i wglądu ocenionych po siedmiu latach chorowania **z dobrym wynikiem ogólnego funkcjonowania powyżej 70 pkt.** w skali GAF w kolejnych punktach pomiarowych.

GAF powyżej 70 pkt	Przedchorobowe czynniki rokownicze	B	poziom p	OR (iloraz szans)
Po 7 latach R^2 Nagelkerkego =0,12 p=0,023	wykształcenie (wyższe)	0,969	0,024	0,380
Po 12 latach R^2 Nagelkerkego =0,78 p=0,001	wykształcenie (wyższe)	2,079	0,010	0,125
	Czas od zachorowania do I hospitalizacji (krótki)	0,151	0,016	0,860
Po 20 latach R^2 Nagelkerkego =0,51 p=0,001	wykształcenie (wyższe)	1,056	0,023	0,348
	pozarodzinne kontakty społeczne (głębokie i satysf.)	1,199	0,025	0,301