

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Katedra Psychiatrii
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

lek. med. Renata Modrzejewska

CECHY SYSTEMU RODZINNEGO W DOBORZE
STACJONARNEGO I DOMOWEGO LECZENIA
PSYCHIATRYCZNEGO MŁODZIEŻY

Praca doktorska

Promotor:

Prof. dr hab. med. Maria Orwid

Kraków 1998

Bibl. Medyczna CM UJ



1816049765

Mojemu Promotorowi
Pani Prof. dr hab. med. Marii Orwid
składam serdeczne podziękowania
za opiekę, pomoc i cenne rady
udzielone mi podczas realizacji niniejszej pracy

WSTĘP	4
I. PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA	6
1. WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ ALTERNATYWNYCH FORM OPIEKI	6
2. PRZEGLĄD PROGRAMÓW OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ	11
3. ZESPOŁY LECZENIA DOMOWEGO	14
II. CEL PRACY, HIPOTEZY BADAWCZE, KONTEKST PODJĘCIA BADAŃ ORAZ METODA.....	40
1. CEL PRACY	40
2. HIPOTEZY BADAWCZE	41
3. KONTEKST PODJĘCIA BADAŃ	42
4. METODA BADAŃ	42
5. ANALIZA STATYSTYCZNA	50
III. OPIS BADANEJ GRUPY.....	51
1. PACJENCI	51
2. RODZICE PACJENTÓW	58
2.1. <i>Matki</i>	58
2.2. <i>Ojcowie</i>	61
IV. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH.....	65
1. OPIS ZWIĄZKÓW POMIĘDZY ZMIENNĄ OBJAŚNIANĄ (BADANYMI GRUPAMI) A ZMIENNYMI OBJAŚNIAJĄCYMI	65
2. SZCZEGÓŁOWA ANALIZA DANYCH DOTYCZĄCYCH GRUPY BADANEJ I GRUPY PORÓWNAWCZEJ Z UWZGLĘDNIENIEM INFORMACJI POCHODZĄCYCH Z GENOGRAMÓW DOTYCZĄCYCH IDENTYFIKOWANYCH PACJENTÓW I ICH RODZICÓW	66
2.1. <i>Pacjenci</i>	66
2.2. <i>Rodzice pacjentów</i>	68
3. PORÓWNANIE OBU GRUP POD WZGLĘDEM NASILENIA OBJAWÓW PSYCHOPATOLOGICZNYCH (SKALA BPRS)	77
4. PORÓWNANIE OBU GRUP POD WZGLĘDEM OPISYWANEGO ŚRODOWISKA RODZINNEGO (SKALA FES).....	79
4.1. <i>Środowisko rodzinne - opis pacjentów</i>	79
4.2. <i>Środowisko rodzinne - opis matek</i>	80
4.3. <i>Środowisko rodzinne - opis ojców</i>	81
4.4. <i>Środowisko rodzinne - opis wszystkich członków rodziny</i>	81
4.5. <i>Środowisko rodzinne - współczynnik niezgodności (FIS)</i>	82
5. ANALIZA W GRUPACH O WYNIKACH W BPRS MNIEJSZYCH OD 74 PUNKTÓW	83
6. PORÓWNANIE GRUPY PACJENTÓW LECZONYCH W DOMU ORAZ LECZONYCH STACJONARNIE W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI.....	88
7. WYRÓŻNIENIE PODGRUP PACJENTÓW ZGODNIE Z ROZPOZNANIEM KLINICZNYM WEDŁUG ICD-1092	
7.1. <i>Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii</i>	92
7.2. <i>Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji</i>	92
7.3. <i>Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju</i>	93
7.4. <i>Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem nerwicy</i>	93
8. PROFILE KORELACYJNE W BADANYCH GRUPACH.....	93
8.1. <i>Analiza w grupie badanej</i>	94
8.2. <i>Analiza w grupie porównawczej</i>	104
8.3. <i>Wyłączenie z grupy porównawczej pacjentów z wartością BPRS większą od 73 punktów</i>	116
9. DANE UZYSKANE Z ANALIZY GENOGRAMÓW	127
9.1. <i>Rodzeństwo rodziców: ciotki i wujowie</i>	127
9.2. <i>Dziadkowie</i>	128
V. ANALIZA JAKOŚCIOWA.....	145

1. ANALIZA PROFILI PACJENTÓW, MATEK I OJCÓW LECZONYCH W DOMU.....	155
1.1. <i>Pacjenci</i>	155
1.2. <i>Matki</i>	156
1.3. <i>Ojcowie</i>	157
2. ANALIZA PROFILI PACJENTÓW, MATEK I OJCÓW LECZONYCH W STACJONARNIE.....	158
2.1. <i>Pacjenci</i>	158
2.2. <i>Matki</i>	160
2.3. <i>Ojcowie</i>	161
3. ANALIZA PROFILI PACJENTÓW, MATEK I OJCÓW LECZONYCH STACJONARNIE PO WYODRĘBNIENIU Z GRUPY LECZONEJ SZPITALNIE PACJENTÓW O NAJWYŻSZYCH WARTOŚCIACH BPRS WIĘKSZYCH OD 73 PUNKTÓW	162
3.1. <i>Pacjenci</i>	162
3.2. <i>Matki</i>	165
3.3. <i>Ojcowie</i>	166
VI. WYNIKI	168
VII. DYSKUSJA	170
VIII. WNIOSKI	174
IX. PIŚMIENICTWO	176
X. ANEKS	183

Wstęp

Rozwój psychiatrii drugiej połowy XX wieku zmierza w kierunku odchodzenia od klasycznego modelu biologicznego, skoncentrowanego na leczeniu farmakologicznym pacjenta w warunkach szpitalnych. Dotyczy to zarówno pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jak i somatycznymi, szczególnie istotne jest to dla pacjentów w wieku rozwojowym. We wszystkich krajach świata stosujących ten model leczenia można znaleźć obszerną literaturę dowodzącą słuszności tego podejścia.

Nowoczesne modele leczenia zaburzeń psychicznych odchodzą od leczenia stacjonarnego na rzecz rozmaitych form ambulatoryjnych np. ambulatoryjnego leczenia rodzin, ambulatoryjnego leczenia indywidualnego, leczenia w oddziałach dziennych, tzw. hospitalizacji domowej itp.

Te alternatywne do leczenia szpitalnego formy są dobrze akceptowane przez pacjentów i ich rodziny, zmniejszają lęk przed psychiatrią, zapobiegają późniejszej etykietyzacji psychiatrycznej, bronią pacjenta przed alienacją od jego grupy rodzinnej i rówieśniczej, a ponadto zapobiegają hospitalizacji lub skracają ją w wydatny sposób, co wpływa również na zmniejszenie kosztów leczenia.

W trzech ostatnich dekadach, począwszy od końca lat pięćdziesiątych, w różnych krajach świata (USA, Holandia, Wielka Brytania, Polska) powstały zespoły leczenia domowego dla dorosłych. Przesłankami do ich tworzenia były: zatłoczenie szpitala, brak opieki nad pacjentami oczekującymi na hospitalizację, rosnąca liczba przyjęć do szpitala oraz wysokie koszty hospitalizacji. W latach sześćdziesiątych uznano tę formę leczenia za możliwość wzbogacenia dotychczasowego systemu opieki psychiatrycznej oraz poprawy funkcjonowania społecznego pacjentów, możliwość rozwiązania problemów wymagających nagłej pomocy w miejscu zamieszkania pacjenta, chęć objęcia opieką pacjentów wypadających z dotychczasowego systemu, objęcie opieką pacjentów niezmotywowanych do leczenia w innych formach.

Powstały dziewięć lat temu zespół leczenia domowego dla dzieci i młodzieży jest efektem pracy zespołu Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży nad

modelem leczenia zaburzeń okresu rozwojowego. Różni się on od zespołów leczenia domowego dla dorosłych w sposób zasadniczy, a mianowicie pracuje w paradygmacie systemowym stosując to podejście w trakcie wizyt domowych, prowadzi terapię rodziny na terenie domu. Jest to rozwiązanie dające nowe możliwości i wzbudzające zainteresowanie wśród profesjonalistów innych krajów.

Literatura na temat modeli hospitalizacji domowej i innych alternatywnych form leczenia jest obszerna. Niewiele jest natomiast doniesień na temat leczenia domowego pacjentów w wieku rozwojowym, a szczególnie zespołów pacujących w paradygmacie systemowym.

Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do tej formy leczenia dałoby szansę innym ośrodkom na rozwinięcie podobnych zespołów w innych częściach kraju.

Zespół Leczenia Domowego działający w ramach Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży jest jedynym tego typu zespołem dla pacjentów w wieku rozwojowym w Polsce.

I. Przegląd piśmiennictwa

1. Wprowadzenie w problematykę alternatywnych form opieki

Piśmiennictwo poświęcone zespołom leczenia domowego dla dzieci i młodzieży jest niezwykle ubogie. Mimo intensywnych poszukiwań podobnych rozwiązań teoretycznych i praktycznych w literaturze światowej udało się znaleźć jedynie pojedyncze opisy takich rozwiązań funkcjonujących w systemach anglosaskich. Bardzo obszerna jest natomiast literatura odnosząca się do problemu leczenia alternatywnego dla dorosłych. Wielu autorów przedstawia historyczny aspekt powstania takich form leczenia oraz ich ewolucję zależnie od potrzeb rozmaitych społeczności lokalnych. Na przestrzeni lat pojawiały się odmienne rozwiązania organizacyjne, które miały swoje źródło w różnych podejściach teoretycznych. Były one konstruowane w ramach programów badawczych lub wykorzystywały istniejące modele opieki wprowadzając do nich pewne modyfikacje. Doświadczenia te wpłynęły na konstrukcję programów leczenia środowiskowego rozwijanych w naszym kraju, a co za tym idzie było to jedno ze źródeł inspiracji do stworzenia modelu działania Zespołu Leczenia Domowego dla Dzieci i Młodzieży w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ. Dlatego też przedstawiony poniżej przegląd piśmiennictwa będzie się odnosił do najważniejszych programów leczenia środowiskowego dla dorosłych, których doświadczenia były wykorzystywane w konstruowaniu modelu pracy naszego zespołu. Drugą składową było doświadczenie kliniczne w pracy z pacjentami chorymi psychicznie w wieku rozwojowym, przyjmowanymi do leczenia stacjonarnego w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży pracująca w oparciu o podejście systemowe (40), (41), (51).

Do wczesnych lat pięćdziesiątych pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby psychiczne byli umieszczani w szpitalu na długie lata, często nawet do końca swojego życia. W następnych latach pojawiły się próby skracania czasu pobytu w szpitalu i wydłużania okresu leczenia w środowisku. Próby te wiązały się z poprawą leczenia stacjonarnego i wcześniejszym wypisem pacjentów, kontynuowaniem leczenia w oddziałach dziennych, otwieraniem tzw. domów

przejściowego pobytu (halfway houses) dla czasowego zamieszkania przed ostatecznym wypisem do domu (oczywiście z prowadzeniem dalszego leczenia) oraz rozwojem ośrodków środowiskowych, które pracowały w oparciu o model rehabilitacji. Jeszcze innymi formami powstającymi alternatywnie do leczenia szpitalnego były oddziały nocne, weekendowe, hostele, mieszkania grupowe, opieka rodzinna oraz różnego rodzaju zakłady opieki i rehabilitacji (7).

Problemy pojawiające się w momencie zachorowania na chorobę psychiczną nie ograniczają się tylko do rodziny ale mają również szersze implikacje dla relacji członków rodziny z osobami z zewnątrz. Choroba psychiczna jednego z członków może być jedynie częściowo uważana za „prywatną sprawę” rodziny. Odbiegające od normy zachowanie pacjenta i jego nieobecność w domu (w czasie hospitalizacji) są obserwowane przez innych ludzi i wymagają reagowania, wyjaśniania. Jeżeli rodzina nie zerwała wszystkich kontaktów społecznych, to komunikacja z innymi ludźmi na temat choroby pacjenta często pociąga za sobą nieprzyjemne konsekwencje dla osoby komunikującej.

Inaczej niż w innych sytuacjach stresowych, które mogą wydarzać się w rodzinie, takich jak śmierć lub choroba somatyczna, w których oczekiwania co do zachowań są stosunkowo jasne i w których formy pomocy i współczucia ze strony innych są społecznie zalecane i sformalizowane, w przypadku choroby psychicznej nie ma jasnych wskazówek i wzorów reagowania. Dziedzictwo postaw i praktyki odnośnie „osób szalonych” prowokuje w ich rodzinach chęć „usunięcia pacjenta”. Kampanie edukacyjne poświęcone zdrowiu psychicznemu starają się zdecydowanie podkreślać koncepcję „choroby” (nie „obłądu”) i związanej z nią potrzeby współczucia, opieki i leczenia chorych psychicznie a nie obwiniania ich. Te problemy znalazły wyraz w artykule Yarrow i Clausena opublikowanym w 1955 roku. Wówczas badania nad stosunkiem społeczeństwa do chorych psychicznie ujawniły pewien chaos co do społecznego rozumienia choroby psychicznej oraz powszechnej postawy lęku i odrzucenia w stosunku do chorych psychicznie. Wypowiedzi osób, które same nie konfrontowały się z problemami związanymi z chorobą psychiczną w swoim życiu wskazywały, że opinia publiczna raczej skłaniałaby się do postawy nieujawniania istnienia

choroby psychicznej w ich własnej rodzinie lub do nie mówienia komukolwiek o wizycie u psychiatry. Oczekiwania rodziny co do reakcji społecznych na chorobę pacjenta zostały określone w następujący sposób:

- choroba psychiczna jest postrzegana przez innych jako piętno,
- członkowie rodziny boją się społecznej dyskryminacji, obejmującej zarówno samego pacjenta jak i innych członków rodziny.
- społeczna „reputacja” rodziny jako sympatycznej, szczęśliwej grupy zostaje faktem takiej choroby w niej przekreślona.

Piętno choroby staje się czasem kwestią „imienia rodziny”, które dotyczy nie tylko najbliższej rodziny ale nawet tak zwanej rodziny poszerzonej (15), (79).

Podobne problemy i emocje związane z pojawieniem się choroby psychicznej są nadal ujawniane w naszym społeczeństwie mimo, że od czasu opublikowania tych badań upłynęło już ponad 40 lat. Chorzy psychicznie, w tym również dzieci i młodzież są piętnowani i odrzucani przez społeczności lokalne i czasem nawet jednorazowy pobyt w szpitalu psychiatrycznym może zadecydować o przyszłych społecznych losach młodego człowieka.

W literaturze duża grupa publikacji porusza problem najbardziej wskazanego sposobu leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Przeglądając piśmiennictwo można znaleźć diametralnie różne stanowiska w tej sprawie. Dotyczy to również kierowania do szpitala bądź wyboru leczenia w rozmaitych formach alternatywnych. I tak Rabiner i Lurie zalecają leczenie stacjonarne dla bardzo szerokiej grupy pacjentów z różnymi rozpoznaniem psychiatrycznym. Autorzy tacy jak Stein i Test (70) twierdzą, że tam gdzie istnieją odpowiednie służby środowiskowe, przyjęcia do szpitala powinny odbywać się w tylko ściśle określonych wypadkach bezwzględnej konieczności. Są to więc dwa przeciwstawne stanowiska, pomiędzy którymi w literaturze istnieje wiele opinii pośrednich.

Klinicyści w coraz większym stopniu zdają sobie sprawę z konsekwencji związanych z przyjęciem do szpitala, a mianowicie uświadamiają sobie coraz wyraźniej efekty instytucjonalizacji i wzrastającej zależności pacjentów od personelu psychiatrycznego. Pierwsze przyjęcie pacjenta do szpitala zwiększa

prawdopodobieństwo powtórnego przyjęcia w przypadku pojawienia się kolejnych problemów psychiatrycznych.

Klasyczne instytucje psychiatryczne posługują się w leczeniu pacjentów sztywną koncepcją bio-medyczną. **Teoria naznaczania społecznego** opisuje proces stawania się pacjentem w instytucji totalitarnej jaką jest biologicznie zorientowany szpital psychiatryczny. Howard Becker twierdzi, że określona grupa społeczna ustanawia reguły, a osobę, która je narusza określa jako dewianta. Tak więc dewiacja nie jest cechą indywiduum, ale wyrazem oceny i zastosowania sankcji wobec osoby, która dopuszcza się łamania reguł społecznych. Thomas Scheff, kolejny przedstawiciel teorii, uważa, że naznaczanie jest procesem, w którym jednostka zostaje nazwana dewiantem przez powołany do tego autorytet (sąd, szpital). Dochodzi wtedy do przypisania człowiekowi tylko jednej roli, która przekreśla wszystkie inne wcześniej posiadane role i statusy społeczne, dochodzi wręcz do likwidacji tożsamości. Erving Goffman opisuje pewne instytucje (więzienia, klasztory, domy starców, w tym również szpitale psychiatryczne) jako miejsca zajmujące się pozbawianiem ludzi tożsamości i utrzymywaniem ich w statusie dewianta. Ich istotą jest pozbawianie człowieka udziału w życiu wielu środowisk, pozbawianie wielości i różnorodności kontaktów międzyludzkich oraz pełnionych ról społecznych. Taka totalna instytucja planuje, narzuca i kontroluje całość życia człowieka, który musi się w całości podporządkować jej regułom. Próby złamania tych reguł są karane w rozmaity sposób w ramach samej instytucji (77).

Kolejne dziesięciolecia rozwoju myślenia psychiatrycznego to próby zmiany funkcjonowania i wizerunku szpitali psychiatrycznych oraz stopniowo coraz odważniejsze odchodzenie od modelu wyłącznie biologicznego leczenia w instytucji do rozmaitych form alternatywnego leczenia w ramach programów opieki środowiskowej.

W literaturze pojawiają się doniesienia będące rewizją (ex post) przyjęć do oddziałów stacjonarnych pod względem ich zasadności.

W 1972 roku Gleisner, Hewett i Mann badając służby psychiatryczne na terenie Camberwell w Londynie spotkali się z psychiatrami, aby dokonać analizy przyjęć pacjentów do szpitala. Doszli oni do wniosku, że można było uniknąć około 25% przyjęć i skierować pacjentów do oddziału dziennego. Następnym wnioskiem była potrzeba posiadania doraźnej służby wykonującej badanie pacjentów w domu.

W 1981 roku w podobnym retrospektywnym badaniu 100 kolejnych przyjęć do szpitala w Coventry dokonanych jednocześnie przez dwóch psychiatrów doszli oni do wniosku, że choć nie udało się uniknąć przymusowych przyjęć, to około 50% pacjentów mogłoby pozostać i leczyć się w środowisku. Ponadto analiza ujawniła potrzebę istnienia innego niż szpital miejsca pobytu dla około 20% pacjentów z tego rejonu.

W innym opracowaniu polegającym na badaniu opinii personelu i klientów przeprowadzonym przez Lipsius'a w 1973 roku na populacji 106 pacjentów kolejno przyjmowanych do szpitala stanowego w Connecticut okazało się, że można było uniknąć przyjęć w 66% przypadków. Alternatywne formy, które mogły być zastosowane to psychoterapia na bazie ambulatoryjnej, domy przejściowego pobytu, oddziały dzienne, poradnictwo rodzinne, opieka domowa i miejsca pracy chronionej.

W Wielkiej Brytanii opisywane są również inne projekty poszukujące rozwiązań alternatywnych do tak zwanych ostrych przyjęć psychiatrycznych. Są to między innymi Zespół Kryzysowy w Coventry, który donosi, że w latach 1988-89 zapobiegł około 126 przyjęciom w sytuacjach kryzysów zarówno psychotycznych jak i niepsychotycznych. Następny to zespół psychiatryczny ze Sparkbrook, który prowadzi leczenie domowe głównie dla pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi. Jego autorzy Dean i Gadd opisują, że wskaźnik przyjęć do szpitala w ich rejonie zmniejszył się ze 100 do 34 na rok. Podobnie wyniki publikuje służba medyczna w Buckinghamshire (78).

W 1992 roku Whittle opublikował badanie konieczności przyjęć do 60-lóżkowego szpitala psychiatrycznego Edith Morgan Centre w Devon zgodnie z opinią prezentowaną przez personel. W tym celu monitorowano przez okres 4 miesięcy przyjęcia do oddziału stacjonarnego dla dorosłych. Oddział został

otwarty w 1987 roku aby zastąpić duży szpital psychiatryczny. W rejonie działały służby psychiatryczne zobowiązane do prowadzenia leczenia środowiskowego. Było tam pięć zespołów psychiatrycznej opieki środowiskowej oraz cztery zespoły rehabilitacyjne. Na przełomie 1988 i 1989 roku przeanalizowano konieczność przyjęć do szpitala pacjentów w wieku 16 do 65 lat. Jako możliwości alternatywnej opieki rozważano: ośrodek dla uciekinierów, kierowanie do zespołu interwencji kryzysowej, krótkoterminowe przyjęcie do hostelu, opiekę domową, pobyt w rodzinie zastępczej. W wyniku przeprowadzonej analizy personel uznał za bardziej wskazane kierowanie do alternatywnych form w 34-58% osób.

Kolejnym krokiem było monitorowanie przyjęć do oddziału w 1991 roku. Analizą objęto 101 pacjentów. Ponownie okazało się, że przy istnieniu odpowiednich służb 50% przyjęć było niepotrzebnych.

Otrzymane wyniki dowodzą konieczności funkcjonowania odpowiednio zorganizowanych służb, będących formą alternatywną do leczenia szpitalnego. Obok zespołów leczenia środowiskowego i ośrodków rehabilitacyjnych zwrócono uwagę na potrzebę włączenia się w system opieki służb dotychczas związanych z opieką społeczną oraz placówek prowadzonych przez wolontariuszy (78).

2. Przegląd programów opieki środowiskowej

Najczęściej cytowane badania opisujące podejście środowiskowe to badania Steina'a i Test (70) przeprowadzone w Madison, Wisconsin oraz Hoult'a (28) w Australii. Pierwsze z nich to pionierskie badania, które udowodniły, że kiedy pacjenci spełniający kryteria przyjęcia do szpitala byli - losowo - hospitalizowani lub kierowani do intensywnej opieki domowej prowadzonej przez zespoły leczenia środowiskowego, liczba przyjęć do szpitala i czas zajmowania łóżka znacznie zmniejszyły się w grupie pacjentów leczonych w oparciu o opiekę środowiskową. W grupie badanej stwierdzono również większą satysfakcję pacjentów i ich krewnych jak również lepsze funkcjonowanie społeczne. Podobne rezultaty uzyskał Hoult i współpracownicy, którzy replikowali badania Stein'a i Test (16), (29), (75).

Tak więc poszukiwanie modelu opieki dla pacjentów przewlekle chorych nakierowanego na ich potrzeby rozwoju i opierającego się na leczeniu środowiskowym jako alternatywie do leczenia szpitalnego doprowadziło do opracowania programu „Training in Community Living” (TCL) opisanego przez Steina i współpracowników (70), (71). Był on porównywany z krótkoterminową hospitalizacją i następującą po niej opieką ambulatoryjną.

Ideą stworzenia tego programu było przeświadczenie, że dotychczasowe programy nie zaspokajają pewnych potrzeb pacjentów, sprawiają że są oni słabo przystosowani do środowiska i znajdują się ciągle „o krok” od rehospitalizacji.

Potrzeby te zostały określone jako:

1. materialne: jedzenie, mieszkanie, odzież i opieka medyczna.

Programy leczenia środowiskowego powinny brać odpowiedzialność za zaspokojenie tych potrzeb u pacjentów.

2. posiadanie podstawowych umiejętności społecznych, które umożliwią im życie w środowisku.

Zaliczono do nich: używanie publicznych środków transportu, przygotowywanie posiłków i gospodarowanie pieniędzmi. Nauczanie tych umiejętności powinno odbywać się w miejscu zamieszkania tam gdzie pacjenci ich potrzebują i gdzie będą ich używać.

3. motywacja do wytrwania i pozostawania włączonym w życie.

Pacjenci podlegają różnym stresom i ich motywacja do pozostawania w środowisku maleje. Konieczne jest zatem istnienie łatwo dostępnego systemu wsparcia do rozwiązywania realnych, życiowych problemów pacjentów.

4. uwolnienie się od patologicznych relacji zależności od rodzin lub instytucji (definiowane są one jako hamujące rozwój indywidualny i generujące lęk w sytuacji zagrożenia utratą związku).

Hospitalizacja może pogłębiać tę relację zależności i w momencie wypisu pacjent wraca do wysoce konfliktowej sytuacji rodzinnej, która w konsekwencji przyspiesza kolejne pogorszenie jego stanu psychicznego czyli prowadzi do „syndromu obrotowych drzwi” (revolving-door syndrome). Aby przerwać ten cykl i uwolnić pacjenta od zależności, programy środowiskowe muszą zapewniać im

takie wsparcie aby był on włączony w życie społeczne przy równoczesnym zachęcaniu go do coraz większej autonomii.

5. udzielanie wsparcia i edukacja członków lokalnej społeczności, mających kontakt z pacjentem, tak aby traktowali go w sposób dla niego korzystny a zarazem możliwy przez nich samych do zaakceptowania.

6. utworzenie systemu wsparcia, który powinien w sposób *asertywny* pomagać pacjentom w zaspokojeniu wcześniej wymienionych potrzeb (punkty 1-5).

Pacjenci przewlekle chorzy są zwykle pasywni, ich relacje interpersonalne cechuje napięcie a ich objawy psychopatologiczne mogą ulegać zaostrzeniu. Wszystko to powoduje, że nie dotrzymują umówionych terminów spotkań i wypadają z leczenia, zwłaszcza kiedy dochodzi do zaostrzenia objawów chorobowych. Dlatego też program musi być asertywny, włączać pacjentów w leczenie, uwzględniać potrzebę pójścia „do” pacjenta w celu przeciwdziałania „dropout’owi”.

Opisany wyżej program był alternatywny do leczenia w szpitalu psychiatrycznym dla dużej grupy pacjentów. Przy niewielkim korzystaniu ze szpitala, możliwe było leczenie w środowisku *niewyselekcjonowanej* grupy pacjentów zamiast przyjęcia ich do leczenia w szpitalu rejonowym.

Jego wyniki pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- a/ że tradycyjne programy środowiskowe dla tych pacjentów były niewystarczające lub niewłaściwe lub jedno i drugie
- b/ że szpital jest zmuszany do pełnienia w leczeniu pacjentów roli *primary locus* niż bardziej dla niego odpowiedniej roli miejsca specjalistycznego leczenia
- c/ że dla dużej grupy przewlekle chorych pacjentów leczenie musi być ciągłe (a więc w środowisku) a nie ograniczone w czasie (okres hospitalizacji)

Im bardziej całościowy jest program środowiskowy, tym mniejsza jest potrzeba korzystania ze szpitala. W programie TCL szpital był wykorzystywany w następujących sytuacjach:

- 1. dla zabezpieczenia pacjenta oraz innych osób w sytuacji bezpośredniego zagrożenia samobójstwem i zabójstwem

2. w przypadku kiedy choroba psychiczna była powikłana poważnymi problemami medycznymi wymagającymi postępowania diagnostycznego i leczenia specjalistycznego, które są dostępne jedynie w szpitalu

3. w przypadku pacjentów, których objawy psychozy są tak ciężkie, że wymagają struktury i opieki pielęgniarstwa, których może dostarczyć jedynie szpital. Celem hospitalizacji jest intensywne leczenie farmakologiczne, aby przerwać proces psychotyczny tak szybko jak tylko jest to możliwe. W programie pobyt ten rzadko przekraczał dwa tygodnie, w przeważającej części przypadków ograniczał się do kilku dni.

Konkluzją programu była zmiana strategii leczenia z *przygotowywania* pacjentów *do* życia w środowisku na *pozostawienie* pacjentów *w* środowisku. Pozwoliły na taką zmianę doświadczenia z zapobieganiem i leczeniem pacjentów z przewlekłymi chorobami psychicznymi (70), (71).

3. Zespoły leczenia domowego

Poniżej zostaną przedstawione inne programy opieki środowiskowej dla dorosłych, w których częścią składową są rozmaicie pracujące zespoły leczenia domowego. Przegląd literatury dotyczy ostatnich lat ponieważ rozwój coraz to nowych, alternatywnych do leczenia szpitalnego form opieki nie pozwala na ich porównywanie między sobą - dawniejsze programy są mniej rozwinięte. Obserwowany na przestrzeni ostatnich lat stopniowy rozwój programów, zgodnych z zapotrzebowaniem lokalnych społeczności, pozwala pokryć dużą część potrzeb pacjentów pozostających w opiece środowiskowej.

Psychiatryczne leczenie domowe to terapia prowadzona w naturalnym miejscu zamieszkania chorego. Podstawową formą kontaktu z pacjentem i jego rodziną są wizyty domowe zespołu leczącego, często uzupełniane kontaktami ambulatoryjnymi i telefonicznymi. Leczenie domowe, jak już wspomniano wcześniej, nie jest jedyną alternatywną do hospitalizacji formą leczenia. Obok niego funkcjonują rozmaitego rodzaju oddziały opieki częściowej.

W Polsce funkcjonuje kilka całościowych programów opieki środowiskowej dla dorosłych, w których skład wchodzi zespoły leczenia

domowego. Zostały one opisane w pracach doktorskich (14), (59) lub były prezentowane na zjazdach poświęconych problematyce psychiatrii środowiskowej. Programy te wzorem opracowań zachodnich były analizowane w rozmaity sposób: pod względem zajmowanego miejsca w systemie opieki psychiatrycznej, rejonu działania, zatrudnianej kadry, czasu pracy, kryteriów przyjęciowych, źródła rekrutacji pacjentów, metod, czasu i kosztów leczenia.

Oceniano również w literaturze leczenie domowe jako formę opieki zastępującą hospitalizację. W najpoważniejszych badaniach dokonano losowego podziału pacjentów trafiających do leczenia domowego i stacjonarnego. Pacjenci leczeni w domu byli zaliczani do grupy badanej, a pacjenci leczeni w szpitalu do grupy kontrolnej. W niektórych programach (Louisville i Denver) natrafiono na pewne trudności związane z kwalifikowaniem pacjentów do obu grup. Mianowicie, nie każdy pacjent zgłaszający się do izby przyjęć mógł być leczony w domu, dotyczyło to na przykład pacjentów niebezpiecznych, nie zgadzających się na leczenie, pacjentów, których rodziny nie wyrażały zgody na leczenie domowe. W tej sytuacji przeprowadzano jedynie podział losowy tylko wśród pacjentów, którzy wstępnie kwalifikowali się do leczenia domowego. W innych badaniach (Madison-Stein i Test, Sydney-Hoult) próbowano uniknąć tego rodzaju komplikacji i pacjentów wybranych losowo, którzy we wstępnej fazie nie mogli być skierowani do leczenia domowego najpierw hospitalizowano a potem kierowano do leczenia domowego.

Oba te rozwiązania powodują, że w pierwszym wypadku ograniczanie grupy pacjentów podlegających losowemu doborowi powoduje większe ryzyko, że grupa ta przestaje być reprezentatywna dla grupy pacjentów korzystających z leczenia. W drugim przypadku na efekt terapeutyczny składa się nie tylko leczenie w domu ale również pobyt w szpitalu.

W programach tych zajmowano się również porównaniem efektywności opieki domowej i hospitalizacji pod względem poprawy stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego, poziomu satysfakcji, zapobiegania kolejnym pobytom w szpitalu, zagrożenia samobójstwem, obciążenia rodziny oraz kosztów leczenia (13), (16), (22).

Badania nad satysfakcją pełnią ważną rolę w mechanizmie sprzężenia zwrotnego między potrzebami klientów i systemem usług, jego organizacją i sposobem funkcjonowania. Bez tego sprzężenia zwrotnego nie jest możliwa realizacja dwu podstawowych zasad psychiatrii środowiskowej, a mianowicie, że:

- 1/ dobra opieka wymaga uwzględnienia rzeczywistych potrzeb pacjentów,
- 2/ ludzie wymagający pomocy winni mieć znaczący wpływ na określenie tego, czego im potrzeba i jak ich potrzeby mają być zaspokojone (1).

Rozwój programów leczenia środowiskowego dla ostrych zaburzeń psychicznych sprowokował bardzo poważną dyskusję. Z jednej strony „entuzjaści” leczenia środowiskowego dowodzą, że jest to lepsza forma opieki i sugerują, że każdy rejon powinien przerzucić swoje środki z leczenia szpitalnego na środowiskowe. Z drugiej strony krytycy takiego podejścia utrzymują, że przewaga leczenia środowiskowego nie została ostatecznie dowiedziona. Wskazują oni tutaj na trudności metodologiczne w prowadzonych badaniach porównawczych w stosunku do leczenia szpitalnego lub zarzucają, że zauważane korzyści są prawdopodobnie marginalne, związane z entuzjazmem zespołu włączonego w tę eksperymentalną formę leczenia oraz że prawdziwe koszty, związane na przykład ze wzrostem samobójstw i „wypaleniem” zespołu, będą znane dopiero w przyszłości (76).

W Wielkiej Brytanii zakończono ostatnio cztery programy leczenia środowiskowego (w skład których wchodziły zespoły leczenia domowego), które zostały naukowo opracowane:

1. Program opieki domowej dla pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi (Muijen i współpracownicy, 1992), opisywany jako Daily Living Programme (DLP)

2. Wczesna interwencja w nagłych przypadkach psychiatrycznych (Merson i współpracownicy, 1992), opisywany jako The Early Intervention Service (EIS)

3. Opieka domowa dla pacjentów z ostrymi chorobami psychicznymi (Burns i współpracownicy, 1993), opisywany jako The St George's Service.

4. Leczenie domowe dla pacjentów z ostrymi chorobami psychicznymi (Dean i Gadd, 1990), opisywany jako The Birmingham study.

ad. 1. DLP trwał 62 miesiące od momentu przyjęcia pierwszego pacjenta w październiku 1987 roku do jego zamknięcia w grudniu 1992 roku. Było to badanie, w którym stosowano losowy dobór pacjentów. Porównywano opiekę domową z leczeniem stacjonarnym oraz leczeniem ambulatoryjnym dla 189 poważnie chorych psychicznie pacjentów, którzy byli zagrożeni ostrym przyjęciem do szpitala.

Wszyscy pacjenci byli najpierw badani w trakcie kryzysu przez lekarza, który nie był związany z programem. Był to lekarz dyżurny w szpitalnej Izbie Przyjęć, który stwierdzał wskazanie do natychmiastowego przyjęcia do oddziału stacjonarnego z powodu poważnej choroby psychicznej. Pacjentami opiekowano się głównie w domu, chociaż 88% z nich miało krótkie epizody pobytu w szpitalu na samym początku leczenia lub nieco później. Pacjenci, którzy stanowili grupę kontrolną, byli przyjmowani do oddziału stacjonarnego a następnie przekazywani do leczenia ambulatoryjnego prowadzonego wówczas w szpitalu Maudsley.

Zespół kliniczny, który realizował DLP został specjalnie przygotowany do tego rodzaju pracy. Większość opieki sprawowano w ciągu dnia, jednakże członkowie zespołu pełnili również 24 godzinny dyżur pod telefonem będąc dostępnymi w sytuacji kryzysu co dawało poczucie bezpieczeństwa wielu pacjentom i ich krewnym.

Wśród wszystkich pacjentów 65% stanowili pacjenci nowoprzyjęci, pozostali to pacjenci przyjęci powtórnie. Diagnozy rozkładały się w następujący sposób: 49% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, 19% depresji, 17% manii, 12% nerwicy i 3% niesklasyfikowanych. W pierwszej fazie badania pacjenci przyjęci do DLP spędzali w szpitalu o 80% dni mniej od pacjentów z grupy kontrolnej. Zarówno u pacjentów jak i ich krewnych stwierdzano większą satysfakcję z tej formy leczenia niż w grupie kontrolnej. Te korzyści uzyskano bez nadmiernego obciążania rodziny. Równocześnie pacjenci z DLP uczestniczyli w treningu codziennych umiejętności życiowych. Być może ta składowa spowodowała, że było łatwiej z nimi żyć. W grupie kontrolnej zaś, im dłużej pacjenci pozostawali w szpitalu, coraz rzadziej kontaktowali się ze swoimi rodzinami, co powodowało ich wyobcowanie od krewnych i dawało początek procesowi instytucjonalizacji. Pacjenci z DLP mieli więcej okazji do kontaktów

społecznych ponieważ pozostawali w środowisku. Team dawał również częste oparcie członkom ich rodzin.

Badania kosztów leczenia potwierdziły znaczącą redukcję kosztów w programie DLP w porównaniu z grupą kontrolną.

Po zakończeniu programu badacze doszli do wniosku, że zorganizowanie skutecznej opieki domowej jest bardzo trudne, podlega wpływowi wielu czynników, wymaga dobrego szkolenia i następnie regularnej pracy klinicznej polegającej na szczegółowym omawianiu problemów, z którymi się pracuje na codzień (20), (27), (46), (75), (76).

ad. 2. EIS został utworzony w 1987 roku w ramach służby zdrowia dla Paddington i North Kensington w Londynie. Objął on opieką populację, która liczyła 120.000 mieszkańców. Program został stworzony z myślą o opiece nad ciężko chorymi psychicznie pacjentami. Większość wstępnych badań była przeprowadzana w domu pacjentów. Specjalny nacisk kładziono na pracę w multidyscyplinarnym zespole, regularne omawianie przypadków i terapii oraz bliską współpracę z innymi służbami psychiatrycznymi działającymi w rejonie. Zespół pracował zgodnie z założeniami terapii prowadzącej (case management), gdzie terapeuta prowadzący brał odpowiedzialność za pacjentów, którzy znajdowali się pod jego opieką. Diagnoza i dalsze leczenie były uzgadniane w trakcie regularnych spotkań zespołu.

Do programu byli kwalifikowani pacjenci, którzy zgłaszali się „na ostro” do ambulatorium psychiatrycznego w St. Mary’s Hospital, w wieku między 16 a 65 lat, we wstępnym badaniu psychiatrycznym stwierdzono u nich chorobę psychiczną inną niż uzależnienie od alkoholu i leków, mieszkali w rejonie, nie wymagali przymusowego przyjęcia do oddziału stacjonarnego, nie byli w kontakcie z inną służbą psychiatryczną oraz wyrazili zgodę na udział w badaniu. Pacjenci byli losowo umieszczani w EIS lub leczeni standardowo-grupa kontrolna. Badanie prowadzono przez okres 14 miesięcy (od maja 1989 do czerwca 1990).

W badanej grupie stwierdzono rzadsze korzystanie z łóżek szpitalnych, szczególnie było to zauważalne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, większą

poprawę objawową w trakcie 12 tygodni leczenia, większą satysfakcję pacjentów oraz niższe koszty leczenia niż w grupie kontrolnej (38), (75).

ad. 3. Kolejny z opisywanych programów stworzony w Wielkiej Brytanii, był prowadzony przez St. Gorge's Hospital w Londynie. Jego idea było przebadanie możliwości i efektywności zaadaptowania bardziej asterywnego programu środowiskowego do systemu ogólnej opieki psychiatrycznej. W badaniu brały udział zespoły pracujące w rejonie obsługiwanym przez szpital. Na okres badania jeden z zespołów pracował tak jak dotychczas, w sposób rutynowy (grupa kontrolna), podczas gdy drugi pracował w warunkach eksperymentalnych (grupa badana). Pacjenci byli kierowani do obu grup w sposób losowy. Do badania byli przyjmowani następujący pacjenci:

a/ w wieku 18 do 74 lata, aby była możliwość objęcia opieką wszystkich problemów psychiatrycznych

b/ tylko z rejonu

c/ którzy nie byli leczeni przez okres poprzedzających 12 miesięcy, aby uniknąć zerwania już nawiązanej relacji terapeutycznej

d/ którzy byli w stanie udzielić wywiadu w języku angielskim

W ten sposób w badaniu znalazła się grupa pacjentów odzwierciedlająca całe spektrum zaburzeń psychiatrycznych z mniejszą reprezentacją pacjentów długo leczonych, poważnie i przewlekłe chorych, ponieważ nie spełniali oni zwykle kryterium braku kontaktu z instytucją leczniczą w okresie 12 miesięcy poprzedzających przyjęcie do programu. Kolejnym problemem była grupa chorych z łagodnymi objawami, którzy odmówili udzielenia wywiadu w celach badawczych, ponieważ chcieli odciąć się od epizodu chorobowego tak szybko jak tylko było to możliwe, a kontakt z badaczami był przypomnieniem czasu, o którym chcieli zapomnieć. Zauważono, że bardziej zaburzeni pacjenci czują się zależni od rozmaitych służb i dlatego też mają mniejsze możliwości odmowy. W ich wypadku wywiad może być przerwą w izolacji od życia.

W programie tym generalnie brali udział mniej chorzy pacjenci w porównaniu z programem TCL. Niektórzy pacjenci zgłaszali, że wizyty domowe sprawiały, że czuli się „specjalnie” i „byli zaoopiekowani”. Podobne komentarze

wypowiadali lekarze ogólnopraktykujący zapytani o ocenę programu. „Brzemie” rodziny było opisywane jako niskie co było prawdopodobnie spowodowane mniejszą ilością pacjentów chronicznych, którzy mieszkali razem z rodzicami i byli w mniejszej liczbie reprezentowani w badaniu (10).

Porównanie pomiędzy grupą badaną (leczoną w domu) a kontrolną wykazało następujące różnice:

- pacjenci w grupie eksperymentalnej byli rzadziej przyjmowani do leczenia szpitalnego, na krótszy czas, w grupie tej było również mniej rehospitalizacji
- średni czas zajmowania łóżka szpitalnego w grupie eksperymentalnej był o połowę krótszy niż w grupie kontrolnej
- praca zespołu leczącego w grupie eksperymentalnej była bardziej elastyczna, co oznaczało, że w sytuacji niemożności postawienia rozpoznania w trakcie pierwszego badania, pacjent był odwiedzany następnego dnia w celu pogłębienia badania. Ponadto lekarze nie musieli decydować się na przyjęcie pacjenta do szpitala w sytuacji kiedy jego potrzeby nie odpowiadały sztywnym wymogom instytucji jaką był szpital.
- zespół leczący w grupie eksperymentalnej kierował pacjentów do ambulatoryjnych służb specjalistycznych, podczas gdy pacjenci z grupy kontrolnej korzystali ze specjalistycznych usług działających na bazie szpitalnej.
- praca zespołu leczącego w grupie eksperymentalnej odwoływała się w większym stopniu do oddziaływań psychospołecznych, a mniej medycznych. Ważnym jest aby zaznaczyć, że zespół nie przeszedł żadnego specjalnego szkolenia i być może jego wyniki były związane z większym wykorzystaniem potencjału tkwiącego w multidyscyplinarnym zespole i mniejszą ilością pacjentów psychiatrycznych.
- w obu grupach eksperymentalnej i kontrolnej mało korzystano z oddziałów dziennych, co było dla badaczy zaskakującym wynikiem (11).

ad. 4. Badanie w Sparkbrook, Birmingham różni się od innych opisywanych wcześniej ponieważ nie polegało ono na losowym doborze pacjentów do grupy, ale opierało się na ocenie tylko jednej służby. Zespół Centrum, zorganizowany wspólnymi siłami przez Służbę Zdrowia i Opiekę Społeczną, sprawował całościową opiekę psychiatryczną w środowisku, poza

leczeniem stacjonarnym. Został stworzony jako alternatywa leczenia szpitalnego dla pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi, którzy w tradycyjnym modelu opieki byłiby hospitalizowani. Był przeznaczony dla pacjentów poważnie chorych, czyli takich którzy byli zagrożeni samobójstwem, agresywni, ciężko psychotyczni i w normalnych okolicznościach byłiby przyjęci do szpitala. Multidyscyplinarny zespół otrzymał dla swojej działalności ośrodek, do którego zgłaszali się pacjenci. Wykonywał on wizyty domowe jak również prowadził terapię na terenie instytucji. Pacjenci mieli możliwość kontaktowania się z dyżurną pielęgniarką przez 24 godziny na dobę. Na początku leczenia pacjenci byli odwiedzani przez lekarza i pielęgniarkę przynajmniej jeden raz na dzień, zwykle w kilku pierwszych dniach potrzebne były wizyty kilka razy dziennie. Pielęgniarka spędzała czasami kilka godzin w domu pacjenta wspierając jego krewnych lub dając im możliwość wyjścia z domu na pewien okres czasu. Wiek pacjentów wahał się pomiędzy 16 a 65 rokiem życia.

W opisywanym, rocznym okresie pod opieką zespołu znajdowało się 450 pacjentów z czego 150 było poważnie, przewlekłe chorych. Pacjenci byli kierowani do Centrum przez lekarzy ogólnych, samych pacjentów, ich krewnych oraz inne osoby działające w środowisku. System opieki stworzony w Sparkbrook był skuteczny w utrzymywaniu kontaktu z pacjentami z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Powodem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego pacjentów kierowanych do leczenia domowego były agresywne zachowania, urojenia dotyczące rodziny lub patologiczna dynamika procesów rodzinnych, odmowa przyjmowania leków, powtarzające się zatrucia lekami oraz towarzyszące inne problemy zdrowotne.

Wyniki eksperymentu są następujące:

- jest możliwe leczenie w domu większości pacjentów (ponad 2/3), którzy w przeciwnym razie byłoby przyjęci do leczenia stacjonarnego
- średni czas zajmowania łóżka w opisywanym okresie prawie dwóch lat zmniejszył się z 18 do 5 dni

Dowiodł on także, że około 30-40% pacjentów nadal wymaga przyjęcia do leczenia stacjonarnego (19), (75).

Większość poważnych chorób psychicznych ma przebieg przewlekły z okresami zaostrzeń. Przyjęcie do szpitala z powodu zaostrzenia objawów nie wpływa na długoterminowy przebieg choroby, może jedynie na krótki czas dawać odpoczynek krewnym, którzy opiekują się pacjentem.

Przez ostatnie 30 lat wielu badaczy zajmowało się opracowywaniem alternatywnych wobec hospitalizacji form leczenia oraz ich wpływem na pacjentów i ich krewnych zarówno w trakcie jak i po przebyciu epizodu chorobowego.

Fenton i współpracownicy byli w stanie zapobiec przyjęciom do szpitala u 62% spośród 76 pacjentów leczonych w domu przez okres jednego roku (21).

Stein i Test opisali program w Madison, Wisconsin, w którym 130 pacjentów było kierowanych do szpitala bądź leczonych w środowisku. W rok po przeprowadzeniu badania w grupie leczonej w środowisku było mniej przyjęć do szpitala, mniejsze nasilenie objawów i lepsze funkcjonowanie społeczne oraz większy poziom satysfakcji niż w grupie pacjentów leczonych w szpitalu. To badanie było replikowane przez Hoult'a i Reynolds'a w Sydney w Australii. Uzyskano podobne wyniki, jak również stwierdzono, że pacjenci i ich krewni zgłaszali większą satysfakcję z leczenia środowiskowego (20), (30), (61).

Pai i Kapur badali leczenie pacjentów chorych na schizofrenię w Bangalore w Indii. Stwierdzili oni mniejsze brzemie rodziny w trakcie 6 miesięcznej obserwacji wśród pacjentów leczonych w domu (53).

Należy podkreślić, że w Wielkiej Brytanii są większe tradycje wykonywania wizyt domowych w porównaniu z innymi krajami takimi jak na przykład Stany Zjednoczone czy Niemcy.

W 1982 roku w Wielkiej Brytanii wykonano 90.000 wizyt domowych. Są one szczególnie wskazane w następujących sytuacjach: 1/ włączania do leczenia niechętnych pacjentów, 2/ konieczności przeprowadzenia wszechstronnego badania, 3/ wzmocnienia sieci oparcia oraz 4/ pozostawienia w środowisku pacjentów kiedy ich stan zdrowia pogarsza się.

W Stanach Zjednoczonych Soreff (68), (69) opisał program psychiatrycznego leczenia domowego w Maine u 42 pacjentów w wieku 17 do 90 lat, który prowadzi terapię ułatwiającą współpracę w rodzinie (family

collaborative therapy), rozwiązywanie kryzysu, terapię pacjentów źle leczących się w szpitalu (non-responders to hospitalization), leczenie członków rodziny, pracę z całym środowiskiem, leczenie pacjentów zarówno z chorobami psychicznymi jak i somatycznymi, pracę z ludźmi starymi oraz ma możliwość szkolenia studentów medycyny i specjalizujących się lekarzy.

W literaturze opisującej leczenie domowe poruszany jest również problem efektywności programu w zapobieganiu i skracaniu czasu hospitalizacji. Ważnym wydaje się, w opierciu o doświadczenie kliniczne, zdefiniowanie przypadków, w których ten sposób leczenia może najbardziej pomóc. Korzystając z doświadczenia klinicznego, można bardziej szczegółowo określić wskazania do leczenia domowego, a następnie określić typy przypadków, dla których leczenie domowe jest metodą z wyboru. Na podstawie analizy 200 przyjęć dokonanych przez Zespół Leczenie Domowego Kliniki Psychiatrii Centrum Medycznego w Maine określono siedem typowych sytuacji w których ten rodzaj leczenia był szczególnie skuteczny: 1/ pacjenci bardzo związani z domem, 2/ pacjenci z problemami zarówno somatycznymi jak i psychiatrycznymi, 3/ pacjenci mieszkający z inną osobą, z którą są w nadmiernie intensywnym związku emocjonalnym, 4/ pacjenci samotni, 5/ sytuacja kryzysowa wymagająca pracy z innymi osobami znaczącymi dla pacjenta, 6/ pacjenci z przewlekłą chorobą psychiczną mieszkający z rodziną, która jest dla nich źródłem stresu, 7/ pacjenci powtórnie przyjęci do leczenia domowego.

W pierwszym przypadku zastosowanie kompleksowego leczenia: psychoterapeutycznego, farmakologicznego i behawioralnego prowadzi do uaktywnienia pacjentów tak, że mogą oni korzystać z innych form opieki środowiskowej. Tylko pójście do domu może zapoczątkować sekwencję zmian, która doprowadzi do poprawy objawowej.

W drugim przypadku pojawiające się u pacjentów problemy psychiatryczne jak na przykład depresja są wtórne do podstawowych chorób somatycznych (takich jak przewlekłe choroby układu oddechowego o charakterze obturacyjnym, mukowiscydoza, ciężka postać astmy oskrzelowej, świeży zawał serca, białaczka, ciężkie reumatyczne zapalenie stawów), a pacjenci ze względu na zły stan

somatyczny nie mogą korzystać z ambulatoryjnych form leczenia psychiatrycznego.

W trzecim przypadku mamy do czynienia ze wzajemną pułapką emocjonalną. Pacjenci czują się lepiej mogąc mówić o sobie w swoich domach. Przebywanie w domu pozostawia im poczucie znaczącej ilości kontroli i jednocześnie okazję do otwartego mówienia o sobie.

Pacjenci mieszkający samotnie, pozbawieni oparcia ze strony członków rodziny, szczególnie starsi, bardzo korzystnie reagują na tę formę leczenia. W trakcie wizyt domowych udaje się odkryć niewielką, ale bardzo ważną sieć ludzi zaangażowanych, interesujących się wspieraniem identyfikowanych pacjentów. Istotnym jest więc znalezienie tej grupy wsparcia i praca z nią.

W przypadku piątym mamy do czynienia z rodzinami w których wydarza się przemoc. Sytuacja ta wymaga pracy z całą rodziną, pokazuje wartość leczenia domowego w przypadkach zespołu stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder).

W przypadku pacjentów z przewlekłą chorobą psychiczną aktywność zespołu leczenia domowego koncentruje się na odsunięciu konieczności hospitalizacji i następnej pracy z pacjentem i całą rodziną. W przypadku pacjenta chodzi o prawidłowe leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne, zaś w stosunku do członków rodziny o otwarcie rozmaitych emocji związanych z obecnością w domu choroby psychicznej oraz jej wpływem na zmianę trybu życia poszczególnych osób. Leczenie domowe pomaga rodzinie znosić „brzemień” związane z chorobą psychiczną, ale równocześnie, poprzez pracę terapeutyczną, daje możliwość korzystnych dla rodziny zmian w jej funkcjonowaniu.

Ostatnia opisana sytuacja to powtórne przyjęcie do leczenia domowego po okresie przerwy w momencie zaostrzenia objawów psychotycznych. Pacjenci, którzy wcześniej byli leczeni w domu, w sytuacji narastania objawów klinicznych sami zgłaszają się po pomoc. Liczba koniecznych wizyt domowych i związanej z tym pracy terapeutycznej jest znacząco mniejsza niż przy pierwszym epizodzie leczonym w domu. Wydaje się też, że jest pewna populacja pacjentów, którzy zdecydowanie preferują tę formę terapii (68), (69).

Również inni autorzy tacy jak Langsley i Kaplan (34) w swojej pracy podkreślają, że interwencje w domu nie tylko zapobiegają hospitalizacjom w przypadku ostrego kryzysu ale również zmniejszają ilość przyjęć do szpitala w przypadku późniejszych kryzysów.

Kolejnym modelem opisanym w literaturze jest Wyjazdowy Zespół Interwencji Kryzysowej (Mobile Crisis Unit MCU), który powstał w 1967 roku przy Gouverneur Hospital w Nowym Jorku. W jego skład wchodzi profesjonaliści: psychiatra, pracownik społeczny i pielęgniarka. Został on powołany do obsługiwanie szczególnej populacji pacjentów takich którzy nie mogą wychodzić z domu, którzy boją się wychodzić oraz takich którzy z innych powodów nie mogą korzystać z klinicznej, szpitalnej lub prywatnej opieki psychiatrycznej świadczonej poza domem.

Zespół leczy pacjentów z różnymi rozpoznaniem psychiatrycznymi. Największą grupę stanowili pacjenci ze schizofrenią, następnie pacjenci z chorobą afektywną, demencją, zaburzeniami przystosowania, upośledzeniem umysłowym, napadami paniki, urojeniami na podłożu organicznym oraz nerwicą depresyjną. Hospitalizacja była rozważana jedynie wtedy kiedy intensywne leczenie w domu nie przynosiło rezultatu (12), (73).

Przyglądając się modelom leczenia dla pacjentów w wieku rozwojowym należy zauważyć, że podstawowy podręcznik „Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches” pod redakcją Michaela Ruttera wydany w Wielkiej Brytanii w 1994 roku też zajmuje się tym zagadnieniem. Jednak podaje tylko wskazania do leczenia stacjonarnego adolescentów, opisuje modele opieki i kierunki rozwoju służb zajmujących się pacjentami w tym przedziale wiekowym, dużo uwagi poświęca również rezydencyjnym formom opieki. Nie wspomina natomiast o jakichkolwiek formach opieki domowej dla dzieci i młodzieży. Podobnie Philip Graham w podręczniku „Child Psychiatry. A Developmental Approach” z 1991 roku (23) oraz Kaplan i Sadock w części poświęconej psychiatrii dzieci i młodzieży (32).

Również autorzy amerykańscy podkreślają, że stacjonarne leczenie psychiatryczne poza tym, że jest kosztowne, może być również dla niektórych dzieci i adolescentów antyterapeutyczne. Potencjalnie niesie ono ze sobą negatywne skutki uboczne w postaci zależności, uczenia zachowań nieprzystosowawczych od innych hospitalizowanych pacjentów, zaburzenia życia rodzinnego, powstawania patologicznych przyjaźni oraz ryzyko stałej stygmatyzacji (5).

I tak Hersov i Bentovim (26) oraz Ponton (58) sugerują, że przyjęcie do szpitala jest najbardziej wskazane w następujących przypadkach:

1. Kiedy stan psychiczny adolescenta jest tak dziwaczny lub rozpacz tak wielka, że jest potrzebne jeszcze większe superwizowanie oraz monitorowanie leczenia od tego jakie jest możliwe w warunkach ambulatoryjnych.
2. Kiedy zaburzenia psychiczne wiążą się z pojawieniem się niebezpiecznych zachowań, takich jak próby samobójcze lub bardzo znaczne zaniedbywanie siebie (self-négllect).
3. Kiedy złożoność problemu wymaga okresowej ale stałej obserwacji medycznej, psychologicznej i opieki pielęgniarskiej oraz kiedy istnieje potrzeba specjalistycznych badań takich jak na przykład wykonanie EEG.
4. Kiedy leczenie powinno odbywać się bezpiecznie i efektywnie, przynajmniej na początku, w sytuacji zapewnienia nadzoru przez 24-godziny i warunków kontrolowania leczenia farmakologicznego i terapii behawioralnej. Ta kategoria obejmuje również pracę psychoterapeutyczną z impulsywnymi, agresywnymi lub psychotycznymi adolescentami.
5. Kiedy odizolowanie na pewien czas od sztywnego lub chaotycznego domu, może dać młodemu człowiekowi możliwość nawiązania bardziej konstruktywnej relacji z dorosłymi i rówieśnikami oraz daje czas na podjęcie decyzji o dłuższej opiece. Oddziały szpitalne nie są zwykłymi, neutralnymi miejscami, jednakże ułatwiają odpowiedź na pytanie czy problemy prezentowane przez dziecko wiążą się w znacznej części z jego indywidualną patologią czy też w ich powstawaniu przeważa składowa rodzinna. Określona w czasie obserwacja w szpitalu może być bardziej akceptowana przez rodzinę niż przyjęcie do miejsca rezydencyjnej opieki bez uprzedniej obserwacji w oddziale stacjonarnym (62).

W 1986 roku ponad 100 000 młodych ludzi między 10 a 19 rokiem życia zostało przyjętych do szpitali psychiatrycznych w stanie Washington w USA a nieporównywalnie większa liczba dzieci i adolescentów została umieszczona poza domem w innych ośrodkach leczniczych dla dzieci zaburzonych emocjonalnie lub niedostosowanych społecznie. W ostatnich latach zauważa się wzrost populacji korzystającej z rozmaitych tego rodzaju miejsc pomocy. Umieszczanie pacjentów w szpitalach oraz innych miejscach opieki całodobowej jest niezwykle kosztowne dla rodzin i dla podatników, a równocześnie niesie ze sobą odległe konsekwencje.

I tak, hospitalizowanie niesie ze sobą również koszty psychologiczne związane z etykietyzacją młodego człowieka jako chorego psychicznie lub zaburzonego emocjonalnie. Może to później mieć swoje odzwierciedlenie w większej zależności dziecka i braku motywacji do zmiany, co w konsekwencji utrudnia leczenie. Ma również wpływ na rodziców i rodzeństwo pacjenta. Usunięcie dziecka z domu, nawet za zgodą rodziców, niesie ze sobą konotację porażki i uwalnia rodziców od odpowiedzialności za dziecko. W konsekwencji funkcjonowanie rodziny raczej pogarsza się niż poprawia. Ma to swoje negatywne skutki dla innych dzieci w rodzinie, jak również dla późniejszego powrotu samego pacjenta do rodziny po okresie leczenia (37).

W 1990 roku w USA znacznie wzrósł wskaźnik przyjęć dzieci i młodzieży do szpitali psychiatrycznych. Równocześnie, jak podało National Center for Health Statistics w USA gwałtownie powiększyła się liczba rezydentów w wieku 10 do 19 lat wypisanych ze szpitali psychiatrycznych ze 126.000 w 1980 roku do 180.000 w 1987 roku, a więc wzrosła o prawie 43%. W tym samym czasie populacja dzieci w tym wieku zmniejszyła się o 11%. W 1982 roku Children's Defense Fund przeprowadził badanie, z którego wynikało, że aż 40% młodych ludzi jest niepotrzebnie hospitalizowanych z powodów psychiatrycznych, ponieważ nie prezentują oni problemów, które wymagałyby pomocy na tak wysokim, specjalistycznym poziomie. Stworzyło to podstawy do szukania innych, efektywnych, form pomocy, które byłyby mniej restrykcyjne i mniej kosztowne (5).

Przeglądając literaturę można wyróżnić generalnie trzy typy rezydencyjnych ośrodków leczenia psychiatrycznego (residential mental health treatment facilities) dla dzieci i młodzieży:

1/ domy grupowe (group homes), 2/ szpitale psychiatryczne do krótkoterminowych pobytów (short-term psychiatric hospitals) oraz 3/ publiczne lub prywatne miejsca psychiatrycznego leczenia stacjonarnego (public or private mental institutions).

Ad 1. Korzenie powstania domów grupowych sięgają końca lat 1960 i początku 1970 kiedy pojawił się ruch związany z opieką nad dziećmi i powstały programy, które mogłyby doprowadzić do deinstytucjonalizacji leczenia psychiatrycznego (mental health treatment) dla dzieci i młodzieży, którzy nie byli ciężko chorzy psychicznie i nie przejawiali zachowań agresywnych. Zapewniały one opiekę dla 6 do 12 młodych ludzi, którzy nie wymagali intensywnej opieki dużej instytucji jaką jest szpital. W owym czasie nawet niektóre duże szpitale otworzyły na swoim terenie kilka domów grupowych. Młodzi ludzie mogli pozostawać w tych domach przez szereg miesięcy lub nawet lat. Wielu z nich naruszało prawo i bardziej prezentowało zaburzenia emocjonalne lub niedostosowanie społeczne niż choroby psychiczne (65), (66).

Badania wykazały, że najczęściej kierowani są tam młodzi ludzie z rodzin o niskim dochodzie, z rodzin gdzie rodzic samotnie wychowuje dziecko (single-parent families) lub rodzin z ojczymem lub macochą (step-parent families). Jednakże niewiele wiadomo o sukcesach tychże domów w przywracaniu pacjentów do ich rodzin i przygotowywaniu młodych ludzi do samodzielnego życia.

Ad.2. Część dzieci i adolescentów, szczególnie z problemem uzależnienia lub z problemem przemocy seksualnej, jest kierowanych do szpitali psychiatrycznych specjalizujących się w pobytach krótkoterminowych (30 do 90 dni). Następnie pacjenci ci są przekazywani do dalszej opieki ambulatoryjnej na okres jednego roku do dwóch lat. Leczenie stacjonarne ma radykalnie odciąć ich od dotychczasowego środowiska a także dać im oraz członkom ich rodzin okazję do intensywnych oddziaływań terapeutycznych, umożliwić szybką zmianę w

zachowaniu pacjentów oraz w funkcjonowaniu rodziny. Są to zwykle miejsca dla dzieci białych rodziców z klasy średniej i wyższej.

Ad.3. Publiczne i prywatne instytucje zajmujące się chorymi psychicznie lub stacjonarne centra zajmujące się terapią prowadzą różnego rodzaju opiekę i leczenie długoterminowe dla dzieci i młodzieży. Zajmują się one pacjentami agresywnymi, poważnie chorymi psychicznie, z zaburzeniami emocjonalnymi lub niedostosowanymi społecznie.

Przegląd przypadków pacjentów umieszczonych w wymienionych powyżej stacjonarnych ośrodkach dowodzi, że umieszczanie dziecka w placówce poza domem może być skuteczne tylko dla niektórych z nich, jednakże wydaje się, że dla pozostałych pacjentów równie skuteczne byłoby leczenie alternatywne w domu, które jest mniej kosztowne i mniej traumatyzuje rodzinę.

Przez ostatnie ćwierć wieku konstruowane są programy, które mają służyć jako alternatywne do leczenia dzieci poza domem. Oczywiście pojawia się pytanie o zalety programów opartych na leczeniu w domu jako tych, które mogłyby zastąpić leczenie stacjonarne. Są również poważne doniesienia, że niektóre z tych programów są wysoce skuteczne.

Najbardziej skuteczne będące „alternatywą do umieszczania dziecka poza rodziną” to 1/Homebuilders w Tacoma, 2/ Program Intensywnej Interwencji Kryzysowej (Intensive Crisis Counselling Program) na Florydzie, 3/ Program Zapobiegania Umieszczaniu w Instytucji (Preplacement Prevention Services Program) w Virginii. Są to programy zapobiegające umieszczeniu dziecka w instytucji poprzez pomaganie rodzinom kiedy dzieci pozostają w domu. Prowadzą one opiekę bezpośrednio w domu lub oczekują, że klienci będą odwiedzać ich w ambulatorium.

Ad.1. Program rozpoczęto w 1974 roku. W programie brali udział dobrze wyszkoleni pracownicy społeczni. Każdy z nich był jednocześnie zaangażowany w jedną lub dwie rodziny i był w tym czasie dostępny w sytuacji kryzysowej przez 24 godziny. W okresie od 1974 do 1985 roku, spośród rodzin, które były pod opieką, aż w 90% dzieci pozostały w domu. W 1985 roku koszt tego programu na jedną rodzinę wynosił 2.600\$, podczas gdy koszt leczenia poza

rodziną w ośrodku stacjonarnym wynosił 26.000\$ na dziecko na rok, czyli dziesięciokrotnie więcej.

Ad.2. w tym programie opiekowano się 107 rodzinami z 302 dziećmi. Jedynie 5 dzieci z 196 zagrożonych umieszczeniem w innej instytucji leczniczej zostało usuniętych ze swoich domów. Daje to wskaźnik sukcesu 97.4% i oszczędności w postaci 600.000\$. Badania przeprowadzone w sześć miesięcy po zakończeniu opieki nadal wskazywały na 80% wskaźnik sukcesu.

Ad.3. Spośród 715 dzieci zagrożonych ryzykiem umieszczenia poza domem jedynie 7% dzieci zostało usuniętych ze swoich rodzin, a i te pozostawały pod opieką instytucji przez krótszy czas w porównaniu z innymi dziećmi. Koszt opisywanego programu prewencyjnego na jedną rodzinę wynosił 1.214\$, podczas gdy koszt umieszczenia w rodzinie zastępczej w Virginii wynosił 11.173\$ na dziecko na rok, a leczenie stacjonarne 22.025\$ na dziecko na rok (67).

Nelson opisuje trzy ośrodki pracy z rodziną, które zapobiegają umieszczeniu w instytucji (family-centered placement prevention services). Analiza obejmuje wyniki pochodzące z 11 programów co pozwala wyróżnić trzy oddzielne modele:

- interwencje kryzysowe (crisis intervention)
- leczenie domowe (home-based)
- i leczenie rodziny (family treatment)

Każdy z nich ma swoje założenia filozoficzne, modele teoretyczne, organizację i strukturę. Służby opieki społecznej pomagające rodzinie powstały w połowie lat siedemdziesiątych. Wszystkie one angażują się na rzecz pozostawienia dzieci w ich własnych domach we wszystkich sytuacjach kiedy jest to możliwe, koncentrują się na pomocy całej rodzinie a nie poszczególnym jej członkom oraz dostarczają całościowej pomocy, która zaspokaja potrzeby terapeutyczne rodziny, potrzeby wsparcia oraz tak zwane potrzeby podstawowe. Służby te obok nacisku jaki kładą na szkolenie pracowników i ich superwizję, również zauważają kluczową rolę jaką odgrywa środowisko w rozwiązywaniu problemów rodzinnych. Programy te mają pewne wspólne cechy charakterystyczne, natomiast różnią się w zasadniczy sposób w następujących zakresach:

- mogą być publiczne lub prywatne

- pracują według różnych orientacji teoretycznych: behavioralnie lub systemowo
- zajmują się różnymi populacjami oraz różnymi identyfikowanymi problemami (młode rodziny z problemami wykorzystywania i zaniedbania dzieci lub „starsze” rodziny z problemami przestępczości)
- pierwotnego miejsca ulokowania służby: w domu lub w instytucji
- intensywnością: więcej niż 20 godzin do mniej niż jedna godzina bezpośredniego kontaktu z rodziną na tydzień
- czas opieki: 30 dni do roku a nawet dłużej
- ilość pacjentów na jednego terapeuty: dwóch do więcej niż 20 przypadków
- współpraca z innymi profesjonalistami lub paraprofesjonalistami: od zera do 100%

Wszystkie te cechy określają wydolność programu pod względem ilości przypadków, którymi terapeuta opiekuje się w ciągu roku jak również koszty opieki liczone na rodzinę.

Niektórzy autorzy opracowali typologię programów zajmujących się rodziną. Stroul (72) dzieli programy zależnie od długości i intensywności opieki:

- krótkoterminowe programy kryzysowe (short-term crisis programs) do 3 miesięcy
- średnioterminowe programy lecznicze (midrange, brief treatment programs) od 3 do 6 miesięcy
- programy długoterminowe (long-term programs), które stabilizują sytuację to takiego stopnia, że mogą włączyć się inne służby
- programy leczenia rodziny (family treatment programs), które redukują lub eliminują potrzebę włączania innych służb

Inny z badaczy Bath (3) dzieli programy leczenia domowego zależnie od teorii, która kierowała ich konstruowaniem

- interwencji kryzysowej
- teorii systemów
- uczenia społecznego
- oraz teorii ekologicznej

Kolejna analiza, której autorem jest Nelson (49) dotyczy prewencji umieszczania dzieci poza domem z rodzin bardzo zaburzonych lub ponowne włączanie dzieci do rodzin w sytuacji gdy zostały one umieszczone w instytucji. Opis dotyczy trzech modeli:

- model interwencji kryzysowej (crisis intervention model)
- model oparty na opiece domowej (home-based model)
- model leczenia rodziny (family treatment model)

Pierwszy z nich to program Homebuilders w Tacoma (Washington) zapoczątkowany w 1974 roku. Opracowany jako „intensywny program pomocy rodzinie w kryzysie” , który miał stanowić alternatywę dla opieki w domach dziecka i pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Opiera się on na teorii interwencji w kryzysie, która zakłada, że rodziny są bardziej otwarte na zmianę w okresie kryzysu kiedy to dotychczasowe mechanizmy radzenia sobie nie są w stanie dłużej utrzymać stabilności i niezależności rodziny. Biorąc pod uwagę możliwość pracy i zmiany w sytuacji kryzysowej interwencja odbywa się w ciągu 24 godzin od zgłoszenia, terapeuci są dostępni przez całą dobę, ilość przypadków przypadających na 1 terapeutę wynosi maksymalnie do trzech, opieka jest krótka i trwa 30 do 45 dni. Przewagą opieki świadczonej w domu nad innymi jest jej większa dostępność, pozwala ona na dokładniejsze badanie, daje możliwość modelowania zachowań w naturalnych warunkach i lepszego samookreślenia się rodzin badanych na ich własnym terenie. Również teoria uczenia społecznego, która podkreśla ważność oczekiwań, modyfikowania zachowań i rozwoju umiejętności dostarcza teoretycznej bazy dla interwencji w programie Homebuilders.

Ważne jest również udzielenie pomocy rodzinie w konkretnych sprawach takich jak transport, planowanie wydatków, prowadzenie domu, zakupy lub sprzątanie z rodziną.

W oryginalnym programie Homebuilders w trakcie leczenia uniknięto 90% potencjalnych umieszczeń poza domem a 97% z tych dzieci nadal pozostało w swoich rodzinach po dalszych 3 miesiącach.

Drugi model leczenia domowego posiada wiele cech charakterystycznych dla interwencji kryzysowej ale równocześnie są to dłuższe interwencje oparte na teorii systemów (63), (64). Prototypem był program FAMILIES zapoczątkowany w West Branch w stanie Iowa w 1977 roku (35).

Został on stworzony jako alternatywa dla leczenia adolescentów w innych instytucjach poza domem. Koncentruje się on na rodzinie jako systemie, który podlega zmianie. Opieka ma miejsce w domu z tych samych powodów z jakich dzieje się to w programach interwencji kryzysowej: możliwość bardziej dokładnego badania, sposobność do modelowania zachowań w środowisku, w którym żyje rodzina oraz większa możliwość działania w wyniku zaufania jakim rodzina obdarza terapeutów. Na wsiach dodatkowo odgrywa rolę większa dostępność służb, które działają w miejscu zamieszkania rodziny. Terapeuci spotykają się raz na dwa tygodnie aby formalnie omawiać prowadzone przypadki. Ich ilość wynosi od 10 do 12 na terapeutę, a średni czas opieki to 4.5 miesiąca. Podstawą działania jest teoria systemów, w oparciu o którą przebiega badanie i interwencja. Koncentruje się ona na rodzinie jako całości, na subsystemach wewnątrz rodziny oraz na interakcjach rodziny ze środowiskiem. Rodziny aktywnie uczestniczą w badaniu ich własnej sytuacji oraz w ustalaniu celów terapeutycznych. Terapeuci pracują w parach. Teoria systemów zachęca również do stosowania szerokiego wachlarza interwencji takich jak: praca z genogramem dla wyjaśniania transmisji międzygeneracyjnej, techniki strukturalne, przeformułowania i paradoksu, praca nad poprawą komunikacji, jak również bardziej behawioralnie zorientowane interwencje takie jak na przykład nauka bycia rodzicem. Dostarczana jest również konkretna pomoc w postaci: transportu, advocacy (poradnictwo i występowanie na rzecz praw pacjenta), koordynacji pracy innych służb zajmujących się pomocą w organizowaniu dnia codziennego, prowadzeniu domu, pomocy finansowej, opieki zdrowotnej. Wskaźnik sukcesu związany z zatrzymaniem dzieci w domu, w różnych programach waha się między 70% a 86%. Ponadto, w porównaniu z tradycyjnymi programami, stwierdzono poprawę w stopniu zatrudnienia, prowadzeniu domu, ochronie dzieci przed

sprawcą wykorzystywania oraz lepszą pomoc dla rodzica sprawującego opiekę nad dziećmi.

Trzeci model różni się od przedstawionych powyżej przewagą interwencji terapeutycznych, mniejszym zaangażowaniem w bezpośrednią pomoc i włączaniem innych służb (74).

Jest to mniej intensywny model, który może być rozwijany w instytucji lub w domu. Jednym z pierwszych tego typu programów kładących nacisk na leczenie rodziny w sytuacji kryzysowej kiedy dziecko było zagrożone umieszczeniem w instytucji opiekuńczej był Intensive Family Services (IFS) zapoczątkowany w 1980 roku w stanie Oregon. W programie tym rodzina była objęta opieką przez okres 90 dni, zespół zajmował się jednorazowo 11 przypadkami a wskaźnik sukcesu związany z pozostawieniem dziecka z domu w trakcie leczenia wynosił 75%. Podstawą jego działania jest teoria systemów, która tłumaczy indywidualne problemy pacjenta jako odzwierciedlenie innych problemów w rodzinie. Leczenie koncentruje się na rodzinie jako całości i zmierza do pomagania poszczególnym członkom rodziny w zaspokojeniu ich potrzeb w bardziej funkcjonalny i satysfakcjonujący sposób. Proces leczenia zawiera trzy etapy: badanie, leczenie i zakończenie. Posługuje się licznymi podejściami takimi jak: strukturalne, strategiczne, krótkoterminowa terapia rodziny oraz terapia oparta na poprawie komunikacji. W fazie badania terapeuci koncentrują się na zbieraniu wywiadu opisującego strukturę rodziny, wzory komunikacji oraz sposoby podejmowania decyzji. Interwencje terapeutyczne są podejmowane bezpośrednio przez zespół IFS i uzupełniane terapią prowadzącą (case management), treningiem postaw rodzicielskich, pomocą w prowadzeniu domu oraz włączaniem innych służb w razie potrzeby. Pierwszy kontakt z rodziną podejmuje dwóch lub czterech terapeutów a trwa on kilka godzin. Następne sesje mają miejsce jeden raz w tygodniu i trwają 3 do 5 godzin. Po 90 dniach pracy terapeutycznej 90% rodzin pozostaje razem, a po okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia aż w 66% rodzin udaje się zatrzymać dziecko w domu.

Porównanie trzech przedstawionych modeli:

	Crisis Intervention model	Home-Based model	Family Treatment model
średni wiek dzieci objętych opieką	14,3 lat	11,6 lat	14 lat
czas przez który pacjenci i ich rodziny objęci są opieką	1-2 miesiące	3-7 miesięcy	4-5 miesięcy
obciążenie ilością przypadków (caseloads)	2-4 przypadków jednocześnie	9-28 przypadków na pracownika/rok (najmniejsze obciążenie)	10-25 przypadków*
wskaźnik zapobiegania usunięciu dziecka z domu	76.5%	79.6%	87.3%

* przy największej ilości zaopiekowanych przypadków, znaczna część wizyt odbywała się w instytucji, w ten sposób czas potrzebny na dojazdy do domów pacjentów przeznaczany był na opiekę.

Największe różnice pomiędzy programami dotyczą struktury i podejścia terapeutycznego, a największe podobieństwa cech charakterystycznych rodziny, zaangażowania na rzecz zapobiegania leczeniu dziecka poza domem oraz zaufania jakim rodzina obdarza terapeutów.

Teoria interwencji w kryzysie implikuje konieczność natychmiastowej, łatwo dostępnej, krótkoterminowej pomocy i wszystkie programy (crisi intervention programs) konstruowane w oparciu o nią spełniają te kryteria. Programy nakierowane na leczenie rodziny (family treatment programs) również zajmują się rodziną w kryzysie ale ich interwencja nakierowana jest na rozwiązanie problemu poprzez zajmowanie się wzorami zachowań i potrzebami, które ujawniają się w kryzysie. W programach opierających się na leczeniu domowym (home-based programs) terapeuci posługują się technikami stosowanymi w terapii rodzin w kontekście domu i środowiska, w którym pracują z jednoczesnym dostarczaniem pomocy i wsparcia udzielanego przez odpowiednie służby.

Uważa się, że modele kryzysowe i modele leczenia rodziny są raczej przeznaczone dla rodzin ze starszymi dziećmi, a modele oparte na leczeniu domowym dla rodzin z młodszymi dziećmi (49).

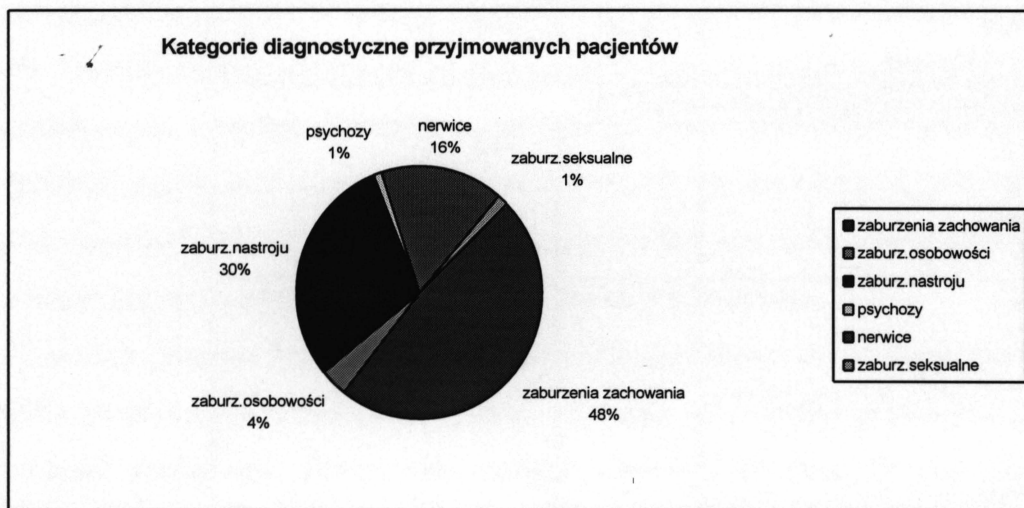
Kolejnym programem, który ma być formą alternatywną do leczenia szpitalnego dla dzieci i młodzieży jest opisany w Massachusetts przez Mikkelsen'a i Bereika program krótkoterminowej opieki prowadzony przez multidyscyplinarny profesjonalny zespół przy pomocy specjalnie przeszkolonych osób tak zwanych mentorów. Pracują oni z dzieckiem i jego biologiczną rodziną w domu mentora. W programie wykorzystuje się 10-15 leczniczych domów. Każdy przypadek kierowania dziecka jest indywidualnie rozpatrywany. Jednocześnie w domu mentora przebywa tylko jedno dziecko. Pozwala to na prawdziwie zindywidualizowane i bardzo intensywne wsparcie oraz interwencję. Celem programu noszącego nazwę MENTOR jest stworzenie bezpiecznego, terapeutycznego środowiska do badania i leczenia dzieci, które nie mogą pozostać w swoich domach, a które w przeciwnym razie byłyby przyjęte do szpitala z powodu ostrych zaburzeń psychicznych. Mentorami są w 85% kobiety, których średni wiek wynosi około 40 lat. W opisywanej grupie 67% było zamężnych, a 33% żyło samotnie. W 73% były to kobiety białe, a w 27% kobiety czarne, pochodzenia hiszpańskiego oraz pochodzące z innych mniejszościowych grup etnicznych. Z tej grupy 97 % posiadało minimum średnie wykształcenie i aż 33% skończyło college.

W skład multidyscyplinarnego zespołu wchodził: psychiatra dziecięcy, psycholog, pracownik społeczny, pielęgniarka psychiatryczna i mentor.

Pacjenci przyjmowani do programu spełniali następujące kryteria: 1/ wiek między 4 a 22 lata, 2/ leczenie ambulatoryjne lub inna mniej intensywna interwencja była niemożliwa do zastosowania lub była niewystarczająca, 3/ udokumentowana diagnoza choroby psychicznej i stopień nasilenia psychopatologii, które usprawiedliwiałały interwencję na poziomie ostrej opieki, 4/ widoczna niemożność funkcjonowania na poziomie odpowiednim do wieku w jednym lub więcej obszarach jako wynik prezentowanej symptomatologii, 5/ stabilny medycznie stan oraz brak zagrożenia w stosunku do własnej osoby i otoczenia.

Analiza 112 kolejnych przyjęć między lipcem 1989 roku a sierpniem 1990 wykazała, że 64% pacjentów mieszkało przed ujawnieniem się ostrego kryzysu

psychicznego z rodzicami, 29% zostało przyjętych do programu z oddziałów psychiatrycznych, a pozostałe 7% z innych programów stacjonarnych. Ta ostatnia grupa to dzieci, które nie wymagały dalszego leczenia w programach stacjonarnych ale nie mogły być natychmiast wypisane do domu ponieważ wymagały jeszcze dodatkowej pomocy. Największą grupę stanowiły dzieci z rozpoznaniem zachowań buntowniczych i zaburzeń zachowania oraz zaburzeń nastroju. W programie znalazło się mało dzieci z rozpoznaniem psychozy (1%) w porównaniu do oddziałów stacjonarnych dla dzieci, gdzie wskaźnik ten wynosi 8-10% oraz 18% dla młodzieżowych oddziałów stacjonarnych. Kategorie diagnostyczne przyjmowanych pacjentów rozkładały się następująco: zaburzenia zachowania 48.1%, zaburzenia osobowości 3.7%, zaburzenia nastroju 29.6%, psychozy 1.2%, nerwice 16% oraz zaburzenia seksualne 1.2%.



Na początku leczenia zespół przygotowuje ogólny i indywidualny plan leczenia z określeniem celów, które powinny być osiągnięte. W procesie tym uczestniczy aktywnie dziecko i jego rodzice. Ważną rolę w realizowaniu programu odgrywa mentor. Jego rola jest integralną częścią procesu leczniczego, jest on unikalną kombinacją postaci rodzica i technicznym wykonawcą programu. Jego praca polega na obserwacji pacjenta, oddziaływaniu behawioralnym, uczeniu umiejętności życiowych, koordynacji aktywności terapeutycznych oraz udzielaniu wsparcia, co jest superwizowane przez profesjonalny personel. Do zadań profesjonalnych członków zespołu należą: badanie diagnostyczne,

zaplanowanie leczenia, terapia prowadząca, terapia indywidualna i terapia rodziny, farmakoterapia oraz opracowanie planu wypisowego z włączeniem leczenia ambulatoryjnego dla dziecka i rodziny oraz w pewnych przypadkach dłuższego, mniej intensywnego leczenia rezydencyjnego.

Integralnymi częściami programu są badanie, terapia i wsparcie udzielane biologicznej rodzinie dziecka. Celem jest stabilizowanie sytuacji kryzysowej, krótkoterminowa terapia rodziny, trening umiejętności rodzicielskich oraz przygotowanie rodziny na powrót dziecka do domu.

Program ten ma pewne cechy leczenia w rodzinach zastępczych poprzez to, że klienci są umieszczani w domach odpowiednio przeszkolonych osób w celu otrzymania opieki w bardziej normalnym i mniej restrykcyjnym środowisku niż to, w którym mieszkali dotychczas. Jest on adaptacją zindywidualizowanego rezydencyjnego modelu leczenia (5). Jednakże program ten i leczenie w rodzinach zastępczych różnią się w zasadniczy sposób, a dotyczy to funkcjonowania i celu, dla którego zostały stworzone. Leczenie w rodzinach zastępczych polega na dostarczaniu długiego leczenia pacjentom po epizodzie ostrej manifestacji zaburzeń psychicznych, w przypadkach podostrych lub przewlekłych problemów emocjonalnych lub zaburzeń zachowania. Zwykle jest ono formą alternatywną dla domów grupowych i innych programów leczenia stacjonarnego.

Natomiast program MENTOR został specjalnie stworzony aby spełniać funkcję krótkoterminowej, opieki w ostrej fazie zaburzeń, jako forma alternatywna do leczenia szpitalnego. Średni czas pobytu wynosił 16.8 dnia. W tym czasie wykonuje się szczegółowe badania i diagnozę, stabilizuje sytuację kryzysową oraz prowadzi krótkoterminową terapię dla pacjenta i jego rodziny.

Po okresie intensywnego leczenia 72% dzieci powróciło do swoich domów, 17% zostało skierowanych na długoterminowe leczenie w rodzinach zastępczych, 5% zostało wypisanych do domów grupowych a 6% skierowano do szpitalnego leczenia psychiatrycznego lub innego centrum opieki stacjonarnej.

Program ten poza swoimi zaletami sprawia pewne trudności organizacyjne. I tak rekrutacja, selekcja i szkolenie mentorów jest zasadniczym punktem aby program ten mógł funkcjonować w prawidłowy sposób. Drugą bardzo istotną kwestią jest intensywna superwizja mentorów w celu zapewnienia efektywnej i

skutecznej opieki oraz bezpieczeństwa pacjentów. Kolejnym problemem jest konieczność częstych wizyt i dostępność profesjonalnych członków zespołu przez 24 godziny na dobę. Ważnym elementem jest również komunikacja i koordynacja działań pomiędzy członkami zespołu i metorem oraz pacjentem i jego rodziną. Obliczone koszty takiego programu są nieporównywalnie niższe niż leczenia szpitalnego i wynoszą średnio 3.825 \$ na jedno przyjęcie. Podczas gdy koszty hospitalizowania dziecka lub adolescenta wynoszą 18.030 \$. Są to dane za 1989 rok (5), (39).

II. Cel pracy, hipotezy badawcze, kontekst podjęcia badań oraz metoda

1. Cel pracy

Praca została zainspirowana doświadczeniem klinicznym, a mianowicie-po powstaniu Zespołu Leczenia Domowego (40), (41) okazało się, że coraz większa grupa pacjentów korzysta z tej oferty. Miało to swoje odzwierciedlenie w sytuacji oddziału stacjonarnego. Przeprowadzono wówczas porównanie ilości pacjentów hospitalizowanych z Krakowa-Krowodrzy i z pozostałych dzielnic Krakowa i okazało się, że ilość pacjentów przyjmowanych do leczenia w oddziale stacjonarnym z dzielnicy Krowodrza jest mniejsza niż z innych dzielnic Krakowa.

Podobnie sytuacja wyglądała w Ambulatorium Diagnostyczno-Konsultacyjnym, gdzie liczba pacjentów leczonych z obszaru dzielnicy Krowodrza była mniejsza niż z pozostałych dzielnic Krakowa.

Kolejnym spostrzeżeniem, wynikającym z doświadczenia klinicznego, było uzyskiwanie poprawy objawowej oraz zmniejszenie się ilości i głębokości nawrotów wśród pacjentów z rozpoznaniem psychozy przekazywanych do leczenia domowego po dłuższym pobycie na oddziale stacjonarnym, w trakcie którego nie uzyskiwano satysfakcjonującej poprawy klinicznej.

Te doświadczenia zainspirowały postawienie pytań badawczych o możliwość określenia czynników pozwalających na kierowanie pacjenta i jego rodziny do leczenia domowego zamiast hospitalizacji oraz przekazywania do tej formy leczenia po uzyskaniu poprawy objawowej lub w sytuacji braku poprawy mimo intensywnego leczenia szpitalnego.

Celem pracy jest zatem próba określenia różnic między populacją pacjentów i ich rodzin zakwalifikowanych do leczenia domowego i leczenia stacjonarnego. Jedną z ważnych różnic jest nasilenie objawów psychopatologicznych, wyższe w grupie pacjentów hospitalizowanych oraz próba określenia jakie to jeszcze inne czynniki decydują o możliwości leczenia

domowego, czyli próba określenia cech pacjenta i rodziny w grupie kierowanej do leczenia w tej alternatywnej formie opieki.

2. Hipotezy badawcze

Oczekuje się zweryfikowania hipotezy, że o możliwości leczenia domowego pacjenta i jego rodziny nie decyduje głównie nasilenie objawów psychopatologicznych ale pewne cechy systemu rodzinnego.

I tak hipotezy wstępne zakładają:

1. że istnieją pewne określone cechy systemu rodzinnego (w rodzinie nuklearnej), które decydują o podjęciu przez rodzinę leczenia pacjenta w domu. Istotnymi z klinicznego punktu widzenia wydają się być pozytywne relacje wewnątrzrodzinne, a mianowicie wysoki poziom kohezji, a więc przynależności do rodziny oraz niski poziom konfliktów wewnątrzrodzinnych
2. że czynnikiem bardzo istotnym, który wpływa na możliwość podjęcia leczenia w domu jest nasilenie objawów psychopatologicznych u identyfikowanego pacjenta. Przy nasileniu objawów w stopniu ciężkim i skrajnie ciężkim, pacjent wymaga specjalistycznej opieki w odpowiednio ustrukturuowanym środowisku jakim jest szpital. Ponadto obciążenie rodziny w ostrej fazie choroby jest zazwyczaj zbyt duże i nie decyduje się ona na pozostawienie pacjenta w domu
3. próbę poszukiwania innych zmiennych w rodzinie nuklearnej i poza nią, a więc w tak zwanej rodzinie poszerzonej jak i w poprzednich pokoleniach związanych z doświadczeniem płynącym z przekazu międzygeneracyjnego, a mających związek z podjęciem decyzji o leczeniu domowym bądź hospitalizacji. W analizie będą brane pod uwagę następujące zmienne uzyskane z analizy genogramu: stan zdrowia rodziców, wykształcenie, zawód, sytuacja zawodowa rodziców, liczebność rodziny w pokoleniach, utraty dotyczące rodzinę a mianowicie śmierci dzieci, śmierci rodziców i dziadków, separacje).

3. Kontekst podjęcia badań

Zespół Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży pracuje w oparciu o eklektyczny model terapii (25), (51). Wykorzystuje on elementy podejścia psychodynamicznego, strukturalnego, systemowego oraz transgeneracyjnego (48). Myślenie systemowe i praca z rodzinami adolescentów zostały zapoczątkowane w oddziale stacjonarnym a następnie były włączane do modeli pracy powstających form ambulatoryjnych stając się ich integralną częścią. Z biegiem lat ten sposób pracy został pozytywnie zweryfikowany i zaakceptowany w codziennej praktyce.

Zarówno oddział stacjonarny jak i Zespół Leczenia Domowego są agendami działającymi w instytucji leczniczej, która przyjmuje pacjentów i ich rodziny według kolejności zgłoszeń ponieważ jest szpitalem rejonowym dla całego makroregionu Polski południowo-wschodniej. Jako jedna z Klinik wchodzących w skład Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego jest również placówką szkoleniową dla studentów medycyny, stomatologii, psychologii i pedagogiki. Pełni również funkcję instytucji umożliwiającej specjalizowanie się lekarzy w zakresie I i II stopnia w psychiatrii ogólnej, psychiatrii rozwojowej, medycynie rodzinnej, psychologii klinicznej, psychoterapii oraz terapii rodzin.

Planując w tych warunkach badania naukowe należy również brać pod uwagę ich techniczną stronę, a mianowicie przy wybieraniu narzędzi badawczych decydować się na takie, które będą umożliwiały zebranie danych, istotnych z punktu widzenia hipotez badawczych, a jednocześnie nie będą zbyt skomplikowane i pracochłonne.

4. Metoda badań

Grupa badana-pacjentów i ich rodzin leczonych w domu i grupa porównawcza-pacjentów i ich rodzin leczonych w oddziale stacjonarnym były dobierane do badania na zasadzie kolejności przyjęć w określonym czasie (od marca do czerwca 1995 oraz od września 1996 do czerwca 1997 roku) w celu uzyskania reprezentatywnej próby zgodnie z losowym przebiegiem przyjęć.

Opierając się na podejściu, że rodzina jest systemem, który odgrywa zasadniczą rolę w procesie rozwoju jednostki, szczególnie dziecka i adolescenta i ma wpływ na pojawienie się objawów chorobowych, w niniejszej pracy obok badania indywidualnej patologii zajęto się badaniem 10 wymiarów opisujących rodzinę (kohezja, ekspresja, konflikt, niezależność poszczególnych jej członków, dokonania, orientacja intelektualno-kulturalna, aktywność, nacisk kładziony na problemy moralno-religijne, organizacja i kontrola) i ich korelacją z objawami psychopatologicznymi prezentowanymi przez identyfikowanego pacjenta.

Obie grupy można porównać między sobą pod względem liczebności, danych demograficznych dotyczących identyfikowanych pacjentów oraz ich rodziców, rozpoznania klinicznego oraz pozostałych danych będących przedmiotem analizy, a więc objawów psychopatologicznych, oceny środowiska rodzinnego przez pacjentów i ich rodziców oraz danych pochodzących z analizy genogramów, które dotyczą rodziny poszerzonej czyli ciotek, wujów, dziadków macierzystych i ojczystych.

W badaniach zostały zastosowane następujące metody:

1. **Skala objawowa BPRS** (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale w wersji zmodyfikowanej Davida Lukoff'a, Keith H. Nuechterlein, Joseph'a Ventur'y, dodatkowo uwzględniająca specyfikę objawów psychopatologicznych dla młodzieży)
2. **Skala środowiska rodzinnego** (Family Environment Scale)- Forma R wg Rudolfa H. Moos'a
3. **Genogram** - mapa rodziny zawierająca informacje o trzech pokoleniach

Skala objawowa BPRS (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale w wersji zmodyfikowanej Davida Lukoff'a, Keith H. Nuechterlein, Joseph'a Ventur'y), dodatkowo uwzględniająca specyfikę objawów psychopatologicznych dla młodzieży - określająca nasilenie objawów psychopatologicznych.

Wybrano tę skalę ponieważ jest ona ogólnie znana i dzięki temu otrzymywane wyniki są porównywalne. Jest krótka, a więc stosunkowo łatwa do zastosowania.

Służy głównie do różnicowania zaburzeń psychiatrycznych od niepsychiatrycznych. Jest propagowana jako standard do oceny objawów psychopatologicznych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (60). Ponadto w psychiatrii wieku rozwojowego brak w zasadzie podobnych skal albo są jedynie wąsko ukierunkowane na jakieś pojedyncze zaburzenie.

Ocena stanu psychopatologicznego pacjenta każdorazowo dokonywana była przez kategoryzację na zmodyfikowanej w UCLA (Lukoff i współ. 1986) skali oceny stanu psychicznego (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) Overalla i Gorhana (1983) obejmującej w swym rozszerzonym wydaniu 24 objawy oceniane na 7-stopniowej skali. Skala posiada dokładnie sprecyzowany opis nasilenia objawów co pozwala przypisać im odpowiednią wartość od 0 do 7 punktów. Uwzględniając specyfikę psychopatologii w okresie adolescencji dodano jeszcze dwie kategorie objawowe a mianowicie bunt wobec dorosłych oraz zaburzenia jedzenia, razem 26 kategorii.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) pierwotnie została opracowana przez Johna Overall'a i Donalda Gorham'a w 1963 roku. Przez lata była modyfikowana przez samych autorów oraz innych badaczy. Jest obecnie najczęściej stosowaną skalą objawową do badania wyników leczenia schizofrenii. Współcześnie trudno jest znaleźć badania skuteczności leków antypsychiatrycznych, w których nie byłaby używana. Większość formularzy BPRS składa się z 16 do 24 punktów, każdy z nich ocenia objawy na 7-stopniowej skali. Niektóre formularze zawierają 6-stopniową skalę ocen. Punkty zawierają w sobie ocenę psychiatryczności, depresji oraz lęku, jednakże przeważają punkty oceniające psychiatryczność. Ostatnie modyfikacje to wersja Hillside oraz poszerzona wersja Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles (UCLA), których zabiegi prowadziły do zwiększenia skuteczności narzędzia. Często wyniki skali BPRS są przedstawiane jako suma wszystkich punktów co służy do porównywania ciężkości zaburzeń (32).

W populacji pacjentów w okresie adolescencji zgłaszających się do leczenia w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w obrazie psychopatologicznym obok objawów psychiatrycznych, nerwicowych oraz depresyjnych obecne są zaburzenia jedzenia oraz objawy będące przejawem zaburzeń zachowania typowych dla tego

okresu, jak również i takie, które są wyrazem kryzysu emocjonalnego związanego z okresem dojrzewania (2). Zastosowana przeze mnie skala objawowa, jakkolwiek obszerna, nie opisywała tego rodzaju zaburzeń. Zaistniała więc konieczność poszerzenia jej o dwa wymiary opisujące bunt wobec dorosłych oraz zaburzenia jedzenia. Nasilenie objawów zostało opisane w podobny sposób jak inne objawy na skali BPRS, a więc na 7-stopniowej skali.

W postaci bardzo łagodnej i łagodnej buntu wobec dorosłych objawy są obecne ale nie zakłócają one funkcjonowania w innych obszarach. W stopniu średnim objawy buntu zakłócają funkcjonowanie w innych obszarach bez naruszania porządku prawnego i odpowiadają kategorii zaburzeń opozycyjno-buntowniczych. W stopniu ciężkim i skrajnie ciężkim objawy buntu zakłócają funkcjonowanie w innych obszarach z jawnym naruszeniem porządku prawnego i odpowiadają kategorii zaburzeń postępowania.

W postaci bardzo łagodnej i łagodnej zaburzeń jedzenia sporadycznie pojawiają się myśli na temat jedzenia i wyglądu ciała, jednakże nie zakłócają one funkcjonowania w innych obszarach, w stopniu średnim zakłócają one funkcjonowanie w innych obszarach, a w stopniu ciężkim i skrajnie ciężkim wypełniają kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego lub bulimii.

Kolejną cechą, która była brana pod uwagę w doborze narzędzia badawczego było możliwie najwięcej wymiarów opisujących rodzinę.

Istotnym było również, aby zarówno pacjent jak i jego rodzina nie mieli trudności z wypełnieniem kwestionariusza. Następną cechą, która wydawała się być istotna to łatwość opracowania uzyskanych wyników, a więc stworzenie bazy danych i dalsze jej opracowanie.

Wszystkie wyżej wymienione cechy spełniała Skala środowiska rodzinnego (FES) opracowana przez Rudolfa Moos'a. Jest ona często stosowanym kwestionariuszem rodzinnym i posiada bardzo dużą literaturę związaną z jej zastosowaniem w badaniach klinicznych i populacyjnych (St.Pauls University of Minesota).

Korzystając z wcześniejszych doświadczeń starszych kolegów badających pacjentów oraz członków ich rodzin metodą kwestionariuszową chciałam uniknąć sytuacji szczegółowego objaśniania pytań i pomocy badacza przy wypełnianiu

formularza, chcąc w ten sposób uniknąć możliwości sugerowania odpowiedzi. Na takie trudności natrafiono na przykład przy stosowaniu narzędzia jakim był kwestionariusz Olsona FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III), który bazował na odpowiedziach podawanych bezpośrednio przez członków rodziny. Odpowiedź na każde zdanie wymagała różnicowania między pięcioma możliwościami: 1-prawie nigdy, 2-rzadko, 3-czasem, 4-często, 5-prawie nigdy. Dotyczyło to osób o niskim poziomie wykształcenia mających trudności z techniczną stroną badania (54), (55), (56), (57).

Skala środowiska rodzinnego (Family Environment Scale - Forma R) wg Rudolfa H. Moos'a, którą wypełnianą wszyscy członkowie rodziny, a więc pacjent, jego rodzice i rodzeństwo powyżej 13 r.ż., oraz inne osoby zamieszkujące we wspólnym mieszkaniu takie jak macocha, konkubent, dziadkowie oraz babcie. Kwestionariusz FES wypełniał niezależnie każdy z członków rodziny przy pierwszym kontakcie z Kliniką. W przypadku rodzin leczonych w Zespole Leczenia Domowego działało się to w trakcie pierwszego spotkania z rodziną na terenie domu, natomiast w przypadku rodzin pacjentów leczonych stacjonarnie przed pierwszym spotkaniem rodzinnym, co w praktyce klinicznej oznacza w pierwszym tygodniu od momentu przyjęcia do Kliniki. Wyjątkami od tej reguły byli pacjenci, których ostry stan psychiatryczny nie pozwalał na wypełnienie kwestionariusza. Wtedy zaraz po ustabilizowaniu się stanu psychicznego byli oni proszeni o wypełnienie kwestionariusza FES.

Family Environment Scale (FES) bada indywidualną percepcję środowiska rodzinnego, jest również podstawą do rozwinięcia typologii rodziny. Składa się ona z 90 zdań, na które respondent odpowiada „tak” lub „nie” (self-report instrument). Koncentruje się ona na relacjach interpersonalnych pomiędzy członkami rodziny, kierunkach rozwoju indywidualnego w rodzinie oraz na organizacji i cechach podtrzymujących system rodzinny (6). Pytania mają dostarczyć informacji na temat podstawowej organizacji struktury rodziny.

Powyższa skala opisuje rodzinę w 10 wymiarach podzielonych na:

a/ wymiar relacyjny (kohezja, ekspresja, konflikt), który bada stopień zaangażowania, otwartości i niezgody każdego spośród członków rodziny.

b/ wymiar indywiduacji osobowej (niezależność, dokonania, orientacja intelektualno-kulturalna, aktywność, problemy moralno-religijne), który bada zainteresowania rodziny aspektami rozwoju osobowego i społecznego.

c/ wymiar podtrzymujący system (organizacja, kontrola), który mierzy stopień sztywności (formalności) i hierarchii w strukturze rodzinnej.

Im wyższa punktacja na skali tym cecha jest bardziej zaznaczona.

Skala środowiska rodzinnego (FES) stara się odzwierciedlać nacisk środowiska rodzinnego na poszczególne aspekty życia. I tak pierwsze trzy wymiary kohezja, ekspresja i konflikt razem mierzą relacje (Relationship) w rodzinie. Moos opisując te skale jako badające do jakiego stopnia „członkowie rodziny czują swoją przynależność i są dumni ze swojej rodziny, do jakiego stopnia panuje otwarta ekspresja wewnątrz rodziny i stopień do jakiego konfliktowe interakcje są charakterystyczne dla rodziny” (42).

Wymiary relacyjne badają stopień zaangażowania, pomocy i wsparcia jakich członkowie rodziny dostarczają sobie wzajemnie, stopień do jakiego członkowie rodziny są zachęcani do otwartego działania i wyrażania wprost uczuć, ilość otwarcie wyrażonej złości, agresji i konfliktu między członkami rodziny (45).

Następne pięć skal to wymiary opisujące indywiduację osobową (Personal Growth). Składają się na nią: niezależność, osiągnięcia, orientacja intelektualno-kulturalna, rekreacja, nacisk na sprawy moralno-religijne. Niezależność (Independence) określa stopień do jakiego członkowie rodziny robią rzeczy samodzielnie. Osiągnięcia (Achievement orientation) odzwierciedlają nacisk na aktywności szkolne. Orientacja intelektualno-kulturalna (Intellectual-Cultural Orientation) wskazuje na ilość i różnorodność aktywności kulturalnych i intelektualnych. Rekreacja (Active-Recreational Orientation) mierzy ilość i intensywność zaangażowania w aktywności sportowo-rekreacyjne. Nacisk na problemy moralno-religijne (Moral-Religious Emphasis) pokazuje do jakiego stopnia rodzina aktywnie dyskutuje zagadnienia etyczno-religijne.

Skale rozwoju indywidualnego lub nacisk na osiągnięcia badają do jakiego stopnia członkowie rodziny są asertywni i podejmują samodzielnie decyzje, określają stopień do jakiego szkoła i praca są przedmiotem rywalizacji, badają

stopień zainteresowania polityką, zagadnieniami społecznymi, aktywność intelektualną i kulturalną, stopień udziału w aktywnościach społecznych i rekreacyjnych, stopień nacisku na problemy i wartości etyczne i religijne (45).

Trzecia i ostatnia grupa podskal to skonceptualizowane przez Moos'a jako wymiary podtrzymujące system (System Maintenance). Zalicza on do nich organizację i kontrolę. Organizacja (Organization) odzwierciedla ważność porządku i organizacji w aktywnościach rodzinnych, w szczególności w odniesieniu do rodzinnych reguł i odpowiedzialności. Natomiast kontrola (Control) wskazuje stopień do jakiego organizacja rodziny funkcjonuje w sposób hierarchiczny oraz sztywność zasad i procedur rodzinnych.

Wymiary podtrzymujące system badają istotność jasnej organizacji i struktury w odpowiedzialności i planowaniu aktywności rodziny oraz stopień do jakiego zasady i procedury są używane do kierowania życiem rodziny (43), (44), (45).

Współczynnik niezgodności (Family Incongruence Score) jest to absolutna różnica pomiędzy każdą parą członków rodziny w zakresie wszystkich 10 podskal. Jest on sumą wszystkich różnic pomiędzy parami i wyraża stopień do jakiego członkowie rodziny różnią się między sobą w opisie klimatu swojej rodziny.

Genogram jest mapą rodziny zawierającą informacje o trzech pokoleniach (36).

Genogram jest graficznym przedstawieniem drzewa rodzinnego, które zawiera informacje o conajmniej trzech pokoleniach. Umożliwia on szybkie zobrazowanie wzorów rodzinnych, jak również jest źródłem hipotez - jak problem kliniczny może być połączony z kontekstem rodzinnym. Równocześnie jego zadaniem jest pokazywanie ewolucji problemu i kontekstu na przestrzeni czasu.

Szkielet genogramu zawiera informacje o strukturze rodziny. Następnie umieszcza się na nim inne informacje takie jak: dane demograficzne, funkcjonalne oraz krytyczne wydarzenia rodzinne.

Informacje demograficzne zawierają wiek poszczególnych członków rodziny, daty urodzin i śmierci, miejsce zamieszkania, zawód oraz wykształcenie.

Informacje funkcjonalne zawierają dane o stanie medycznym, emocjonalnym oraz zachowaniu rozmaitych członków rodziny. Są to na przykład obiektywne dane takie jak opuszczenie pracy, nadużywanie alkoholu, przebyte choroby i operacje. Informacje te są umieszczane obok symbolu danego członka rodziny na genogramie.

Krytyczne wydarzenia rodzinne to ważne zmiany dotyczące relacji, migracje, utraty i sukcesy. Daje to obraz ciągłości historii rodzinnej i jej wpływu na każdego z jej członków. Niektóre z tych wydarzeń były już wymienione jako dane demograficzne np. narodziny lub śmierć w rodzinie. Pozostałe to małżeństwa, separacje, rozwody, przeprowadzki i zmiany pracy.

Analizując mapę rodziny staramy się znaleźć związek między chorobą identyfikowanego pacjenta a ważnymi wydarzeniami rodzinnymi.

Genogram został zaakceptowany przez klinicystów, ponieważ jest rzeczywistym obrazem rodziny. Obrazuje on strukturę rodziny, a w pracy klinicznej niezwykle szybko dostarcza wielu istotnych informacji o rodzinie. Przy pierwszym zetknięciu z nim szybko daje terapeutom wyobrażenie o potencjalnych problemach, a odzwierciedlając relacje i wzory funkcjonowania pomaga myśleć systemowo w jaki sposób wydarzenia i relacje w życiu pacjentów są związane ze wzorami zdrowia i choroby.

Zbieranie genogramu jest jedynie częścią ogólnego badania. Jest on subiektywnym, interpretacyjnym narzędziem (self-report instrument) przy pomocy którego klinicysta może sformułować wstępną hipotezę potrzebną do dalszego systemowego badania.

Genogram jest konstruowany podczas pierwszej sesji rodzinnej, a następnie uzupełniany podczas kolejnych spotkań w miarę jak pojawiają się nowe informacje. Pozwala on członkom rodziny zobaczyć siebie w nowy sposób, często dowiedzieć się o sprawach, które są tajemnicą rodzinną i z tego punktu widzenia jest dobrym sposobem na przyłączenie się („joining”) do rodziny w terapii. Pozwala on zarówno klinicyście jak i rodzinie zobaczyć obecny i historyczny obraz, ponieważ informacje mogą być widziane horyzontalnie to znaczy w poprzek rodziny jaki i wertykalnie czyli poprzez generacje.

Zbieranie genogramu jest okazją do zadawania pytań cyrkularnych i w ten sposób obok dostarczania informacji, jednocześnie daje możliwość łatwego diagnozowania takich elementów dynamiki rodzinnej, które w standardowej rozmowie albo kwestionariuszu nie wychodzą na jaw, a odgrywają kluczową rolę w życiu danej rodziny (31).

Również wzory rozmaitych relacji: bliskości, dystansu, konfliktu oraz innych mogą być transmitowane poprzez pokolenia. Genogram pozwala zobaczyć te skomplikowane relacje pomiędzy członkami rodziny, a ich narysowanie uwidacznia przekazywanie ich pomiędzy generacjami.

Wzory funkcjonowania, relacje i struktura rodziny transmitują się poprzez generacje. Istnieje możliwość powtarzania się wzorów w momencie zgłaszania się pacjenta do leczenia jak i w przyszłości. Poprzez poznanie ich istnieje możliwość pomocy rodzinie w ich zmianie.

5. Analiza statystyczna

Do przeprowadzenia analizy statystycznej zależności pomiędzy badanymi cechami a decyzją o miejscu leczenia użyto: dla zmiennych jakościowych testu niezależności chi-kwadrat, natomiast dla zmiennych ilościowych testu t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych i testu zgodności sumy rang Manna-Whitneya-Wilcoxon. Tego ostatniego użyto również przy analizie zmiennych jakościowych w celu poparcia związków widocznych ale słabo istotnych wykrytych przy pomocy testu chi-kwadrat.

Do stwierdzenia związków występujących pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a wymiarami opisującymi środowisko rodzinne (Family Environment Scale) użyto współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Istotność odchylenia współczynnika korelacji od zera zbadano odpowiednim testem istotności.

Opracowanie statystyczne przedstawionego materiału zastało wykonane pod kierownictwem i przy współudziale mgr Jana Meusa.

III. Opis badanej grupy

Rozdział ten zawiera podstawowe informacje dotyczące identyfikowanego pacjenta oraz członków jego najbliższej rodziny a więc matki i ojca. Podano kryteria doboru pacjentów i ich rodzin do grupy badanej oraz grupy porównawczej, liczebność grup, płeć, wiek, sytuację szkolną pacjentów oraz rozpoznanie kliniczne według kryteriów ICD-10 (33).

W opisie członków rodziny uwzględniono wiek, wykształcenie oraz zawód rodziców. Jedna tabela poświęcona jest liczebności rodziny nuklearnej.

W tej części pracy zaprezentowano jedynie te cechy, **które w badanych grupach nie wykazują różnic istotnych statystycznie.**

1. Pacjenci

Badaniem objętych zostało 61 pacjentów i ich rodziny przyjmowanych do leczenia w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Grupę badaną stanowią pacjenci zamieszkujący na obszarze jednej dzielnicy Krakowa-Krowodrzy objęci opieką w alternatywnej do oddziału stacjonarnego formie leczenia jaką jest Zespół Leczenia Domowego. Natomiast grupa porównawcza to pacjenci i ich rodziny przyjmowani tradycyjnie do leczenia stacjonarnego, zamieszkujący na terenie miasta Krakowa. Pacjenci i ich rodziny byli dobierani do obu grup według kolejności zgłaszania się do Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Wyłączono z badania tych pacjentów, którzy od dłuższego czasu przebywali poza domem bez kontaktu z rodziną. Dotyczyło to pojedynczych przypadków adolescentów hospitalizowanych na oddziale stacjonarnym, a przebywających w placówkach opiekuńczych.

Badaniem objęto adolescentów od 13 roku życia (tj. uczęszczających do ostatnich klas szkoły podstawowej) do czasu ukończenia szkoły średniej oraz ich rodziny (rodzice, rodzeństwo oraz inni członkowie rodziny zamieszkujący we

wspólnym gospodarstwie: macocha, konkubent, dziadkowie) przyjmowanych do leczenia w naszej instytucji.

Materiał zbierany był od marca do czerwca 1995 roku oraz od września 1996 do czerwca 1997 roku.

W okresie od marca do czerwca 1995 roku zostało przyjętych ogółem do Zespołu Leczenia Domowego 30 pacjentów, w tym 8 w wieku 13 lat i więcej, którzy mieszkali razem z rodzinami na obszarze dzielnicy Krowodrza. Pozostali pacjenci byli młodsi i nie zostali objęci badaniem. W okresie od września 1996 roku do czerwca 1997 roku ogółem objęto leczeniem w Zespole Leczenia Domowego 75 pacjentów, z czego analizą objęto 23 pacjentów, którzy spełniali kryteria przyjęciowe, a mianowicie mieli więcej niż 13 lat, mieszkali z rodziną w dzielnicy Krowodrza. Pozostałych 52 pacjentów to: 47 to dzieci oraz 5 pacjentów przekazanych do dalszej opieki po leczeniu szpitalnym. Ze względu na to, że ci ostatni i ich rodziny byli badani w momencie przyjęcia do oddziału stacjonarnego nie zostali włączeni do badania. Ogółem grupa badana liczyła 31 pacjentów oraz członków ich rodzin zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie.

W okresie od marca do czerwca 1995 roku do oddziału stacjonarnego zastało przyjętych 40 pacjentów, w tym 16 pacjentów z terenu miasta Krakowia. Z tej grupy analizą zostało objętych 11 pacjentów i członków ich rodzin, ponieważ 3 pacjentów wypisało się przed upływem 24 godzin. Były to przypadki adolescentów z zaburzeniami zachowania hospitalizowanych przez lekarza dyżurnego z powodu reakcji sytuacyjnej. Wyżej wymienieni pacjenci nie zostaliby z pewnością zakwalifikowani do leczenia stacjonarnego przez lekarza pracującego w ambulatorium naszej Kliniki. Zwykle w takich sytuacjach po przeprowadzeniu konsultacji pacjent i jego rodzina są kierowani do leczenia w jednej z agend pracujących na bazie ambulatoryjnej. Pozostałych dwoje pacjentów, zameldowanych w Krakowie, przebywało w zakładach opiekuńczych z powodu upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym i głębszym. Z powodu zaostrzenia zachowań agresywnych byli okresowo hospitalizowani w Klinice. Pacjenci ci nie zostali objęci analizą ponieważ ich poziom intelektualny nie pozwalał na wiarygodne wypełnienie kwestionariusza - Skala środowiska rodzinnego (FES) R. Moos'a, jak również z tego powodu, że nie funkcjonowali

oni w rodzinie z racji przebywania w placówce opiekuńczej. W okresie od września 1996 roku do czerwca 1997 roku w oddziale młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży hospitalizowanych było 102 pacjentów, w tym 21 z terenu miasta Krakowa. Z tej grupy analizą objęto 19 pacjentów i członków ich rodzin, dwóch pacjentów podobnie jak w pierwszej grupie przebywało na oddziale mniej niż 24 godziny i z powodu zbyt krótkiego czasu przebywania na oddziale i niekompletnych danych nie zostało objętych dalszą analizą. Ogółem grupa porównawcza liczyła 30 pacjentów i członków ich rodzin.

Tabela 1				
Płeć IP	Grupa badana		Grupa porównawcza	
kobiety IP	17	54.8%	18	60.0%
mężczyźni IP	14	45.2%	12	40.0%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej identyfikowanymi pacjentami jest 31 adolescentów, w tym 17 dziewcząt (54.8%) oraz 14 chłopców (45.2%). Grupa porównawcza liczy 30 pacjentów, wśród których jest 18 dziewcząt (60.0%) oraz 12 chłopców (40.0%). Razem w obu grupach było 35 dziewcząt (57.4%) oraz 26 chłopców (42.6%).

Analiza jakościowa testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 2		
Wiek IP	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	16.71	17.23
Ilość pacjentów	31	30

W grupie badanej średnia wieku pacjentów leczonych w Zespole Leczenia Domowego wynosiła 16.71 lat, natomiast leczonych w oddziale stacjonarnym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży wynosiła 17.23 lat. Porównanie tych wartości testem t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych nie wykazuje różnic

istotnych statystycznie ($p > 0.05$). Są to młodzi ludzie, którzy uczęszczają do różnych rodzajów szkół średnich i ostatnich klas szkoły podstawowej, dla których Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ jest szpitalem rejonowym. Najmłodsza pacjentka objęta opieką Zespołu Leczenia Domowego miała ukończone 14 lat, zaś najstarsi ukończone 19 lat. W grupie pacjentów leczonych w oddziale stacjonarnym najmłodsza pacjentka miała ukończone 13 lat, najstarsza zaś 20 lat. W obu grupach mamy pacjentów w różnych fazach okresu dojrzewania, zarówno w fazie początkowej, środkowej jak i końcowej.

Średnia wieku w grupie badanej przez M. Orwid (50) wynosiła odpowiednio dla pacjentów schizofrenicznych 16.4 lat oraz dla pacjentów neurotycznych 16.1 lat. Średnia wieku w grupie badanej przez K. Pietruszewskiego (54) wynosiła 16.96 lat.

W tabeli 3 zestawiono rodzaje szkół do których uczęszczają pacjenci z grupy badanej oraz z grupy porównawczej.

Tabela 3				
Sytuacja szkolna	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowa	2	6.5%	5	16.7%
zawodowa	3	9.7%	2	6.7%
technikum	4	12.9%	0	0.0%
LO dzienne	22	71.0%	21	70.0%
LO dla pracujących	0	0.0%	1	3.3%
specjalna	0	0.0%	1	3.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

Z grupy badanej 2 pacjentów uczęszczało do szkoły podstawowej co stanowi 6.5%, 3 (9.7%) uczęszczało do szkoły zawodowej, 4 (12.9%) było uczniami technikum, natomiast 22 (71.0%) adolescentów było uczniami Liceum Ogólnokształcącego.

W grupie porównawczej, a więc wśród pacjentów leczonych w oddziale stacjonarnym 5 (16.7%) było uczniami szkoły podstawowej, 2 (6.7%) uczyło się w szkole zawodowej, 21 (70.0%) było uczniami Liceum Ogólnokształcącego, 1

(3.3%) uczęszczał do Liceum dla pracujących oraz 1 pacjent (3.3%) był uczniem średniej szkoły specjalnej.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Dla porównania 50% pacjentów schizofrenicznych badanych przez M. Orwid (50) uczęszczało do szkoły średniej, a 20% do szkoły zawodowej. W grupie pacjentów neurotycznych aż 70% było uczniami szkoły średniej, a ponad 7% uczniami szkoły zawodowej.

W grupie opisywanej przez K. Pietruszewskiego (54) 43.8% pacjentów było uczniami liceum lub technikum, a 56.3% uczęszczało do szkół zawodowych lub podstawowych.

Tak więc w przedstawianym przeze mnie materiale obie grupy są porównywalne pod względem płci oraz przynależności do grupy szkolnej. Zwraca uwagę duża ilość osób będących uczniami liceum, ale w zestawieniu z wynikami uzyskanymi przez M. Orwid i K. Pietruszewskiego wydaje się to być typowe dla populacji pacjentów leczonych w krakowskiej Klinice. Pacjenci badani przeze mnie zamieszkują na terenie miasta Krakowa i ich sytuacja szkolna jest odzwierciedleniem sytuacji społeczno-demograficznej dużego, uniwersyteckiego miasta.

Tabela 4		
Miejsce zamieszkania pacjenta	Grupa badana	Grupa porównawcza
Kraków	31	30

Wszyscy pacjenci mieszkają w Krakowie. W grupie badanej jest to 31 osób zamieszkujących tylko w jednej dzielnicy Krakowa-Krowodrzy, dla której został utworzony Zespół Leczenia Domowego. Natomiast w grupie porównawczej znajduje się 30 pacjentów mieszkających na obszarze całego Krakowa. Jeżeli chodzi o liczebność grup nie ma różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).



Tabela 5				
Pacjent jest dzieckiem	Grupa badana		Grupa porównawcza	
naturalnym	30	96.8%	30	100.0%
adoptowanym	1	3.2%	0	0.0%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej liczącej 31 pacjentów, 30 (96.8%) to dzieci naturalne oraz 1 pacjent (3.2%), który jest dzieckiem adoptowanym.

W grupie porównawczej wszyscy pacjenci są dziećmi naturalnymi.

Tabela 6				
Liczba dzieci w rodzinie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
jedno	12	38.7%	11	36.7%
dwoje	13	41.9%	13	43.3%
troje	4	12.9%	3	10.0%
czworo	2	6.5%	2	6.7%
więcej niż czworo	0	0.0%	1	3.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej 12 pacjentów tj. 38.7% z całej grupy było jedynakami. W 13 przypadkach, co stanowi 41.9%, w rodzinie było po dwoje dzieci. W 4 przypadkach (12.9%) w rodzinie było troje dzieci. Czworo dzieci było jedynie w 2 rodzinach, co stanowi 3.3% opisywanej grupy.

W grupie porównawczej 11 pacjentów, a więc 36.7% było jedynakami., a 13 adolescentów (43.3%) miało po jednym bracie lub siostrze. W 3 rodzinach (10.0%) było troje dzieci, a 2 rodziny (6.7%) posiadały po czworo dzieci. W 1 przypadku (3.3%) rodzina liczyła 8 dzieci.

W badanej populacji najczęściej rodzin posiada jedno lub dwoje dzieci. Niewielka jest natomiast grupa rodzin wielodzietnych. Odzwierciedla to tendencję demograficzną do posiadania coraz mniejszej liczby potomstwa.

Diagnoza psychiatryczna wg kryteriów ICD-10 wśród identyfikowanych pacjentów w obu grupach przedstawiała się następująco:

Tabela 7				
Diagnoza wg ICD-10	Grupa badana		Grupa porównawcza	
schizofrenia	6	19.4%	13	43.3%
zaburzenia nastroju	5	16.1%	6	20.0%
zaburzenia nerwicowe	5	16.1%	4	13.3%
zespoły behawioralne	1	3.2%	2	6.7%
zaburzenia osobowości	1	3.2%	0	0.0%
zaburz. zachowania	2	6.5%	0	0.0%
zaburz. zachow. i emocji	11	35.5%	5	16.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

Rozpoznanie było stawiane według kryteriów określonych przez ICD-10 (33). W grupie badanej było 6 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, co stanowi 19.4% wszystkich rozpoznań w tej grupie. U 5 pacjentów rozpoznano zaburzenia nastroju, co stanowiło 16.1% rozpoznań w opisywanej grupie. Nerwice stwierdzono u 5 (16.1%) pacjentów, w 1 przypadku rozpoznano bulimię zaliczaną do zespołów behawioralnych, co stanowiło 3.2% . U 1 (3.2%) pacjenta rozpoznano zaburzenia osobowości, u 2 (6.5%) pacjentów stwierdzono zaburzenia zachowania oraz u 11 (35.5%) adolescentów rozpoznano zaburzenia zachowania i emocji.

W grupie porównawczej rozpoznano schizofrenię w 13 przypadkach, co stanowi 43.3% rozpoznań w tej grupie. Zaburzenia zachowania stwierdzono u 6 pacjentów, co stanowi 20.0% rozpoznań w wyżej opisywanej grupie. U 4 (13.3%) adolescentów rozpoznano nerwicę, w 2 (6.7%) przypadkach stwierdzono zespoły behawioralne oraz u 5 (16.7%) pacjentów rozpoznano zaburzenia zachowania i emocji.

Porównanie dwóch grup pod względem kategorii diagnostycznych testem chi-kwadrat, mimo różnych ilości pacjentów w każdej podgrupie, nie wykazało różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

2. Rodzice pacjentów

2.1. Matki

Tabela 8				
Czy matki IP żyją	Grupa badana		Grupa porównawcza	
tak	30	96.8%	30	100.0%
nie	1	3.2%	0	0.0%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

Grupa badana liczy 31 matek: żyje 30, co stanowi to 96.8%, jedna (3.2%) matka zmarła wskutek choroby nowotworowej.

W grupie prównawczej wszystkie matki żyją.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 9		
Matki - wiek	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	46.2	45.87
Ilość matek	30	30

W grupie badanej w analizie statystycznej uwzględniono średnią wieku dla 30 matek, ponieważ 1 matka nie żyje.

Średnia wieku matek w grupie badanej była nieco wyższa i wynosiła 46.2 lat, podczas gdy w grupie porównawczej - 45.87 lat. Porównanie tych wartości testem t-Studenta nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Dla porównania średnia wieku dla matek schizofreników w grupie badanej przez M. Orwid (50) wynosiła 43.6 lat, a dla matek neurotyków 40.0 lat. W grupie opisywanej przez K. Pietruszewskiego (54) średnia wieku matek wyniosła 47.68 lat.

W takim zestawieniu wyraźnie widać, że matki w grupie badanej i porównawczej są starsze od matek pacjentów leczonych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży 20 lat temu. Jest to zgodne z ogólną tendencją demograficzną decydowania się później na rodzicielstwo.

Tabela 10				
Matki - wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	1	3.2%	1	3.3%
zawodowe	1	3.2%	3	10.0%
śr.zawodowe	7	22.6%	9	30.0%
śr.ogólne	5	16.1%	5	16.7%
niep.wyższe	1	3.2%	3	10.0%
wyższe	16	51.6%	9	30.0%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej na 31 matek: 1 (3.2%) miała wykształcenie podstawowe, 1 (3.2%) wykształcenie zawodowe, 7 (22.6%) wykształcenie średnie zawodowe, 5 (16.1%) średnie ogólne, 1 matka (3.2%) miała wykształcenie niepełne wyższe oraz 16 (51.6%) miała wykształcenie wyższe.

W grupie porównawczej wśród 30 matek: 1 (3.3%) miała wykształcenie podstawowe, 3 matki (10.0%) były absolwentkami szkół zawodowych, 9 (30.0%) miało wykształcenie średnie zawodowe, 5 matek (16.7%) ukończyło liceum ogólnokształcące, 3 matki (10.0%) miały wykształcenie niepełne wyższe oraz 9 matek (30.0%) ukończyło studia wyższe.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

W grupie opisywanej przez M. Orwid (50) większość rodziców posiadała wykształcenie podstawowe lub średnie.

Tabela 11				
Matki - zawód	Grupa badana		Grupa porównawcza	
inż. tech./rolny	1	3.2%	0	0.0%
ekonomista/prawnik	3	9.7%	2	6.7%
nauczyciel	6	19.4%	6	20.0%
inny specjalista	4	12.9%	0	0.0%
lekarz	2	6.5%	0	0.0%
artysta	2	6.5%	1	3.3%

śr. pers. nieprod.	7	22.6%	11	36.7%
śr. pers. prod.	2	6.5%	2	6.7%
rolnik	0	0.0%	1	3.3%
rzemieślnik	0	0.0%	1	3.3%
robotnik	1	3.2%	1	3.3%
inny	3	9.7%	5	16.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

Pod względem przynależności do grupy zawodowej w grupie badanej 1 matka (3.2%) była inżynierem, 2 matki (9.7%) pracowały jako specjalista ekonomista, 6 (19.4%) było nauczycielkami, 4 innymi specjalistami po studiach wyższych, co stanowiło 12.9% badanej grupy. Dwie matki były lekarzami (6.5%) i również dwie (6.5%) wykonywały zawód - artysta. Jako średni personel nieprodukcyjny pracowało 7 matek (22.6%). Były to kierownik działu żywienia, położna, kreślarz, urzędniczki i księgowe. Do podgrupy średni personel produkcyjny zaliczono 2 matki (6.5%), prowadziły one własne firmy produkcyjne. Na stanowisku robotnik była zatrudniona 1 matka (3.25%). Pozostałe 3 matki (9.7%) zajmowały się domem.

W grupie porównawczej 2 matki były ekonomistami (6.7%), 6 (20.0%) matek pracowało jako nauczycielki, 1 (3.3%) matka była artystką. Największą pod względem liczebności grupę zawodową stanowiły matki zaliczane do grupy średni personel nieprodukcyjny, było ich 11 co stanowi 36.7 % opisywanej grupy. Wykonywały one zawody księgowej, były urzędniczkami, laborantkami. Jako średni personel produkcyjny, we własnych firmach, pracowały 2 matki, co stanowi 6.7 %. Jedna (3.3%) matka była rolnikiem, jedna matka (3.3%) rzemieślnikiem i jedna (3.3 %) pracowała jako robotnik. Pozostałe matki zajmowały się domem, było ich 5, co stanowi 16.7 %.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

W porównaniu z grupą opisywaną przez M. Orwid (50), gdzie duża część matek wykonywała zawód robotnika, matki w obu grupach mają znacznie wyższy status zawodowy.

2.2. Ojcowie

Tabela 12

Czy ojcowie IP żyją	Grupa badana		Grupa porównawcza	
tak	27	87.1%	28	93.3%
nie	4	12.9%	2	6.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej na 31 ojców żyje 27, co stanowi 87.1%, nie żyje zaś 4 ojców co stanowi 12.9%. Natomiast w grupie porównawczej na 30 ojców żyje 28, co stanowi 93.3%, a nie żyje 2 co stanowi 6.7%.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 13

Jak zmarli ojcowie IP	Grupa badana		Grupa porównawcza	
śmierć nagła	3	75.0%	2	100.0%
śmierć przewlekła	1	25.0%	0	0.0%
Razem	4	100.0%	2	100.0%

W grupie badanej 3 ojców (75.0%) zmarło śmiercią nagłą na skutek zawału mięśnia sercowego i samobójstwa w jednym przypadku. Tylko w jednym przypadku (25.0%) śmierć była oczekiwana ponieważ ojciec długo chorował na chorobę nowotworową.

W grupie porównawczej obie śmierci ojców były nagłe, mianowicie zginęli oni w wypadkach samochodowych.

Porównanie wyżej wymienionych wartości testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 14		
Ojcowie - wiek	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	47.63	49.57
Ilość ojców	27	28

W grupie badanej obliczono średni wiek dla 27 ojców, ponieważ 4 nie żyje, a w grupie porównawczej dla 28 ojców, gdyż 2 ojców nie żyje.

Średnia wieku ojców w grupie badanej wynosiła 47.63 lat. W grupie porównawczej zaś 49.57 lat, a więc była nieco wyższa. Porównanie wartości testem t-Studenta nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

W grupie badanej przez M. Orwid (50) średni wiek dla ojców schizofreników wynosił 47.5 lat, a dla ojców neurotyków 44.5 lat. W grupie opisywanej przez K. Pietruszewskiego (54) średni wiek ojców wynosił 46.18 lat.

Tak więc ojcowie w grupie badanej i porównawczej są starsi w porównaniu z ojcami pacjentów badanych przed dwudziestoma laty.

Tabela 15				
Ojcowie - wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	1	3.2%	5	16.7%
zawodowe	3	9.7%	6	20.0%
śr.zawodowe	3	9.7%	7	23.3%
śr.ogólne	2	6.5%	1	3.3%
wyższe	22	71.0%	11	36.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej wśród 31 ojców: 1 (3.2%) miał wykształcenie podstawowe, 3 (9.7%) zawodowe, 3 (9.7%) średnie zawodowe, 2 (6.5%) średnie ogólne, a 22 (71.0%) wyższe.

W grupie porównawczej na 30 ojców: 5 (16.7%) miało wykształcenie podstawowe, 6 (20.0%) zawodowe, 7 (23.3%) średnie zawodowe, 1 (3.3%) średnie ogólne i 11 ojców (36.7%) miało wykształcenie wyższe.

W grupie badanej zwraca uwagę wysoki procent ojców z wyższym wykształceniem (71.0%) oraz niewielki procent ojców z wykształceniem podstawowym (3.2%).

W grupie porównawczej rozkład ten jest bardziej równomierny. Nadal najmniej liczną podgrupą są ojcowie z wykształceniem podstawowym, nieco liczniejszą z wykształceniem zawodowym, jeszcze liczniejszą z wykształceniem średnim i najliczniejszą podgrupę stanowią ojcowie z wykształceniem wyższym. Porównanie tych grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$)

W porównaniu z grupą opisywaną przez M. Orwid (50), gdzie ojcowie w przeważającej części mieli wykształcenie podstawowe i zawodowe obserwujemy wzrost poziomu wykształcenia.

Tabela 16				
*Ojciec-zawód	Grupa badana		Grupa porównawcza	
inż. tech./rolny	7	22.6%	5	16.7%
ekonomista/prawnik	1	3.2%	0	0.0%
nauczyciel	1	3.2%	2	6.7%
inny specjalista	6	19.4%	1	3.3%
lekarz	5	16.1%	1	3.3%
artysta	3	9.7%	3	10.0%
śr. pers. nieprod.	4	12.9%	5	16.7%
śr.pers. prod.	0	0.0%	2	6.7%
rolnik	0	0.0%	1	3.3%
rzemieślnik	2	6.5%	3	10.0%
robotnik	2	6.5%	7	23.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej z 31 ojców 7 (22.6%) wykonywało zawód inżyniera, 2 (6.7%) to nauczyciele, 1 (3.3%) był innym niż wymienieni specjalistą po studiach wyższych, 5 (16.1%) było lekarzami, 3 (9.7%) to artyści. Jako średni personel nieprodukcyjny pracowało 4 ojców co stanowi 12.9%. Byli to despozytor ruchu

na kolei, geolog, urzędnik oraz pracownik obsługujący cyklotron. Dwóch ojców (6.5%) było rzemieślnikami i również dwóch (6.5%) robotnikami.

W grupie porównawczej przynależność do grup zawodowych wyglądała następująco. Inżynierami było 5 ojców co stanowi 16.7%. Dwóch ojców (6.7%) pracowało jako nauczyciele, jeden (3.3%) był innym specjalistą po studiach wyższych. Również jeden ojciec (3.3%) był lekarzem. Artystami było trzech ojców (10.0%). Zawody zaliczane do podgrupy średni personel nieprodukcyjny wykonywało 5 ojców to jest 16.7 %. Byli to kierownik magazynu, księgowi, instruktor jazdy samochodem oraz pracownik cywilny wojska. Natomiast do podgrupy średni personel produkcyjny zaliczono 2 (6.7%) ojców. Byli to mechanik oraz elektryk. Jeden ojciec (3.3%) był rolnikiem, trzech (10.0%) rzemieślnikami, a 7 (23.3%) pracowało jako robotnicy.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

4

IV. Wyniki badań własnych

1. Opis związków pomiędzy zmienną objaśnianą (badanymi grupami) a zmiennymi objaśniającymi

Cała praca poświęcona jest analizie wpływu zmiennych objaśniających (niezależnych) na zmienną zależną (objaśnianą) jaką jest decyzja o podjęciu leczenia pacjenta w domu lub w oddziale szpitalnym.

Przez zmienne objaśniające rozumiemy w pracy: zmienne demograficzne, środowiskowe dotyczące pacjenta oraz rodziny nuklearnej i poszerzonej, nasilenie objawów psychopatologicznych u identyfikowanego pacjenta, wymiary opisywane poprzez Skalę środowiska rodzinnego (kohezja, ekspresja, konflikt, niezależność, dokonania, orientacja intelektualno- kulturalna, aktywność, problemy moralno-religijne, organizacja, kontrola).

✧ Dokonano porównania badanych grup w obrębie wszystkich zmiennych będących przedmiotem pracy. Z uwagi na wielkość materiału do dalszej analizy i prezentacji włączono tylko te zmienne, które były istotne statystycznie oraz niektóre z ważniejszych cech klinicznych, które nie wykazywały istotności statystycznej, ale ich pokazanie było ważne z punktu widzenia postawionych pytań badawczych.

W prezentowanych wynikach podawane są istotności statystyczne informujące o występujących różnicach w liczebnościach lub nasileniu prezentowanych cech. Ważne jest, że z uwagi na wielkość badanego materiału nie należy automatycznie utożsamiać braku występowania istotności z brakiem wpływu badanej cechy na decyzję o miejscu leczenia.

Z kolei w przypadku występowania istotnych statystycznie różnic czy związków należy pamiętać, że przy niewielkiej liczebnie grupie związek taki musi być mocno zaznaczony w badanej populacji aby został zauważony w postaci istotności statystycznej.

W niniejszym rozdziale zostaną omównione wyniki porównania obu grup: grupy badanej i grupy porównawczej. Zostaną one zaprezentowane w następującej kolejności:

- szczegółowa analiza danych dotyczących grupy badanej i grupy porównawczej z uwzględnieniem informacji pochodzących z genogramów dotyczących identyfikowanych pacjentów i ich rodziców
- porównanie obu grup pod względem nasilenia objawów psychopatologicznych przy użyciu Skali BPRS
- porównanie obu grup pod względem opisywanego środowiska rodzinnego przy użyciu Skali Środowiska Rodzinnego (FES)
- analiza danych dotyczących poszerzonej rodziny pochodzących z genogramów (dziadkowie, rodzeństwo rodziców)

2. Szczegółowa analiza danych dotyczących grupy badanej i grupy porównawczej z uwzględnieniem informacji pochodzących z genogramów dotyczących identyfikowanych pacjentów i ich rodziców

2.1. Pacjenci

W tabeli przedstawiono kolejność adolescenta - IP w szeregu rodzeństwa w obu grupach.

Tabela 17		
Którym z żyjących dzieci jest pacjent	Grupa badana	Grupa porównawcza
pierwszym	18	19
drugim	11	7
trzecim	2	1
czwartym	0	2
piątym	0	1
Razem	31	30

Interesującym jest fakt, że w grupie badanej wśród 18 pacjentów, którzy byli najstarszymi wśród dzieci aż 12 było jedynakami, a pozostałych 6 pierwszymi w szeregu rodzeństwa. W grupie porównawczej sytuacja jest jeszcze

bardziej wyraźna bo spośród 19 pacjentów 11 było jedynakami, a pozostałych 8 pierworodnymi dziećmi. W zestawieniu z następną tabelą warto zaznaczyć, że identyfikowani pacjenci w obu grupach byli pierwszymi jacy urodzili się żywi po śmierci poprzednich dzieci w rodzinie lub pozostali jako jedyni przy życiu po śmierci rodzeństwa. Tak więc obok trudności wynikających z bycia najstarszym lub jedynym dzieckiem w rodzinie, pojawia się dodatkowo problem narodzin w trakcie żałoby po stracie poprzedniego dziecka (47).

Tabela 18		
Liczba rodzin w których zmarły dzieci	Grupa badana - ilość rodzin	Grupa porównawcza- ilość rodzin
jedno	2	2
dwoje	0	1
troje	1	0
Razem	3	3

W grupie badanej w 2 rodzinach zmarło jedno dziecko, w 1 zaś troje dzieci. Tak więc śmierć dzieci pojawiła się w 3 rodzinach.

W grupie porównawczej w 2 rodzinach zmarło jedno dziecko, a w 1 rodzinie dwoje dzieci. Podobnie jak w poprzedniej grupie śmierć dzieci wystąpiła w 3 rodzinach.

Tabela 19		
Liczba dzieci nieżyjących w rodzinie	Grupa badana - ilość rodzin	Grupa porównawcza - ilość rodzin
jedno	$2 \times 1 = 2$	$2 \times 1 = 2$
dwoje	$0 \times 2 = 0$	$1 \times 2 = 2$
troje	$1 \times 3 = 3$	$0 \times 3 = 0$
Razem dzieci	5	4

W grupie badanej w dwóch rodzinach zmarło po 1 dziecku, a w jednej rodzinie 3 dzieci. Razem w grupie badanej zmarło pięcioro dzieci.

Również w grupie porównawczej w dwóch rodzinach zmarło po 1 dziecku i w jednej rodzinie dwoje dzieci. Razem w grupie badanej zmarło 4 dzieci.

2.2. Rodzice pacjentów

2.2.1. Matki

W opisie badanej grupy szczegółowo przedstawiono wykształcenie oraz zawód matek identyfikowanych pacjentów w obu grupach.

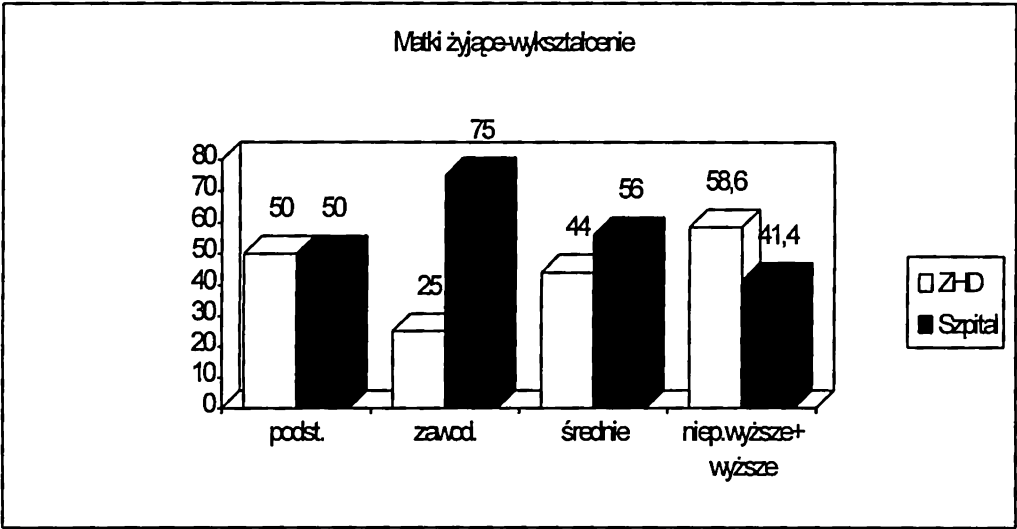
W tym rozdziale przedstawiono jedynie wyniki dotyczące matek żyjących a więc takich, które mają bezpośredni wpływ na relacje z pacjentem oraz kształt relacji w rodzinie.

Jeżeli poddamy analizie jedynie wykształcenie matek żyjących i pogrupujemy je w bardziej ogólne kategorie to tabela 10 przedstawiona w poprzednim rozdziale będzie wyglądać następująco:

Tabela 20				
Matki żyjące- wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	1	3.3%	1	3.3%
zawodowe	1	3.3%	3	10.0%
średnie	11	36.7%	14	46.7%
wyższe i niepełne wyższe	17	56.7%	12	40.0%
Razem	30	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej podano informacje o 30 matkach, ponieważ 1 matka nie żyje.

Tabelę 20 ilustruje poniższy wykres:



Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$). W rozkładzie procentowym nie widać też zależności między poziomem wykształcenia matki a decyzją o podjęciu leczenia w domu bądź kierowaniu pacjenta do szpitala.

Z klinicznego punktu widzenia istotnym dla możliwości leczenia pacjenta w domu wydają się być zatrudnienie matki oraz stan jej zdrowia. Sytuację tę analizowano szczegółowo a wyniki przedstawiono w poniższych tabelach 21 oraz 22.

Tabela 21				
Czy matki pracują	Grupa badana		Grupa porównawcza	
tak	18	60.0%	17	60.7%
emerytura	1	3.3%	2	7.1%
renta	9	30.0%	8	28.6%
bezrobocie	2	6.7%	1	3.6%
Razem	30	100.0%	28	100.0%
nigdy nie pracowała	0		2	
Razem	30		30	

W grupie badanej podano informacje o 30 matkach, ponieważ 1 matka nie żyje. Analizą objęto 30 matek z grupy badanej i 28 matek z grupy porównawczej. Nie objęto analizą statystyczną matek, które nigdy nie podjęły pracy zawodowej.

W grupie badanej pracuje zawodowo 18 matek, co stanowi 60% opisywanej grupy. Jedna matka (3.3%) jest na emeryturze, a 9 (30.0%) na rencie z powodu rozmaitych chorób. Pojawia się również podgrupa 2 matek (6.7%), które nie pracują ponieważ zostały zwolnione z pracy w wyniku likwidacji bądź reorganizacji zakładu pracy i pobierają teraz zasiłek dla bezrobotnych. Kategoria ta została wyróżniona ze względu na to, że sytuacja ta obciąża emocjonalnie oraz ekonomicznie rodzinę. Jest ona niewątpliwie związana z przemianami polityczno-ekonomicznymi, które zachodzą w naszym kraju. Jednakże ze względu na małą liczebność grupy nie będzie możliwa bardziej wnikliwa analiza wpływu tego zjawiska na sytuację rodziny oraz indywidualną patologię pacjenta.

W grupie porównawczej pracuje 17 matek, co stanowi 60.7% opisywanej grupy. Dwie matki (7.1%) są na emeryturze, a 8 (28.6%) na rencie. Tylko jedna matka (3.6%) jest bezrobotna.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 22		
Obciążenie dziedziczne - choroby matek	Grupa badana	Grupa porównawcza
psychiczne	8	8
alkoholizm	0	0
nowotwory	1	0
psychosomatyczne	0	0
inne uzależnienia	0	0
samobójstwo	0	0
epilepsja	0	1
inne przewlekłe	6	5

Tabela 22 przedstawia występowanie chorób w populacji matek. Najwięcej matek zarówno w grupie badanej jak i porównawczej leczyło się z powodu zaburzeń psychicznych oraz innych chorób przewlekłych. Wszystkie wyżej wymienione

kategorie były porównane między sobą testem chi-kwadrat. Nie znaleziono różnic istotnych statystycznie.

2.2.2.Ojcowie

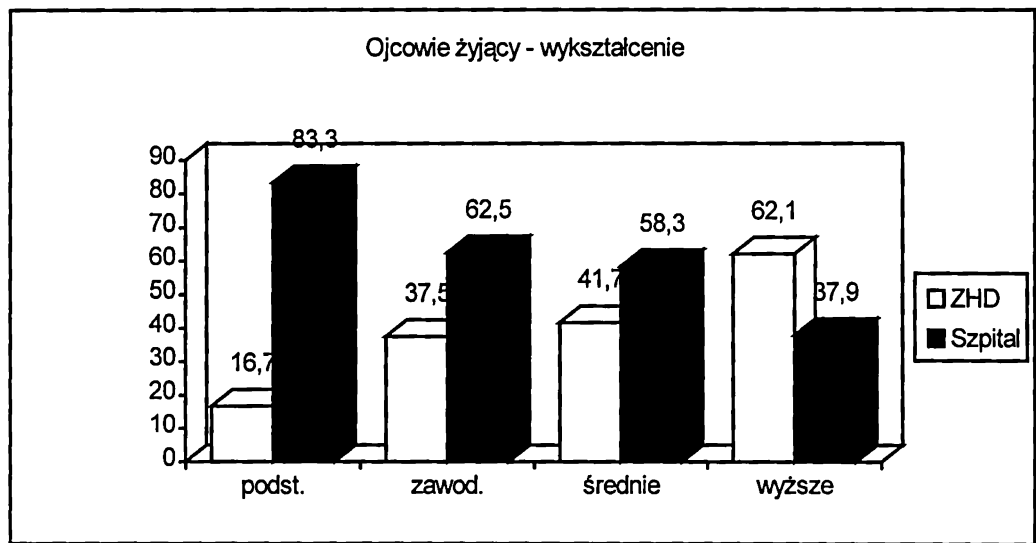
Podobnej analizie jak w grupie matek poddano dane dotyczące wykształcenia i sytuacji zawodowej ojców.

Jeżeli będziemy analizować poziom wykształcenie jedynie ojców żyjących i pogrupujemy ich w większe kategorie otrzymamy następującą tabelę.

Tabela 23				
Ojcowie żyjący wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	1	3.7%	5	17.9%
zawodowe	3	11.1%	5	17.9%
średnie	5	18.5%	7	25.0%
wyższe	18	66.7%	11	39.3%
Razem	27	100.0%	28	100.0%

Zauważalny jest związek między poziomem wykształcenia ojca a decyzją o podjęciu leczenia dziecka w domu lub jego hospitalizacją. Im wyższe wykształcenie ojca tym rodzina chętniej podejmuje decyzję o leczeniu dziecka w domu. Tendencja ta jest istotna statystycznie tylko przy wyodrębnieniu dwóch grup- ojców z wyższym wykształceniem i z wykształceniem podstawowym. Jeżeli włączymy pozostałe dwie grupy- ojców z wykształceniem zawodowym i średnim to tendencja ta staje się mniej czytelna i nieistotna statystycznie.

Poniższy wykres przedstawia sytuację opisywaną w tabeli 23



W tabeli 16 w rozdziale opisującym grupę badaną przedstawione zawody ojców są bardzo szczegółowo podzielone, zgodnie z podziałem obowiązującym w roczniku statystycznym. Ponieważ liczebność grup klinicznych, zarówno badanej jak i porównawczej jest mała w porównaniu z grupami, które są przedmiotem analizy demograficznej, zdecydowano się na połączenie ich w większe kategorie, takie jak są zwykle stosowane w tego typu badaniach naukowych. Połączono zawody zgodnie z wymaganym wykształceniem. Tak więc w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym znaleźli się rolnicy, rzemieślnicy oraz robotnicy. Grupę z wykształceniem średnim tworzą absolwenci liceum i technikum. W trzeciej grupie z wykształceniem wyższym znaleźli się specjaliści po wyższych studiach, przedstawiciele wolnych zawodów oraz nauczyciele.

Tabela 24				
Ojcowie zawód + wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe i zawodowe	4	12,9%	11	36.7%
średnie	4	12.9%	7	23.3%
wyższe	23	74.2%	12	40.0%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

Istnieje wyraźna zależność między wykonywanym zawodem ojca a podejmowaniem decyzji o leczeniu dziecka w domu. W grupie badanej ojcowie pacjentów z wyższym wykształceniem statystycznie częściej decydują się na leczenie adolescenta w warunkach domowych. Natomiast w grupie porównawczej ojcowie pacjentów z wykształceniem podstawowym statystycznie częściej podejmują decyzję o leczeniu szpitalnym.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat wykazuje różnice istotne statystycznie ($p < 0.05$).

Jeżeli będziemy analizować zależność pomiędzy zawodem ojca a decyzją o podjęciu leczenia w domu bądź hospitalizacją pacjenta wśród ojców żyjących, to istnieje zauważalna tendencja do podejmowania leczenia w domu przez ojców wykonujących zawody wymagające wyższego wykształcenia, a kierowania do leczenia szpitalnego przez ojców wykonujących zawody wymagające niższego wykształcenia. Z uwagi na małą liczebność grup nie da się stwierdzić istotności statystycznej.

Poniższy wykres przedstawia sytuację opisywaną w tabeli 24

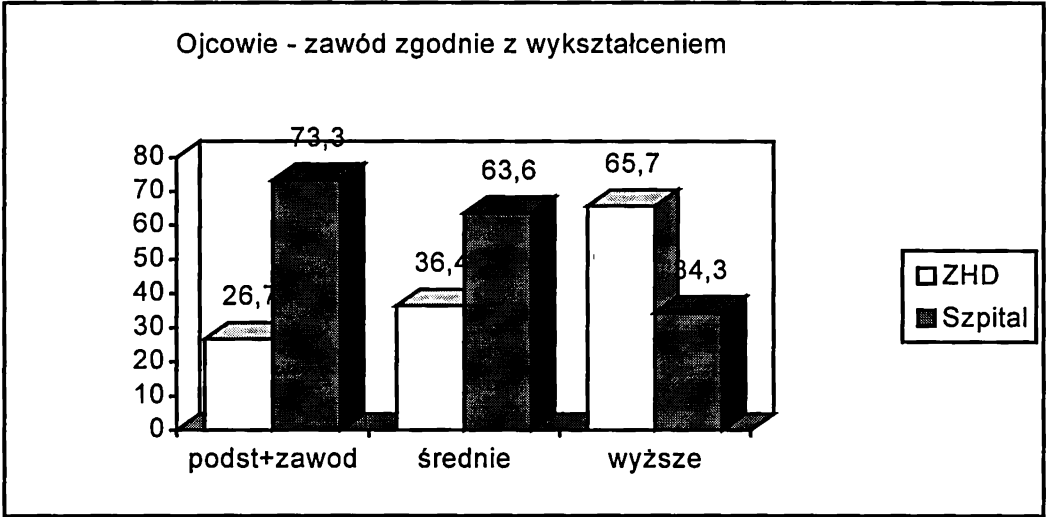


Tabela 25				
Czy ojciec pracuje	Grupa badana		Grupa porównawcza	
tak	26	96.3%	20	71.4%
emerytura	1	3.7%	2	7.1%
renta	0	0.0%	6	21.4%

Razem	27	100.0%	28	100.0%
nie żyje	4		2	
Razem	31		30	

Analizą statystyczną objęto 27 ojców z grupy badanej oraz 28 z grupy porównawczej. W obliczeniach nie byli uwzględniani ojcowie nieżyjący.

Istnieje związek między aktywnością zawodową ojca, a decyzją o umieszczeniu pacjenta w szpitalu. Wszyscy renciści zdecydowali się na leczenie szpitalne dziecka, również emeryci częściej umieszczli dziecko w szpitalu.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat wykazuje różnice istotne statystycznie ($p < 0.05$).

Tabela 26		
Obciążenie dziedziczne - choroby ojców	Grupa badana	Grupa porównawcza
psychiczne	3	4
alkoholizm	5	6
nowotwory	2	1
psychosomatyczne	0	0
inne uzależnienia	0	0
samobójstwo	1	0
epilepsja	0	0
choroby przewlekłe	0	8

Tabela 26 przedstawia występowanie chorób w populacji ojców. W obu grupach pojawiają się choroby psychiczne oraz nadużywanie alkoholu jednakże stosunkowo rzadko. Wszystkie wyżej wymienione kategorie były porównywane między sobą testem chi-kwadrat. Różnica istotna statystycznie występuje tylko w przypadku chorób przewlekłych ($p < 0.01$). Oznacza to, że ojcowie, którzy sami mają problemy zdrowotne i to o charakterze przewlekłym podejmują decyzję o umieszczeniu dziecka w szpitalu.

Tabela 27				
Choroby przewlekłe ojców	Grupa badana		Grupa porównawcza	
nie występują	31	100.0%	22	73.3%
występują	0	0.0%	8	26.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej ojcowie nie chorowali na choroby przewlekłe. Natomiast w grupie porównawczej aż 8 ojców chorowało na choroby przewlekłe, stanowi to 26.7% opisywanej grupy i jest to wartość istotna statystycznie ($p < 0.01$). Jeżeli weźmiemy również pod uwagę, że ojcowie w tej grupie częściej pozostają na rencie i emeryturze, na poziomie wartości istotnej statystycznie ($p < 0.05$) to wydaje się, że sytuacja zdrowotna ojców ma znaczenie w procesie hospitalizowania dziecka. W rodzinach gdzie ojcowie są chorzy, mniej sprawni fizycznie oraz przebywają w domu pacjenci są kierowani do leczenia szpitalnego.

2.2.3 Małżeństwo rodziców

Tabela 28		
Małżeństwo rodziców pacjenta	Grupa badana	Grupa porównawcza
nadal trwa	17 (54.8%)	19 (63.3%)
separacja	2 (6.5%)	1 (3.3%)
rozwód	7 (22.6%)	8 (26.7%)
śmierć ojca	4 (12.9%)	1 (3.3%)
śmierć matki	1 (3.2%)	0 (0%)
związek nieformalny	0 (0%)	1 (3.3%)
Razem	31 (100%)	30 (100%)

W grupie porównawczej w pozycji śmierć ojca zapisano jedynie 1 osobę, ponieważ najpierw małżeństwo zostało rozwiązane przez rozwód, a później ojciec pacjentki zmarł śmiercią tragiczną.

W grupie badanej z 31 pacjentów ponad połowa bo 17 wychowywanych było w rodzinach pełnych, co stanowi 54. 8 % opisywanej grupy. Pozostali pacjenci mieszkali tylko z jednym z rodziców, rodzeństwem oraz członkiem poszerzonej rodziny (babcią), co było wynikiem separacji rodziców, rozwodu

bądź śmierci matki lub ojca. Separacja miała miejsce w 2 przypadkach, co stanowiło 6.5%, rozwód rodziców w 7 przypadkach (22.6%), śmierć ojca miała miejsce w 4 przypadkach (12.9 %), śmierć matki w 1 przypadku (3.2%).

Podobnie sytuacja wyglądała wśród pacjentów z grupy porównawczej, gdzie na 30 adolescentów, aż 19, co stanowi 63.3% mieszkało w rodzinach pełnych, pozostali pacjenci mieszkali z jednym z rodziców, bądź innymi członkami rodziny. W 1 przypadku rodzice pozostawali w separacji, co stanowiło 3.3%. W 8 przypadkach małżeństwo przestało istnieć na skutek rozwodu, co stanowiło 26.7 %, w 1 przypadku zmarł ojciec (3.3%) oraz w 1 przypadku pacjent urodził się w związku nieformalnym (3.3%).

Analiza statystyczna testem chi-kwadrat obu grup nie wykazała różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 29

Pacjent urodził się w kolejnym związku matki	Grupa badana		Grupa porównawcza	
pierwszym	28	90.3%	28	93.3%
drugim	3	9.7%	2	6.7%
Razem	31	100%	30	100%

W grupie badanej przeważająca ilość pacjentów bo aż 28 (90.3%) urodziło się w pierwszym związku matki, a jedynie trzech w drugim, co stanowi 9.7% opisywanej grupy.

W grupie porównawczej 28 pacjentów to jest 93.3% urodziło się w pierwszym związku matki, a tylko dwóch, co stanowi 6.7% w drugim związku. Porównanie wartości testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 30

Pacjent urodził się w kolejnym związku ojca	Grupa badana		Grupa porównawcza	
pierwszym	28	90.3%	28	93.3%
drugim	3	9.7%	2	6.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej przeważająca ilość pacjentów bo aż 28 (90.3%) urodziło się w pierwszym związku ojca, a jedynie trzech w drugim, co stanowi 9.7% opisywanej grupy.

W grupie porównawczej 28 pacjentów to jest 93.3% urodziło się w pierwszym związku ojca, a tylko dwóch, co stanowi 6.7% w drugim związku.

Porównanie wartości testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

3. Porównanie obu grup pod względem nasilenia objawów psychopatologicznych (Skala BPRS)

Stopień nasilenia objawów psychopatologicznych u identyfikowanych pacjentów był oceniany metodą uzgodnień w momencie rozpoczęcia leczenia domowego, a w grupie porównawczej przy przyjęciu do szpitala. Podczas badania psychiatrycznego oceniano stan psychiczny adolescenta przy użyciu skali BPRS (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale) rozszerzonej o dwa wymiary a mianowicie bunt wobec dorosłych oraz zaburzenia jedzenia. Razem porównywano nasilenie objawów w grupie badanej i grupie porównawczej w 26 podskalach oraz ogólną sumę na skali punktowej (BPRS Total). W następujących skalach znaleziono różnice istotne statystycznie:

Tabela 31

Objawy psychopatologiczne na skali BPRS	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
obawy o zdrowie	2.32	3.27	$p < 0.05$
lęk	3.23	4.07	$p < 0.05$
nieufność, podejrzliwość	1.81	2.9	$p < 0.05$
zaburzenia treści myślenia	1.68	3.07	$p < 0.01$
omamy	1.26	2.03	$p < 0.05$
zaburzenia orientacji	1.06	1.67	$p < 0.05$
formalne zaburzenia myślenia	1.13	1.77	$p < 0.05$
pobudzenie emocjonalne	1.74	3	$p < 0.01$
zubożenie uczuciowe	1.77	2.63	$p < 0.05$
ujawnianie napięcia	2.32	3.53	$p < 0.01$
zaniedbanie w higienie i wyglądzie	1.13	1.57	$p < 0.05$
dziwaczne zachowanie	1	1.43	$p < 0.05$
pobudzenie ruchowe	1.03	1.9	$p < 0.01$
rozproszenie uwagi	1.26	2.13	$p < 0.01$
BPRS całkowity	47.32	62.77	$p < 0.01$
Ilość pacjentów	31	30	

- jak przedstawia tabela 31 w grupie porównawczej nasilenie objawów większe niż w grupie badanej. Całkowita suma BPRS w grupie pacjentów hospitalizowanych jest większa od sumy punktów w grupie pacjentów leczonych w domu i wynosi odpowiednio 62.77 dla grupy porównawczej i 47.32 dla grupy badanej. Porównanie wartości testem t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych wykazuje różnicę istotną statystycznie gdzie $p < 0.01$.
- w grupie porównawczej w pięciu podskalach oceniających objawy takie jak: zaburzenia treści myślenia, pobudzenie emocjonalne, ujawnianie napięcia, pobudzenie ruchowe, rozproszenie uwagi, nasilenie objawów jest znacznie większe niż w grupie badanej. Porównanie wartości testem t-Studenta dla

zmiennych niepowiązanych wykazuje różnice istotne statystycznie, gdzie współczynnik $p < 0.01$. Wszystkie te objawy towarzyszą opisowi epizodów psychiatrycznych.

- pozostałe objawy są również bardziej nasilone w grupie pacjentów hospitalizowanych w oddziale stacjonarnym na poziomie istotnym statystycznej, współczynnik $p < 0.05$.

4. Porównanie obu grup pod względem opisywanego środowiska rodzinnego (Skala FES)

Następnie porównywano obie grupy między sobą pod względem opisywanego środowiska rodzinnego. Każdy z członków rodziny współzamieszkujący z pacjentem, a więc rodzice, rodzeństwo oraz inne osoby takie jak dziadkowie, macocha i konkubent wypełniali kwestionariusz - Skala środowiska rodzinnego (Family Environment Scale- Forma R) charakteryzując rodzinę, w której żyją przy pomocy 10 podskal opisujących wymiary relacyjne, wymiary indywiduacji osobowej oraz wymiary podtrzymujące system.

4.1. Środowisko rodzinne - opis pacjentów

Wśród 10 skal opisujących środowisko rodzinne (FES) przez pacjentów istotne statystycznie różnice ujawniły jedynie dwie: konflikt (FES 3) oraz nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8).

- w grupie badanej poziom konfliktu (FES 3) w rodzinie oceniany przez pacjentów jest statystycznie wyższy niż poziom konfliktu w grupie porównawczej. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.05$.
- w grupie porównawczej nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8) oceniany przez pacjentów, jest statystycznie znacząco wyższy niż w grupie badanej a więc wśród pacjentów leczonych w domu. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.01$.

Tabela 32			
Wyniki FES pacjentów	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	4.26	5.37	$p > 0.05$
2. ekspresja	5.13	5.07	$p > 0.05$
3. konflikt	5.55	4.27	$p < 0.05$
4. niezależność	5.32	5.57	$p > 0.05$
5. osiągnięcia	4.42	5.13	$p > 0.05$
6. orient. intelektualno-kulturalna	4.81	5.03	$p > 0.05$
7. rekreacja	3.74	3.37	$p > 0.05$
8. nacisk na problemy moralno-religijne	3.74	5.23	$p < 0.01$
9. organizacja	4.13	4.73	$p > 0.05$
10. kontrola	4	3.73	$p > 0.05$

4.2. Środowisko rodzinne - opis matek

Wśród 10 skal opisujących środowisko rodzinne (FES) przez matki pacjentów, istotną statystycznie różnicę ujawniła jedynie skala rekreacji.

w grupie matek pacjentów kierowanych do leczenia w domu ilość i intensywność zaangażowania w aktywności sportowo-rekreacyjne (FES 7) okazała się wyższa niż w grupie matek pacjentów leczonych stacjonarnie. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.05$.

Tabela 33			
Wyniki FES matek pacjentów	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	6.69	5.93	$p > 0.05$
2. ekspresja	6.21	5.66	$p > 0.05$
3. konflikt	4.72	3.62	$p > 0.05$
4. niezależność	5.76	5.72	$p > 0.05$
5. osiągnięcia	4.93	4.9	$p > 0.05$
6. orient. intelektualno-kulturalna	5.45	4.83	$p > 0.05$
7. rekreacja	4.34	3.28	$p < 0.05$

8. nacisk na problemy moralno-religijne	4.14	4.79	$p > 0.05$
9. organizacja	4.72	4.72	$p > 0.05$
10. kontrola	4.1	4.07	$p > 0.05$

4.3. Środowisko rodzinne - opis ojców

Wśród 10 skal środowiska rodzinnego (FES) ocenianego przez ojców pacjentów żadna ze skal nie różniła grupy badanej oraz grupy porównawczej się na poziomie istotności statystycznej.

Tabela 34			
Wyniki FES ojców pacjentów	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	5.83	6.73	$p > 0.05$
2. ekspresja	5.67	5.55	$p > 0.05$
3. konflikt	4.33	3.32	$p > 0.05$
4. niezależność	6	6.27	$p > 0.05$
5. osiągnięcia	5.06	6	$p > 0.05$
6. orient. intelektualno-kulturalna	4.72	5	$p > 0.05$
7. rekreacja	3.89	3.45	$p > 0.05$
8. nacisk na problemy moralno-religijne	4.61	5.45	$p > 0.05$
9. organizacja	4.72	5.64	$p > 0.05$
10. kontrola	4.28	4.82	$p > 0.05$

4.4. Środowisko rodzinne - opis wszystkich członków rodziny

Wśród 10 skal opisujących środowisko rodzinne (FES) całej rodziny istotne statystycznie różnice ujawniły dwie spośród nich: konflikt (FES 3) oraz nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8).

- w grupie badanej poziom konfliktu (FES 3) w całej rodzinie jest statystycznie znacząco wyższy niż poziom konfliktu w grupie porównawczej. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.01$.

w grupie porównawczej nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8) w całej rodzinie jest statystycznie znacząco wyższy niż w grupie badanej czyli pacjentów leczonych w domu. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.01$.

Tabela 35			
Wyniki FES dla całej rodziny	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	5.06	5.53	$p > 0.05$
2. ekspresja	5.23	5.1	$p > 0.05$
3. konflikt	4.68	3.43	$p < 0.01$
4. niezależność	5.35	5.37	$p > 0.05$
5. osiągnięcia	4.68	4.63	$p > 0.05$
6. orient. intelektualno-kulturalna	4.58	4.57	$p > 0.05$
7. rekreacja	3.71	3.03	$p > 0.05$
8. nacisk na problemy moralno-religijne	3.68	4.9	$p < 0.01$
9. organizacja	4.26	4.57	$p > 0.05$
10. kontrola	3.74	3.8	$p > 0.05$

4.5. Środowisko rodzinne - współczynnik niezgodności (FIS)

Stopień niezgodności pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny w ocenie środowiska rodzinnego jest obliczany przy pomocy Współczynnika niezgodności (Family Incongruence Score FIS). Został on obliczony dla wszystkich członków rodziny ale istotne statystycznie różnice ujawniły się tylko dla matki i ojca.

w grupie badanej rozbieżność pomiędzy matką a ojcem w opisywaniu środowiska rodzinnego jest większa niż w grupie pacjentów leczonych stacjonarnie. Obie grupy porównano testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.05$.

Tabela 36			
Stopień niezgodności w ocenie środowiska rodzinnego pomiędzy członkami rodziny (FIS)	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
pacjent-matka	21.14	18.52	$p > 0.05$
pacjent-ojciec	21.22	18.41	$p > 0.05$
pacjent-siostra	21.29	21.22	$p > 0.05$
pacjent-brat	19.67	15.17	$p > 0.05$
matka-ojciec	18.94	15.95	$p < 0.05$
matka-siostra	18.14	15.87	$p > 0.05$
matka-brat	19.11	16.8	$p > 0.05$
ojciec-siostra	20.83	17.57	$p > 0.05$
ojciec-brat	18.43	18.6	$p > 0.05$

5. Analiza w grupach o wynikach w BPRS mniejszych od 74 punktów

Hipoteza wstępna zakłada, że pacjenci z nasilonymi objawami psychopatologicznymi są kierowani do oddziału stacjonarnego, ponieważ rodzina we wstępnej, ostrej fazie choroby nie jest w stanie zapewnić pacjentowi wystarczającej opieki, a ponadto zachowanie pacjenta na tyle zaburza funkcjonowanie rodziny, że nie jest ona skłonna podjąć się opieki nad adolescentem w domu.

Wychodząc z założenia, że w tym wypadku czynnikiem decydującym jest nasilenie objawów psychopatologicznych, a nie inne interakcje zachodzące w rodzinie wyłączono z grupy porównawczej pacjentów z najwyższą sumą punktów na skali BPRS (BPRS Tot), a więc powyżej 74 punktów. Przyjęto tę wartość, ponieważ najwyższa suma punktów na skali BPRS w grupie badanej wynosiła 73 punkty. W ten sposób z grupy porównawczej wyłączono 6 pacjentów, których suma BPRS wynosiła między 74 a 101 punktów (74, 79, 83, 88, 95, 101). Następnie porównano obie grupy między sobą.

W następujących skalach BPRS znaleziono różnice istotne statystycznie.

Tabela 37

Objawy psychopatologiczne na skali BPRS	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
pobudzenie emocjonalne	1.74	2.71	$p < 0.05$
ujawnianie napięcia	2.32	3.33	$p < 0.01$
myśli i tendencje samobójcze	2.35	3.5	$p < 0.05$
pobudzenie ruchowe	1.03	1.46	$p < 0.01$
rozproszenie uwagi	1.26	1.71	$p < 0.05$
bunt wobec dorosłych	3.03	2.08	$p < 0.05$
BPRS całkowity	47.32	56.79	$p < 0.01$
Ilość pacjentów	31	24	

- w grupie badanej w jednej podskali- bunt wobec dorosłych nasilenie objawów jest większe niż w grupie porównawczej. Porównanie obu wartości testem t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych wykazuje różnice istotne statystycznie, współczynnik $p < 0.05$.
- w grupie porównawczej wartości znamienne większe niż w grupie badanej dotyczą objawów takich jak: ujawnianie napięcia, pobudzenie ruchowe oraz całkowitej sumy BPRS. Porównanie obu wartości testem t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych wykazuje różnice istotne statystycznie, współczynnik $p < 0.01$.
- pozostałe objawy takie jak: pobudzenie emocjonalne, myśli i tendencje samobójcze, rozproszenie uwagi są również bardziej nasilone w grupie porównawczej niż w grupie badanej. Porównanie obu wartości testem t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych wykazuje różnice istotne statystycznie, współczynnik $p < 0.05$.

Wyodrębnioną grupę pacjentów, po wyłączeniu osób z największymi wartościami BPRS Total, leczonych stacjonarnie porównano z grupą pacjentów

leczonych w domu w zakresie opisywanego środowiska rodzinnego. Wyniki porównania przedstawiono w tabelach 37, 38 oraz 39.

Wśród 10 skal opisujących środowisko rodzinne (FES) przez pacjentów istotne statystycznie różnice ujawnił dwie: konflikt (FES 3) oraz nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8).

- w grupie badanej poziom konfliktu (FES 3) w rodzinie, ocenianego przez pacjentów jest statystycznie wyższy niż poziom konfliktu w grupie porównawczej. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.01$.

w grupie porównawczej nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8) oceniany przez pacjentów, jest statystycznie bardziej istotny niż w grupie badanej. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.01$.

Tabela 38			
Wyniki FES pacjentów	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	4.26	5.46	$p > 0.05$
2. ekspresja	5.13	5.04	$p > 0.05$
3. konflikt	5.55	4	$p < 0.01$
4. niezależność	5.32	5.46	$p > 0.05$
5. osiągnięcia	4.42	4.92	$p > 0.05$
6. orient. intelektualno- kulturalna	4.81	5.54	$p > 0.05$
7. rekreacja	3.74	3.38	$p > 0.05$
8. nacisk na problemy moralno-religijne	3.74	5.29	$p < 0.01$
9. organizacja	4.13	4.92	$p > 0.05$
10. kontrola	4	3.42	$p > 0.05$

Porównując wyniki na skali środowiska rodzinnego (FES) wśród matek z grupy badanej i porównawczej, po wyłączeniu pacjentów z najwyższymi wartościami na skali BPRS (powyżej 73 punktów), a więc z najbardziej nasilonymi objawami psychopatologicznymi z grupy porównawczej, nie znaleziono różnic istotnych statystycznie w żadnej spośród 10 skal.

Tabela 39			
Wyniki FES matek pacjentów	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	6.69	6.21	p > 0.05
2. ekspresja	6.21	5.67	p > 0.05
3. konflikt	4.72	3.5	p > 0.05
4. niezależność	5.76	5.71	p > 0.05
5. osiągnięcia	4.93	4.79	p > 0.05
6. orient. intelektualno-kultur.	5.45	5.13	p > 0.05
7. rekreacja	4.34	3.33	p > 0.05
8. nacisk na problemy moralno-religijne	4.14	4.83	p > 0.05
9. organizacja	4.72	4.79	p > 0.05
10. kontrola	4.1	4	p > 0.05

Wśród 10 skal opisujących środowisko rodzinne (FES) przez ojców pacjentów istotne statystycznie różnice ujawniły dwie: kohezja (FES 1) oraz organizacja (FES 9).

w grupie porównawczej zarówno poziom kohezji (FES 1) jak i organizacji (FES 9) jest statystycznie wyższy niż w grupie badanej. Obie grupy porównano testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.05$.

Tabela 40			
Wyniki FES ojców pacjentów	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	5.83	7.33	p < 0.05
2. ekspresja	5.67	5.61	p > 0.05
3. konflikt	4.33	3.06	p > 0.05
4. niezależność	6	6.33	p > 0.05
5. osiągnięcia	5.06	5.78	p > 0.05
6. orient. intelektualno-kultur.	4.72	5.5	p > 0.05
7. rekreacja	3.89	3.44	p > 0.05
8. nacisk na problemy moralno-religijne	4.61	5.28	p > 0.05

9. organizacja	4.72	6	$p < 0.05$
10. kontrola	4.28	4.67	$p > 0.05$

Wśród 10 skal opisujących środowisko rodzinne (FES) całej rodziny istotne statystycznie różnice ujawniły dwie skale: konflikt (FES 3) oraz nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8).

- w grupie badanej poziom konfliktu (FES 3) w całej rodzinie jest statystycznie znamienne wyższy niż poziom konfliktu w grupie porównawczej. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.01$.

w grupie porównawczej nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8) w całej rodzinie jest statystycznie znamienne wyższy niż w grupie badanej. Porównano obie grupy testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.05$.

Tabela 41			
Wyniki FES dla całej rodziny	Grupa badana	Grupa porównawcza	Wartość współczynnika „p”
1. kohezja	5.06	5.75	$p > 0.05$
2. ekspresja	5.23	5.13	$p > 0.05$
3. konflikt	4.68	3.33	$p < 0.01$
4. niezależność	5.35	5.29	$p > 0.05$
5. osiągnięcia	4.68	4.54	$p > 0.05$
6. orient. intelektualno-kultur.	4.58	5.08	$p > 0.05$
7. rekreacja	3.71	3.04	$p > 0.05$
8. nacisk na problemy moralno-religijne	3.68	4.88	$p < 0.05$
9. organizacja	4.26	4.63	$p > 0.05$
10. kontrola	3.74	3.71	$p > 0.05$

Stopień niezgodności pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny w ocenie środowiska rodzinnego obliczany przy pomocy Współczynnika niezgodności (Family Incongruence Score FIS) ujawnił istotne statystycznie różnice dla matki i ojca.

W grupie badanej rozbieżność pomiędzy matką a ojcem w opisywaniu środowiska rodzinnego wynosi 18.94 i jest większa niż w grupie pacjentów leczonych

stacjonarnie, dla których wynosi 15.82 . Obie grupy porównano testem t-Studenta, współczynnik $p < 0.05$.

6. Porównanie grupy pacjentów leczonych w domu oraz leczonych stacjonarnie w zależności od płci

Przy opracowywaniu materiału pojawiło się pytanie czy pacjenci i ich rodziny posiadają odmienne cechy jeżeli porównamy adolescentów dzieląc ich na dziewczynki i chłopców i czy może to mieć znaczenie z punktu widzenia podejmowania decyzji o leczeniu w domu lub w oddziale szpitalnym.

Porównano pomiędzy sobą podgrupy dziewcząt i chłopców we wszystkich kategoriach: demograficznych, objawowych (skala BPRS) oraz środowiska rodzinnego (FES).

Uzyskano różne wyniki co wskazuje na różne zależności.

Tabela 42		
	Dziewczynki	Chłopcy
ZHD	17	14
Szpital	18	12
Razem	35	26

Zależność nieistotna statystycznie.

Poniżej przedstawiono wyniki istotne statystycznie:

Tabela 43								
Choroby przewlekłe u ojców	Dziewczynki				Chłopcy			
	ZHD		Szpital		ZHD		Szpital	
występują	0	0.0%	4	22.2%	0	0.0%	4	33.3%
nie występują	17	100.0%	14	77.8%	14	100.0%	8	66.7%
Razem	17	100.0%	18	100.0%	14	100.0%	12	100.0%

W przypadku jeżeli w rodzinie występuje choroba przewlekła u ojców wszystkie dziewczynki i chłopcy byli kierowani do leczenia szpitalnego. W obu

grupach związek między chorobą przewlekłą ojców a pójściem do szpitala jest wartością istotną statystycznie i zależność przebiegała w podobny sposób ($p < 0.05$, test chi-kwadrat).

Tabela 44								
Ojcowie zawod + wyksz	Dziewczynki				Chłopcy			
	ZHD		Szpital		ZHD		Szpital	
podstawowe i zawodowe	3	17.6%	8	44.4%	1	7.1%	3	25.0%
średnie	2	11.8%	5	27.8%	2	14.3%	2	16.7%
wyższe	12	70.6%	5	27.8%	11	78.6%	7	58.3%
Razem	17	100.0%	18	100.0%	14	100.0%	12	100.0%

W grupie dziewczynek istnieje zbieżność między wykształceniem ojców a miejscem leczenia. Dziewczynki ojców z wyższym wykształceniem były leczone w domu. Jest to wartość istotna statystycznie ($p < 0.05$, test chi-kwadrat).

W grupie chłopców tak wyraźna zależność nie występuje.

Tabela 45								
Choroby przewlekłe babć macierzystych	Dziewczynki				Chłopcy			
	ZHD		Szpital		ZHD		Szpital	
występują	9	52.9%	3	16.7%	2	14.3%	4	33.3%
nie występują	8	47.1%	15	83.3%	12	85.7%	8	66.7%
Razem	17	100.0%	18	100.0 %	14	100.0 %	12	100.0%

W tabeli 42 przedstawiono brak zależności między płcią pacjentów a miejscem leczenia.

Przy uwzględnieniu choroby przewlekłej babci macierzystej wyraźnie widać dokładnie odmienną tendencję w wyborze miejsca leczenia w grupie dziewcząt w stosunku do grupy chłopców. Mianowicie jeżeli babcia macierzysta chorowała

przewlekłe to dziewczynki częściej były leczone w domu, podczas gdy chłopcy byli kierowani do leczenia szpitalnego. Zależność istotna statystycznie ($p < 0.05$, test chi-kwadrat).

Powyższą tabelę ilustruje wykres:

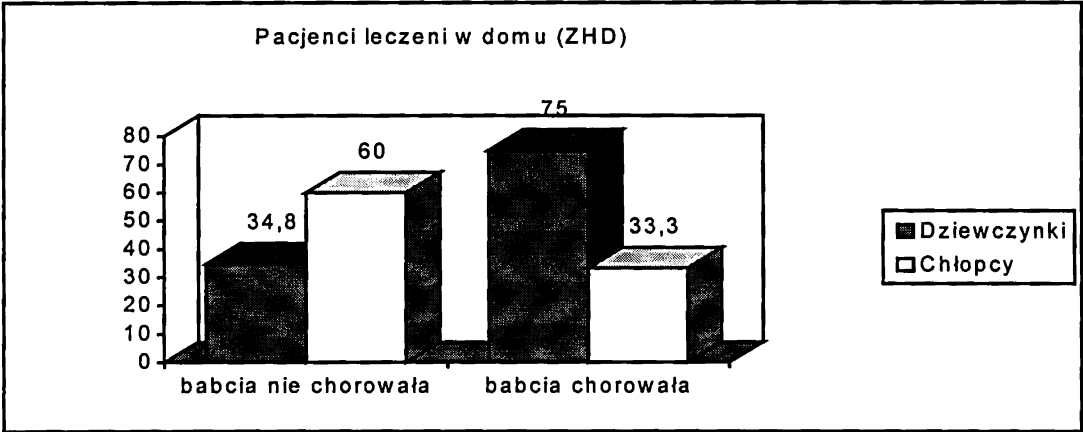


Tabela 46

Wykształcenie dziadków ojczystych	Dziewczynki				Chłopcy			
	ZHD		Szpital		ZHD		Szpital	
podstawowe	3	17.6%	10	58.8%	3	21.4%	2	16.7%
zawodowe	4	23.5%	5	29.4%	5	35.7%	3	25.0%
średnie zawodowe	3	17.6%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%
średnie ogólne	0	0.0%	1	5.9%	2	14.3%	1	8.3%
wyższe	7	41.2%	1	5.9%	3	21.4%	6	50.0%
Razem	17	100.0%	18	100.0%	14	100.0%	12	100.0%

W grupie dziewczynek istnieje zależność między wykształceniem dziadków ojczystych a miejscem leczenia. Jeżeli dziadkowie mieli wyższe wykształcenie pacjentki statystycznie częściej były leczone w domu ($p < 0.05$, test

chi-kwadrat), a jeżeli mieli wykształcenie podstawowe były częściej kierowane do szpitala.

W grupie chłopców zależność taka nie występuje.

Tabela 47

Rodzaj śmierci babć ojczystych	Dziewczynki				Chłopcy			
	ZHD		Szpital		ZHD		Szpital	
nagła	1	11.1	4	44.4%	3	50.0%	0	0.0%
babcie długo chorowały przed śmiercią	8	88.9%	5	55.6%	3	50.0%	7	100.0%
Razem		100.0%		100.0%	6	100.0%	7	100.0%

W grupie chłopców wszyscy byli kierowani do szpitala jeżeli babcia zmarła po długiej chorobie ($p < 0.05$, test chi-kwadrat). W grupie dziewczynek taka zależność nie występuje.

- W grupie dziewczynek wśród skal opisujących środowisko rodzinne (FES) istotny statystycznie okazał się tylko jeden wymiar, a mianowicie niezależność na skali środowiska rodzinnego (FES 4) opisywanego przez matki pacjentek, wyższy w grupie dziewczynek leczonych stacjonarnie. Obie grupy porównano testem Manna-Whitneya-Wilcoxona, współczynnik $p < 0.05$.
- W grupie chłopców wśród skal opisujących środowisko rodzinne (FES) istotnymi statystycznie okazały się: wymiar osiągnięcia (FES 5) opisywany przez pacjentów oraz wymiar osiągnięcia (FES 5) opisujący klimat całej rodziny. Obie wartości były wyższe w grupie chłopców leczonych stacjonarnie, porównania dokonano testem Manna-Whitneya-Wilcoxona, współczynnik $p < 0.05$.

7. Wyróżnienie podgrup pacjentów zgodnie z rozpoznaniem klinicznym według ICD-10

Przy analizie powyższego materiału pojawiło się pytanie czy pacjenci i ich rodziny z podobnym rozpoznaniem klinicznym posiadają cechy, które mogą być istotne z punktu widzenia podejmowania decyzji o leczeniu domowym bądź leczeniu szpitalnym.

Porównano pomiędzy sobą podgrupy pacjentów z rozpoznaniem według kryteriów ICD-10 schizofrenii, zaburzeń nastroju, nerwicy i zaburzeń zachowania. Porównania dokonano we wszystkich kategoriach: demograficznych, objawowych (skala BPRS) oraz opisywanego środowiska rodzinnego (FES). Ze względu na małą liczebność grup obliczeń dokonano przy pomocy testu Manna-Whitneya-Wilcoxona. Niżej przedstawione zostaną jedynie wyniki istotne statystycznie.

7.1. Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii

Tabela 48		
	Grupa badana	Grupa porównawcza
Liczebność grupy	6	13

Wielkościami istotnymi statystycznie różnicującymi obie grupy okazały się jedynie dwie: wyniki w skali osiągnięcia (FES 5) w opisywanym przez identyfikowanego pacjenta środowisku rodzinnym ($p < 0.01$) oraz wiek ojca pacjenta ($p < 0.05$). Obie wartości są wyższe w grupie leczonej stacjonarnie.

7.2. Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji

Tabela 49		
	Grupa badana	Grupa porównawcza
Liczebność grupy	13	5

Wielkościami istotnymi statystycznie różnicującymi obie grupy okazały się następujące wymiary w opisywanym przez pacjenta środowisku rodzinnym:

skala osiągnięcia (FES 5), organizacja (FES 9) i kontrola (FES 10), wyższe w grupie badanej a więc pacjentów leczonych w domu (dla wszystkich $p < 0.05$, test Manna-Whitneya-Wilcoxon).

7.3. Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju

Tabela 50		
	Grupa badana	Grupa porównawcza
Liczebność grupy	5	6

7.4. Podgrupa pacjentów z rozpoznaniem nerwicy

Tabela 51		
	Grupa badana	Grupa porównawcza
Liczebność grupy	5	4

W przypadku zawężenia materiału do grup pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju oraz nerwicy wyniki nie pokazały różnic ani związków istotnych statystycznie.

8. Profile korelacyjne w badanych grupach

Celem badań, których wyniki są omawiane w niniejszym rozdziale jest analiza związków pomiędzy zmiennymi objaśniającymi (BPRS i FES) występującymi w grupie badanej i grupie porównawczej. Jak się okazało związki te są inaczej ukształtowane w grupie pacjentów leczonych w domu oraz w grupie pacjentów leczonych stacjonarnie. Dlatego też prezentowane różnice skłoniły mnie do nazwania występujących tendencji **profilami**.

Zbadano związki mierzone współczynnikiem korelacji liniowej zachodzące pomiędzy badanymi cechami w grupie pacjentów leczonych w domu oraz leczonych stacjonarnie. Następujące cechy poddano analizie korelacyjnej:

A. poszukiwano związku pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych u identyfikowanego pacjenta leczonego w warunkach domowych mierzonych Skalą objawową BPRS, a spostrzeganiem przez niego, jego matkę i ojca środowiska rodzinnego mierzonego Skalą środowiska rodzinnego (FES) oraz

B. poszukiwano związku pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych u identyfikowanego pacjenta leczonego stacjonarnie mierzonych Skalą objawową BPRS, a spostrzeganiem przez niego, jego matkę i ojca środowiska rodzinnego mierzonego Skalą środowiska rodzinnego (FES).

Niżej przedstawiono jedynie wyniki dotyczące związków istotnych statystycznie.

8.1. Analiza w grupie badanej

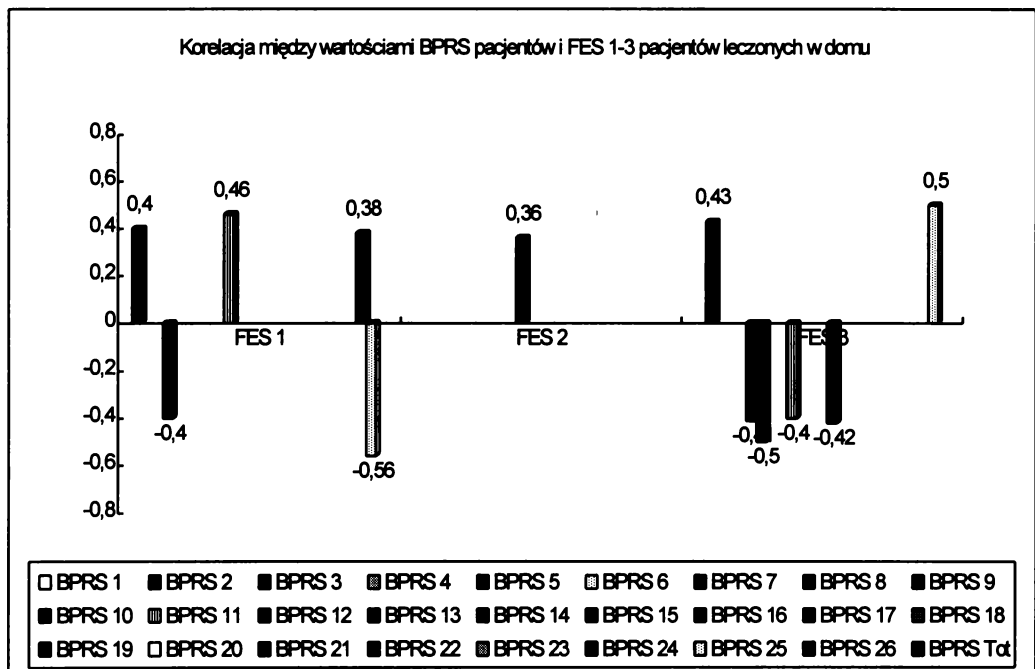
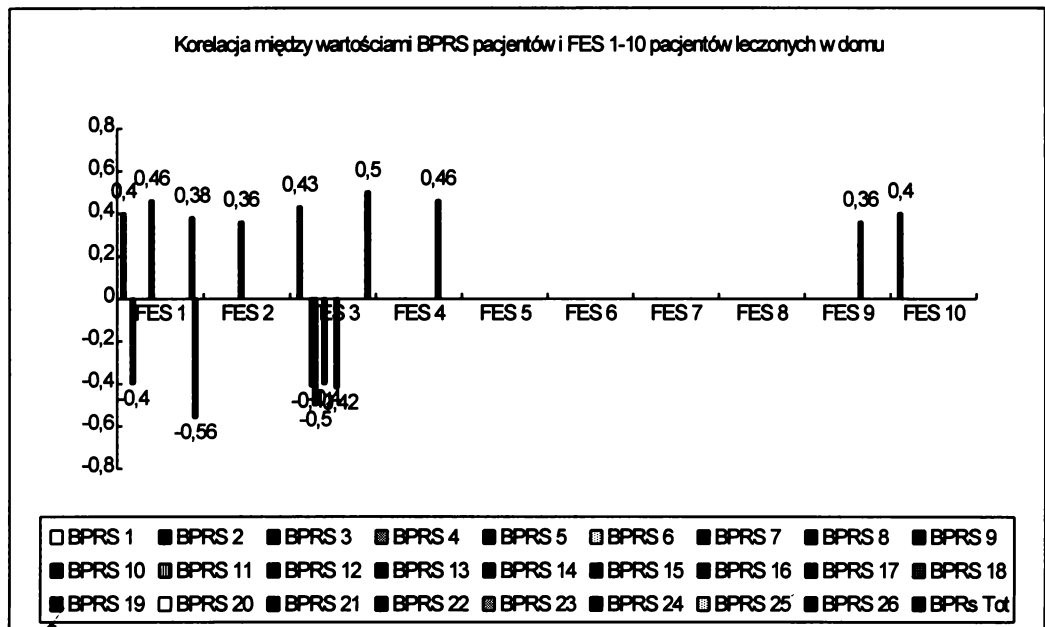
Związek między wartościami BPRS pacjentów a wartościami FES pacjentów leczonych w domu						
	FES 1	Fes 2	FES 3	Fes 4	FES 9	FES 10
BPRS 2	0.40*					
BPRS 3			0.43*			0.40*
BPRS 5	-0.40*					
BPRS 7			-0.41*			
BPRS 8			-0.50**			
BPRS 11	0.46**		-0.40*			
BPRS 12		0.36*				
BPRS 15			-0.42*			
BPRS 18					0.36*	
BPRS 20				0.46**		
BPRS 24	0.38*					
BPRS 25	-0.56**		0.50**			

* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

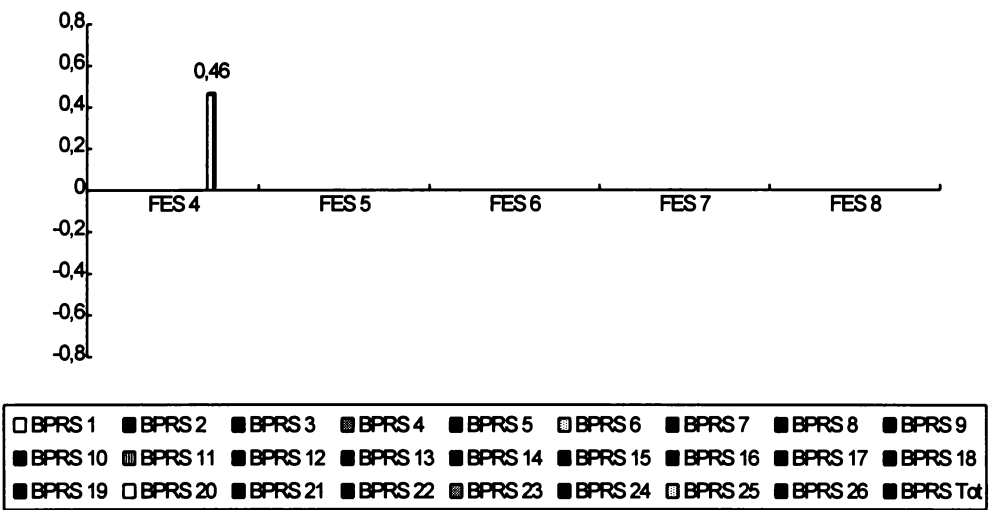
FES 1- kohezja, FES 2- ekspresja, FES 3- konflikt, FES 4- niezależność, FES 9- organizacja, FES 10- kontrola, BPRS 2- lęk, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 5- wrogość, BPRS 7- zaburzenia treści myślenia, BPRS 8- treści wielkościowe w myśleniu, BPRS 11- formalne zaburzenia myślenia, BPRS 12- pobudzenie emocjonalne, BPRS 15- ujawnianie napięcia, BPRS 18- wycofanie emocjonalne, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i wyglądzie, BPRS 24- rozproszenie uwagi, BPRS 25- bunt wobec dorosłych

- Wysoka wartość na skali kohezji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez pacjenta (FES 1) jest skorelowana dodatnio z nasilonym lękiem u pacjenta (wysokie wartości BPRS 2), $r=0.40$ ($p < 0.05$), poważnymi formalnymi zaburzeniami myślenia (wysokie wartości BPRS 11), $r=0.46$ ($p < 0.01$) i znacznym rozproszeniem uwagi (BPRS 24), $r=0.38$ ($p < 0.05$) oraz skorelowana ujemnie z poziomem wrogości (BPRS 5), $r= -0.40$ ($p < 0.05$) oraz nasileniem buntu wobec dorosłych (BPRS 25), $r= -0.56$ ($p < 0.01$)
- Wysokim wartościom ekspresji (FES 2) towarzyszy nasilone pobudzenie emocjonalne (BPRS 12), $r= 0.36$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom konfliktu (FES 3) towarzyszy obniżenie nastroju (BPRS 3), $r= 0.43$ ($p < 0.05$) i nasilenie buntu wobec dorosłych (BPRS 25), $r= 0.50$ ($p < 0.01$) oraz ujemna korelacja z zaburzeniami treści myślenia (BPRS 7), $r= -0.41$ ($p < 0.05$), niskie wartości na skali treści wielkościowych w myśleniu (BPRS 8), $r= -0.50$ ($p < 0.01$), ze słabo nasilonymi formalnymi zaburzeniami myślenia (BPRS 11), $r= -0.40$ ($p < 0.05$) oraz słabo ujawnianym napięciem (BPRS 15), $r= -0.42$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom niezależności (FES 4) towarzyszy nasilone zaniedbanie w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r= 0.46$ ($p < 0.01$)
- Wysokie wartości organizacji (FES 9) są skorelowane dodatnio z nasilonym wycofaniem emocjonalnym (BPRS 18), $r= 0.36$ ($p < 0.05$)
- Wysokiej wartości na skali kontroli (FES 10) towarzyszy obniżony nastrój (BPRS 3), $r= 0.40$ ($p < 0.05$)

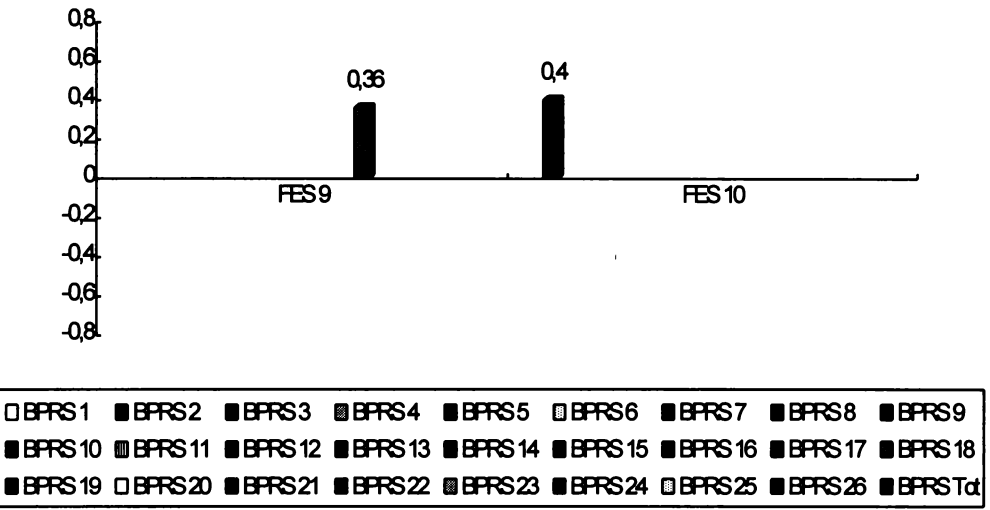
Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:



Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 4-8 pacjentów leczonych w domu



Korelacje między wartościami BPRS pacjentów i FES 9-10 pacjentów leczonych w domu



Związek między wartościami BPRS pacjentów, a wartościami FES matek pacjentów leczonych w domu

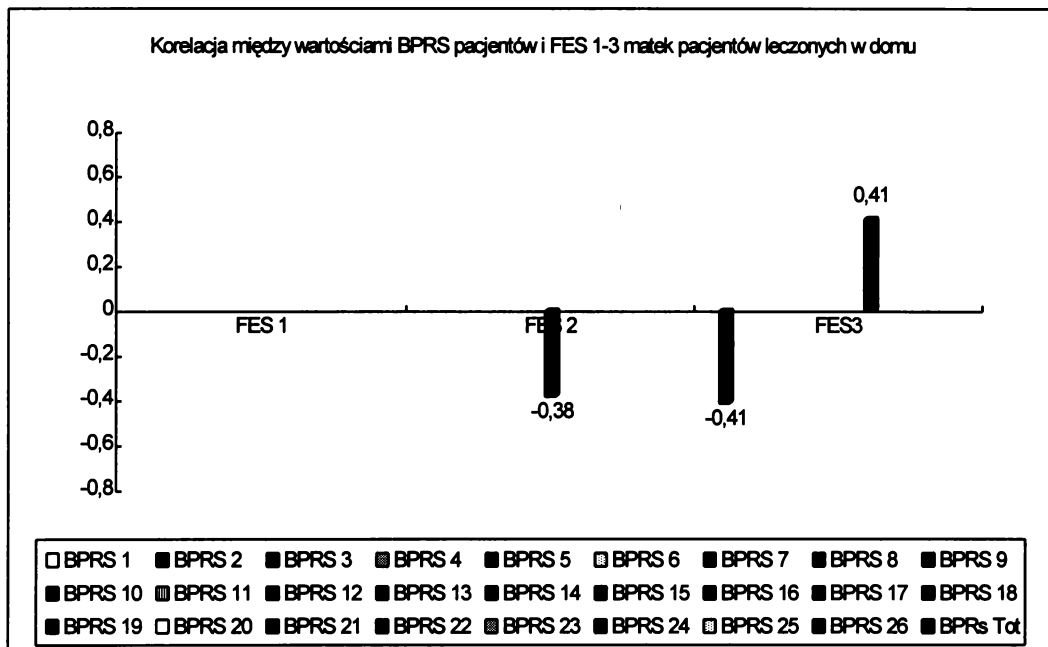
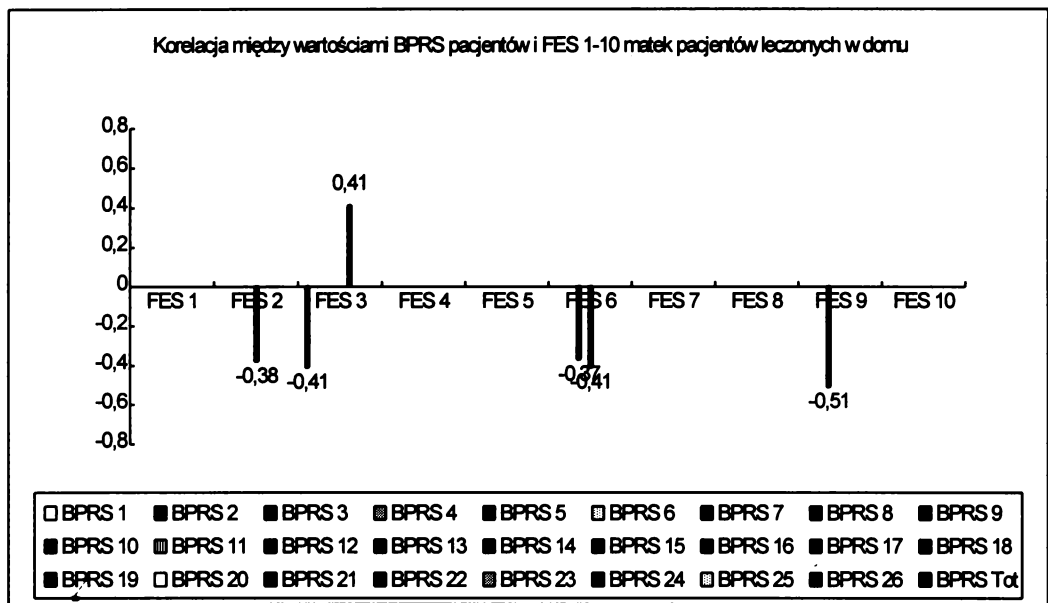
	FES 2	FES 3	FES 6	FES 9
BPRS 3		-0.41*		
BPRS 10			-0.37*	-0.51**
BPRS 14	-0.38*		-0.41*	
BPRS 17		0.41*		

* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

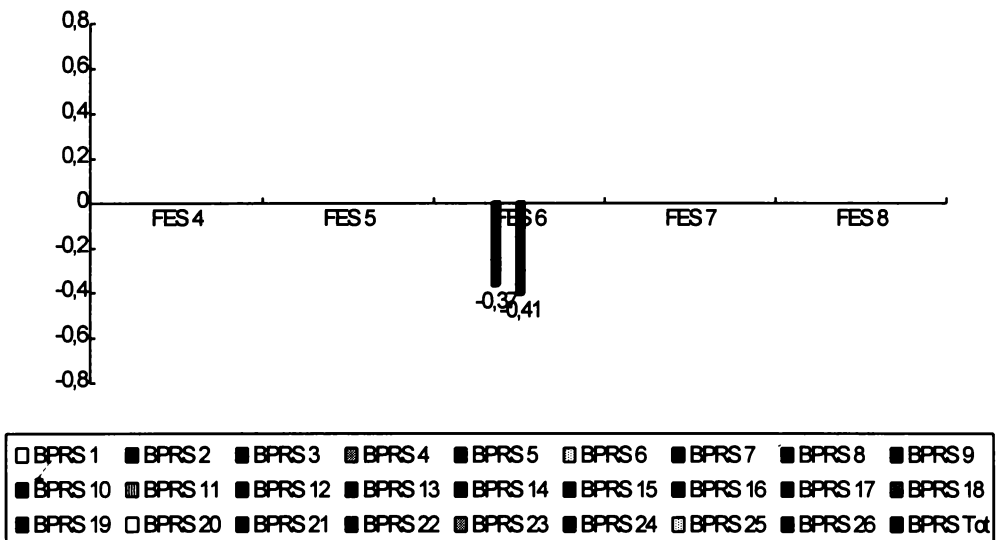
FES 2- ekspresja, FES 3- konflikt, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 9- organizacja, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 10- zaburzenia orientacji, BPRS 14- zubożenie uczuciowe, BPRS 17- brak współpracy z badającym,

- Niskie wartości ekspresji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez matkę (FES 2) są skorelowane ujemnie ze zubożeniem uczuciowym u pacjenta (BPRS 14), $r = -0.38$ ($p < 0.05$)
- Wysokie wartości konfliktu w rodzinie spostrzeganego przez matkę (FES 3) są skorelowane ujemnie z obniżeniem nastroju u pacjenta (BPRS 3), $r = -0.41$ ($p < 0.05$) oraz dodatnio z brakiem współpracy pacjenta z badającym (BPRS 17), $r = 0.41$ ($p < 0.05$)
- Orientacja intelektualno-kulturalna rodziny spostrzegana przez matkę (FES 6) jest ujemnie skorelowana z zaburzeniami orientacji (BPRS 10), $r = -0.37$ ($p < 0.05$) oraz zubożeniem uczuciowym (BPRS 14), $r = -0.41$ ($p < 0.05$).
- Wartości organizacji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez matkę (FES 9) są ujemnie skorelowane z zaburzeniami orientacji (BPRS 10), $r = -0.51$ ($p < 0.01$)

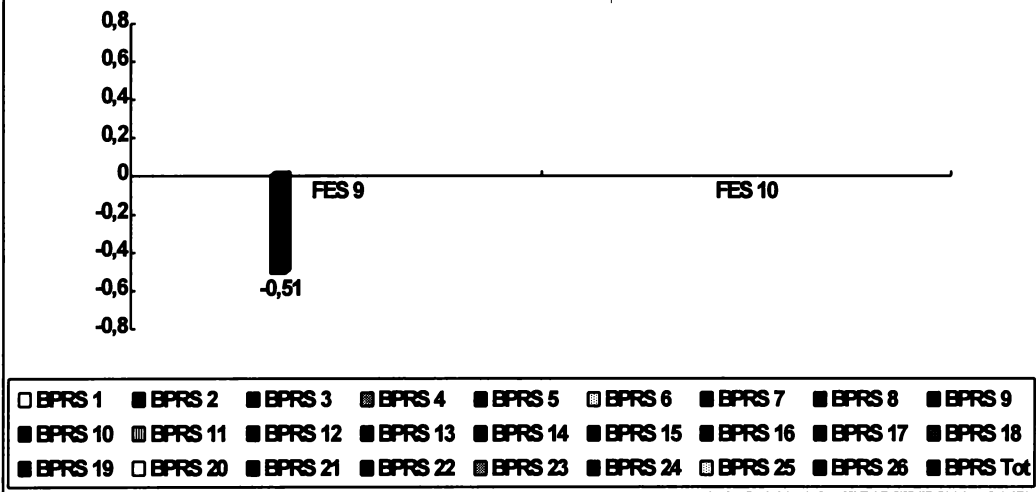
Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:



Korelacja między wartościami BPRS pacjentów FES 4-8 matek pacjentów leczonych w domu



Korelacja między wartościami BPRS pacjentów FES 9-10 matek pacjentów leczonych w domu



Związek między wartościami BPRS pacjentów, a wartościami FES ojców pacjentów leczonych w domu

	FES 2	FES 5	FES 6	FES 7	FES 9
BPRS 3					0.50*
BPRS 6				0.52*	
BPRS 14	-0.50*				
BPRS 18	-0.57*				
BPRS 19				0.48*	
BPRS 20			0.50*		
BPRS 22		-0.48*			
BPRS 24				0.61**	
BPRS Tot				0.49*	

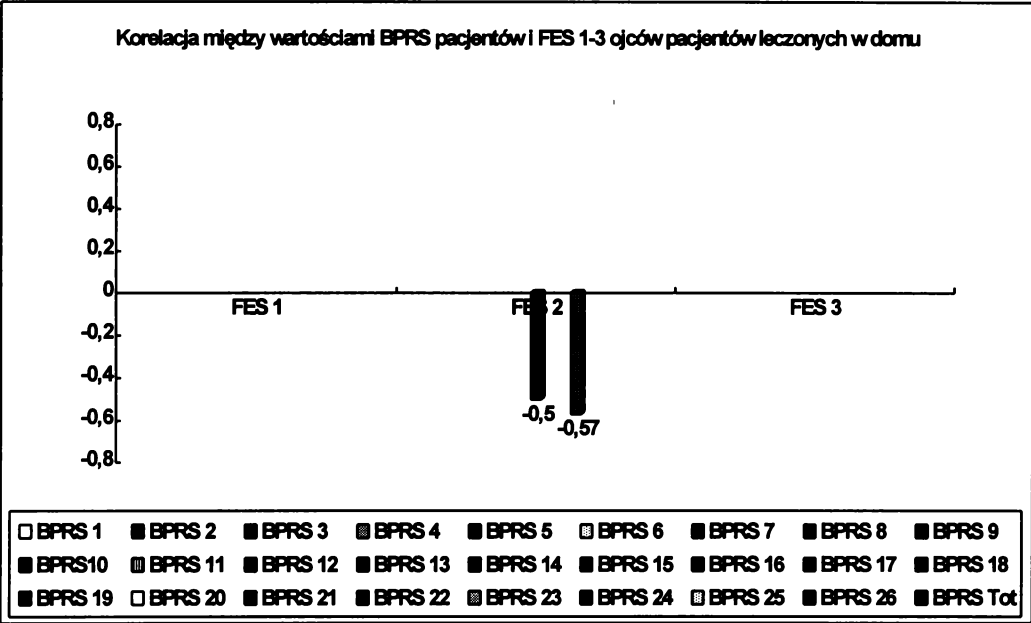
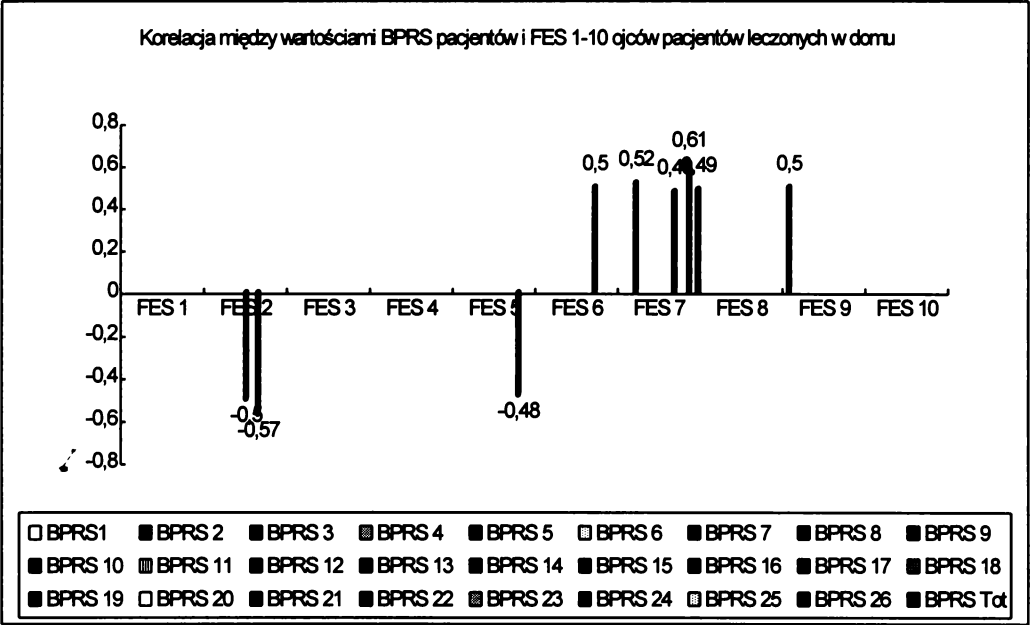
* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

FES 2- ekspresja, FES 5- osiągnięcia, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 7- aktywność-rekreacja, FES 9- organizacja, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 6- nieufność i podejrzliwość, BPRS 14- zubożenie uczuciowe, BPRS 18- wycofanie emocjonalne, BPRS 19- myśli i tendencje samobójcze, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i wyglądzie, BPRS 22- podwyższony nastrój, BPRS 24- rozproszenie uwagi, BPRS Tot - całkowita suma BPRS

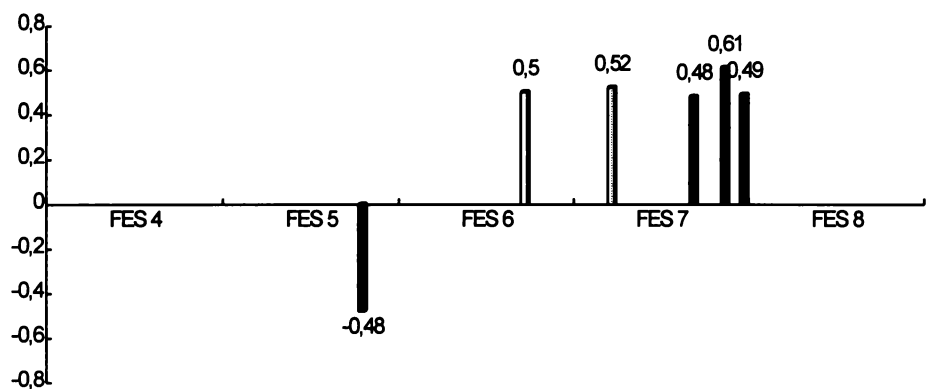
- Wartości ekspresji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojca (FES 2) są ujemnie skorelowane ze zubożeniem uczuciowym (BPRS 14), $r = -0.50$ ($p < 0.05$) i wycofaniem emocjonalnym (BPRS 18), $r = -0.57$ ($p < 0.05$)
- Osiągnięcia opisywane przez ojca (FES 5) są ujemnie skorelowane z podwyższonym nastrojem (BPRS 22) $r = -0.48$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom na skali orientacji intelektualno-kulturalnej (FES 6) odpowiada nasilenie zaniedbania w higienie i wyglądzie u pacjenta (BPRS 20), $r = 0.50$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom na skali rekreacji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojca (FES 7) towarzyszą u pacjenta kolejno wysokie wartości na skali nieufność, podejrzliwość (BPRS 6), $r = 0.52$ ($p < 0.05$), nasilone myśli i tendencje samobójcze (BPRS 19), $r = 0.48$ ($p < 0.05$), nasilone rozproszenie uwagi (BPRS 24), $r = 0.61$ ($p < 0.01$) oraz wysokie wartości w całkowitym BPRS Tot, $r = 0.49$ ($p < 0.05$)

- Organizacja na Skali środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojca (FES 9) jest dodatnio skorelowana z obniżeniem nastroju u pacjenta (BPRS 3), $r = 0.50$ ($p < 0.05$)

Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:

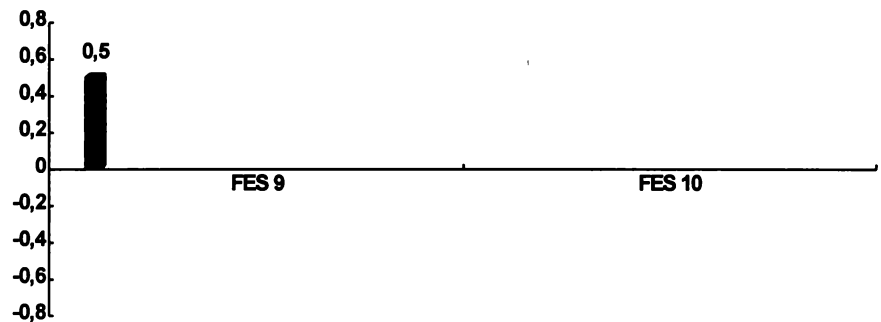


Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 4-8 ojców pacjentów leczonych w domu



- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 ■ BPRS 4 ■ BPRS 5 ■ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
- BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 ■ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
- BPRS 19 □ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 ■ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 9-10 ojców pacjentów leczonych w domu



- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 ■ BPRS 4 ■ BPRS 5 □ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
- BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 ■ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
- BPRS 19 □ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 ■ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

8.2. Analiza w grupie porównawczej

Związek między wartościami BPRS pacjentów a wartościami FES pacjentów leczonych stacjonarnie							
	FES 2	FES 3	FES 4	FES 6	FES 7	FES 8	FES 10
BPRS 1						0.41*	
BPRS 3					-0.43*		
BPRS 4			-0.37*				
BPRS 5			-0.44*	-0.37*			
BPRS 6							0.44*
BPRS 7				-0.37*			
BPRS 8	-0.43*						
BPRS 9							0.36*
BPRS 10				-0.44*			0.37*
BPRS 11							0.37*
BPRS 17							0.47**
BPRS 18				-0.39*			
BPRS 23							0.38*
BPRS 25		0.43*					
BPRS Tot				-0.49**			0.46*

* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

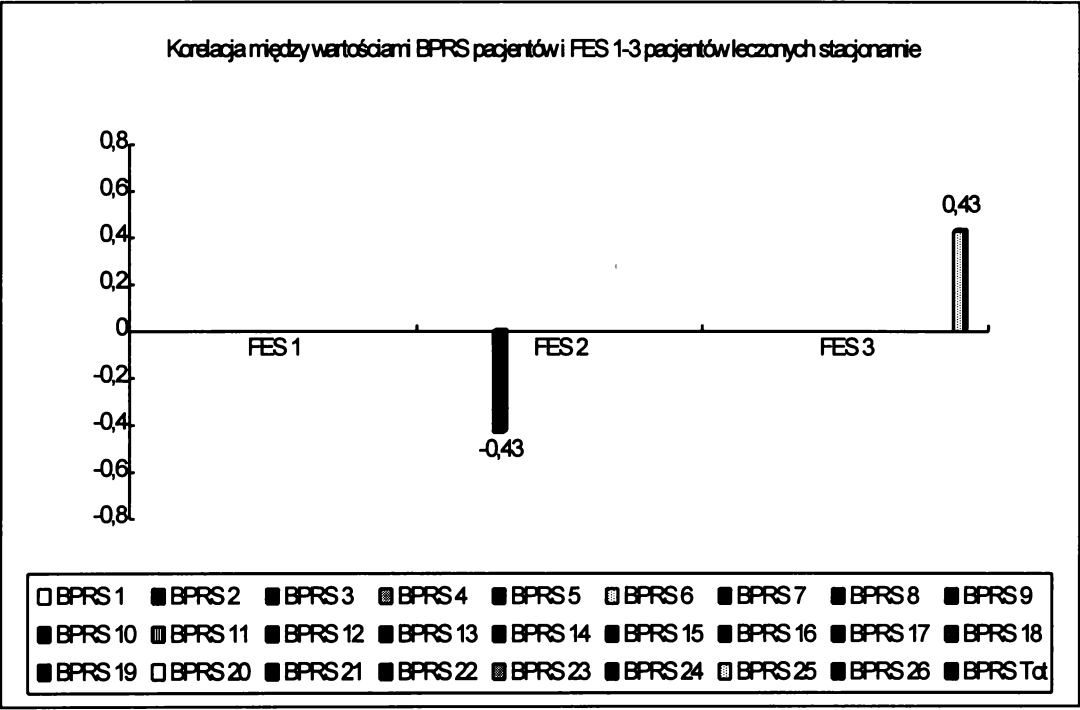
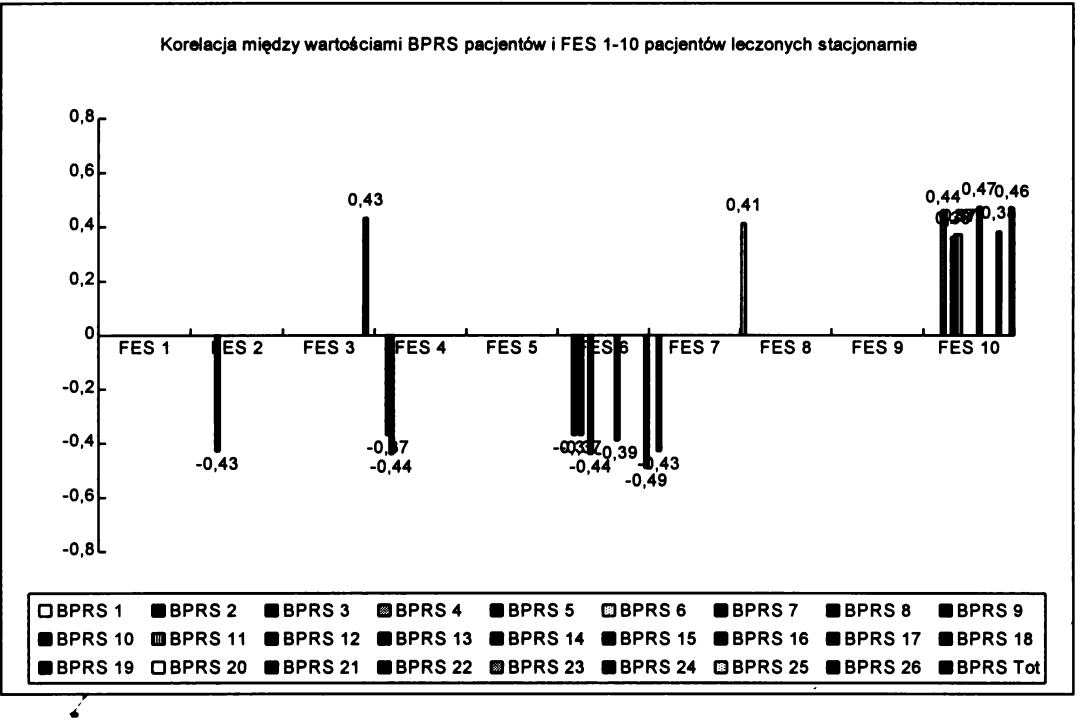
FES 2- ekspresja, FES 3- konflikt, FES 4- niezależność, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 7- aktywność i rekreacja, FES 8- nacisk na problemy moralno-religijne, FES 10- kontrola, BPRS-1 obawy o zdrowie, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 4- poczucie winy, BPRS 5- wrogość, BPRS 6- nieufność i podejrzliwość, BPRS 7- zaburzenia treści myślenia, BPRS 8- treści wielkościowe w myśleniu, BPRS 9- omamy, BPRS 10- zaburzenia orientacji, BPRS 11- formalne zaburzenia myślenia, BPRS 17- brak współpracy z badającym, BPRS 18- wycofanie emocjonalne, BPRS 23- pobudzenie ruchowe, BPRS 25- bunt wobec dorosłych, BPRS Tot - całkowita suma BPRS

- Wartości na skali ekspresji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez pacjenta (FES 2) są ujemnie skorelowane z treściami wielkościowym w myśleniu (BPRS 8), $r = -0.43$ ($p < 0.05$)
- Wartości konfliktu w środowisku rodzinnym oceniane przez pacjenta (FES 3) są dodatnio skorelowane z wartościami buntu wobec dorosłych (BPRS 25), $r = 0.43$ ($p < 0.05$)
- Wysokie wartości na skali opisującej niezależność (FES 4) środowiska rodzinnego widzianego przez pacjenta są ujemnie skorelowane z poczuciem

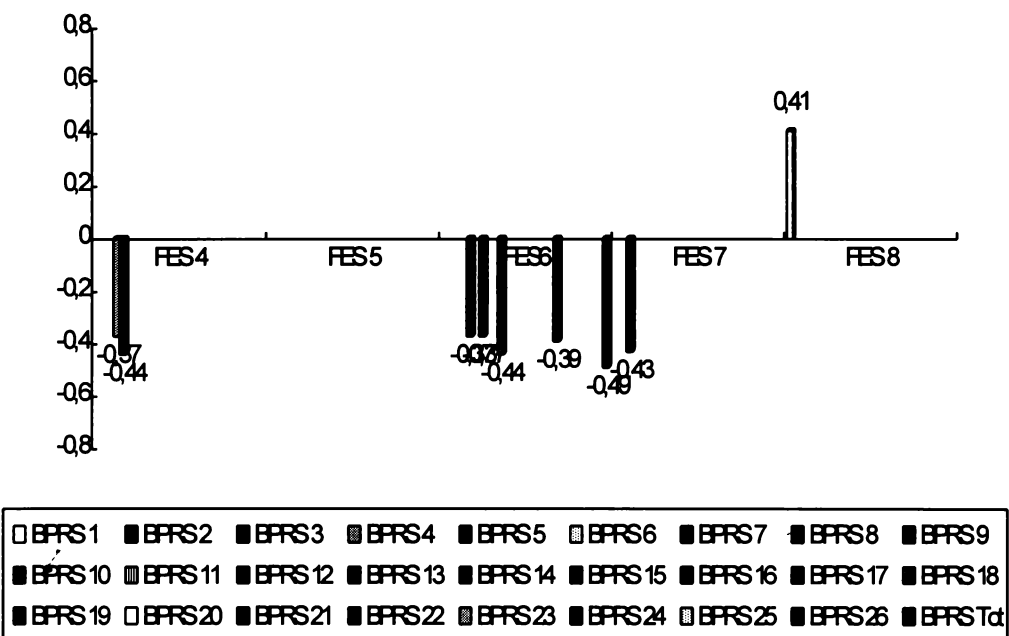
winy (BPRS 4), $r = -0.37$ ($p < 0.05$) oraz wrogością (BPRS 5), $r = -0.44$ ($p < 0.05$)

- Wartości na skali orientacji intelektualno-kulturalnej (FES 6) są ujemnie skorelowane z wrogością (BPRS 5), $r = -0.37$ ($p < 0.05$), z zaburzeniami treści myślenia (BPRS 7), $r = -0.37$ ($p < 0.05$), z zaburzeniami orientacji (BPRS 10), $r = -0.44$ ($p < 0.05$), z wycofaniem emocjonalnym (BPRS 18), $r = -0.39$ ($p < 0.05$) oraz z całkowitą wartością BPRS Tot, $r = -0.49$ ($p < 0.01$)
- Wysokie wartości na skali aktywność i rekreacja (FES 7) są ujemnie skorelowane z obniżeniem nastroju (BPRS 3), $r = -0.43$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom na skali nacisku na problemy moralno-religijne (FES 8) towarzyszy u pacjenta wysoka wartość na skali obawy o zdrowie (BPRS 1), $r = 0.41$ ($p < 0.05$)
- Wysokie wartości na skali kontroli (FES 10) środowiska rodzinnego spostrzeganego przez pacjenta są dodatnio skorelowane z nieufnością i podejrzliwością (BPRS 6), $r = 0.44$ ($p < 0.05$), z omamami (BPRS 9), $r = 0.36$ ($p < 0.05$), z zaburzeniami orientacji (BPRS 10), $r = 0.37$ ($p < 0.05$), z formalnymi zaburzeniami myślenia (BPRS 11), $r = 0.37$ ($p < 0.36$), z barkiem współpracy z badającym (BPRS 17), $r = 0.47$ ($p < 0.01$), z pobudzeniem ruchowym (BPRS 23), $r = 0.38$ ($p < 0.05$), z całkowitą wartością BPRS Tot, $r = 0.46$ ($p < 0.05$)

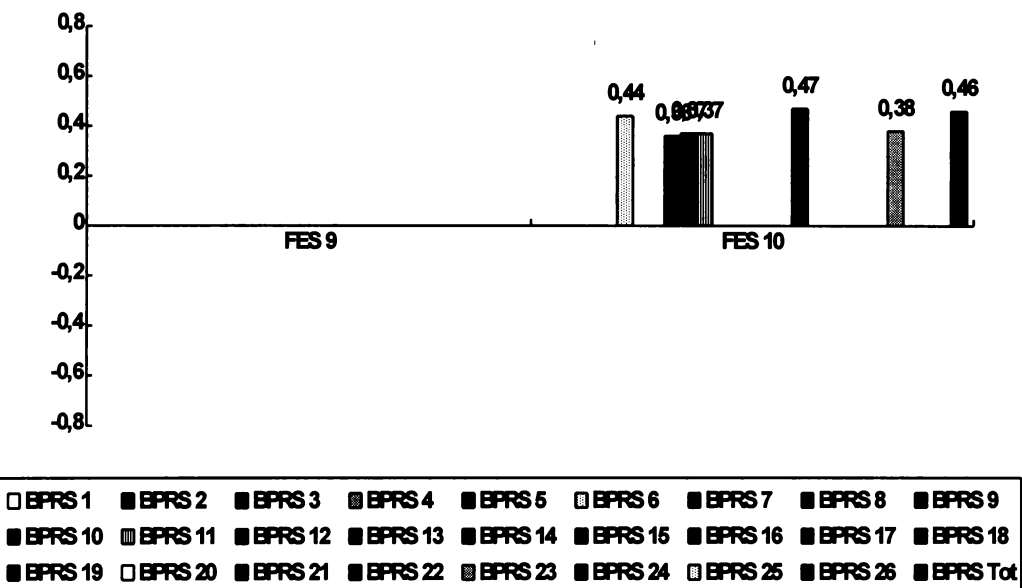
Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:



Korelacja między wartościami EPRS pacjentów i FES 4-8 pacjentów leczonych stacjonarnie



Korelacja między wartościami EPRS pacjentów i FES 9-10 pacjentów leczonych stacjonarnie



Związek między wartościami BPRS pacjentów a wartościami FES matek pacjentów leczonych stacjonarnie									
	FES 1	FES 2	FES 3	FES 4	FES 5	FES 6	FES 7	FES 8	FES 10
BPRS 1								0.38*	
BPRS 2								0.38*	
BPRS 3					0.41*				
BPRS 4					0.46*	0.45*			
BPRS 5		-0.38*	0.39*						0.38*
BPRS 6									
BPRS 7									
BPRS 8		-0.38*							
BPRS 9							0.41*		
BPRS 10						-0.42*			
BPRS 17	-0.45*			-0.46*		-0.53**			
BPRS 18						-0.49**			
BPRS 20								0.40*	

* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

FES 1- kohezja, FES 2- ekspresja, FES 3- konflikt, FES 4- niezależność, FES 5- osiągnięcia, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 7- aktywność i rekreacja, FES 8- nacisk na problemy moralno-religijne, FES 10- kontrola, BPRS 1- obawy o zdrowie, BPRS 2- lęk, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 4- poczucie winy, BPRS 5- wrogość, BPRS 6- nieufność i podejrzliwość, BPRS 7- zaburzenia treści myślenia, BPRS 8- treści wielkościowe w myśleniu, BPRS 9- omamy, BPRS 10- zaburzenia orientacji, BPRS 17- brak współpracy z badającym, BPRS 18- wycofanie emocjonalne, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i wyglądzie,

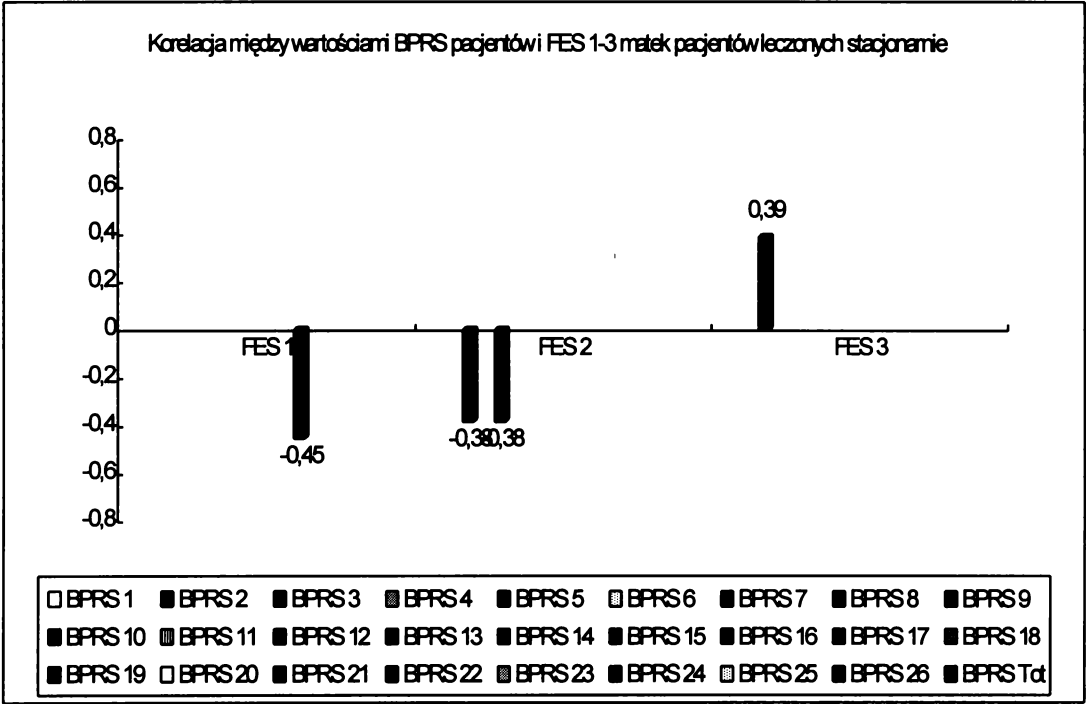
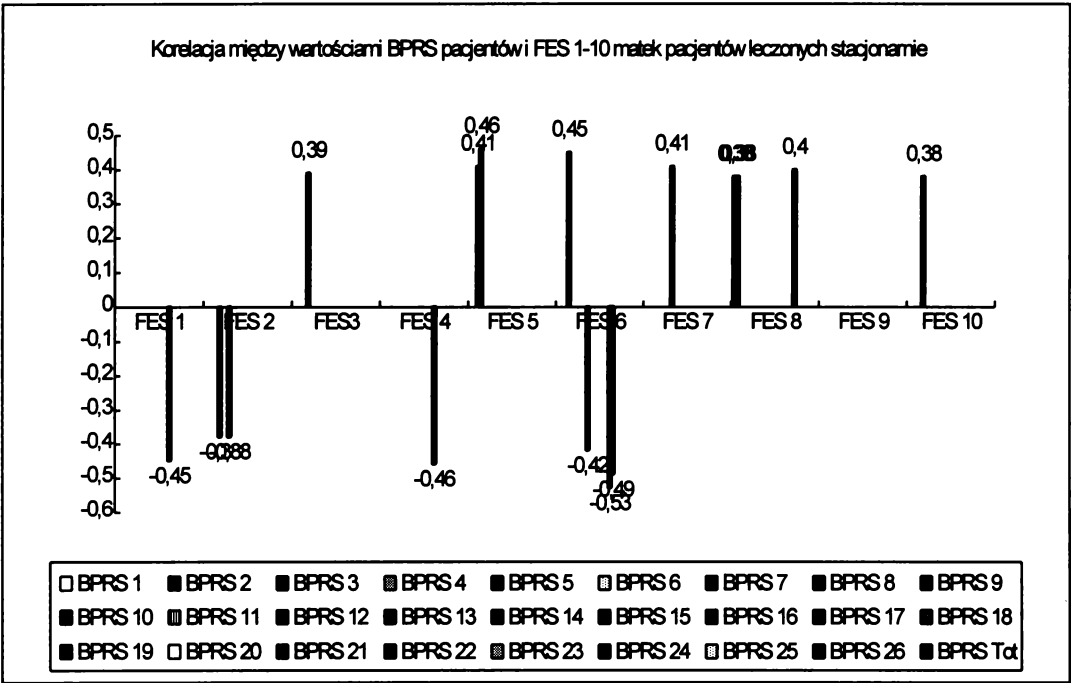
- Wysokim wartościom kohezji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez matki (FES 1) towarzyszy niska wartość na skali braku współpracy pacjenta z badającym (BPRS 17), $r = -0.45$ ($p < 0.05$)
- Wysokie wartości na skali ekspresji środowiska rodzinnego opisywanego przez matki (FES 2) są ujemnie skorelowane z takimi objawami u pacjenta jak: wrogość (BPRS 5), $r = -0.38$ ($p < 0.05$) oraz treści wielkościowe w myśleniu (BPRS 8), $r = -0.38$ ($p < 0.05$)
- Wysokie wartości na skali konfliktu w rodzinie spostrzeganego przez matki (FES 3) są pozytywnie skorelowane z wrogością u pacjenta (BPRS 5), $r = 0.39$ ($p < 0.05$)

- Wysokie wartości na skali niezależności środowiska rodzinnego (FES 4) są ujemnie skorelowane z brakiem współpracy pacjenta z badającym (BPRS 17), $r = -0.46$ ($p < 0.05$)
- Osiągnięcia na skali środowiska rodzinnego widzianego oczami matki (FES 5) są dodatnio skorelowane z obniżeniem nastroju u pacjenta (BPRS 3), $r = 0.41$ ($p < 0.05$), poczuciem winy (BPRS 4), $r = 0.46$ ($p < 0.05$) oraz wrogością (BPRS 5), $r = 0.37$ ($p < 0.05$)

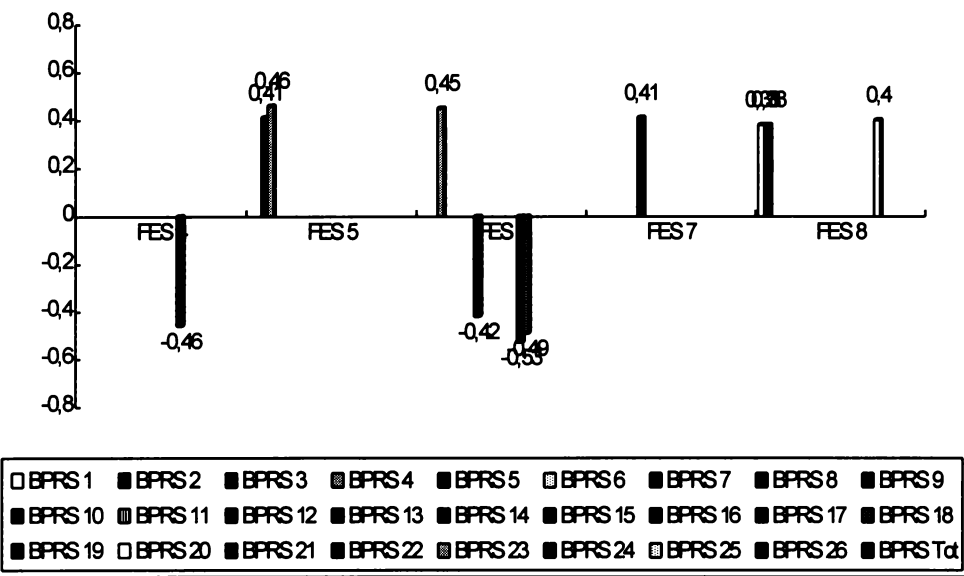
Wysokim wartościom na skali orientacji intelektualno-kulturalnej (FES 6) odpowiada nasilone poczucie winy u pacjenta (BPRS 4), $r = 0.45$ ($p < 0.05$) oraz niskie wartości na skali opisującej zaburzenia orientacji (BPRS 10), $r = -0.42$ ($p < 0.05$), niewielki brak współpracy z badającym (BPRS 17), $r = -0.53$ ($p < 0.01$) oraz niewielkie wycofanie emocjonalne (BPRS 18), $r = -0.49$ ($p < 0.01$)

- Wysokim wartościom na skali rekreacji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez matkę (FES 7) towarzyszą nasilone omamy u pacjenta (BPRS 9), $r = 0.41$ ($p < 0.05$)
- Nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8) jest dodatnio skorelowany z obawami o zdrowie u pacjenta (BPRS 1), $r = 0.38$ ($p < 0.05$), z lękiem (BPRS 2), $r = 0.38$ ($p < 0.05$) oraz zaniedbaniem w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.40$ ($p < 0.05$)
- Kontrola (FES 10) na skali środowiska rodzinnego jest dodatnio skorelowana z wrogością u pacjenta (BPRS 5), $r = 0.38$ ($p < 0.05$)

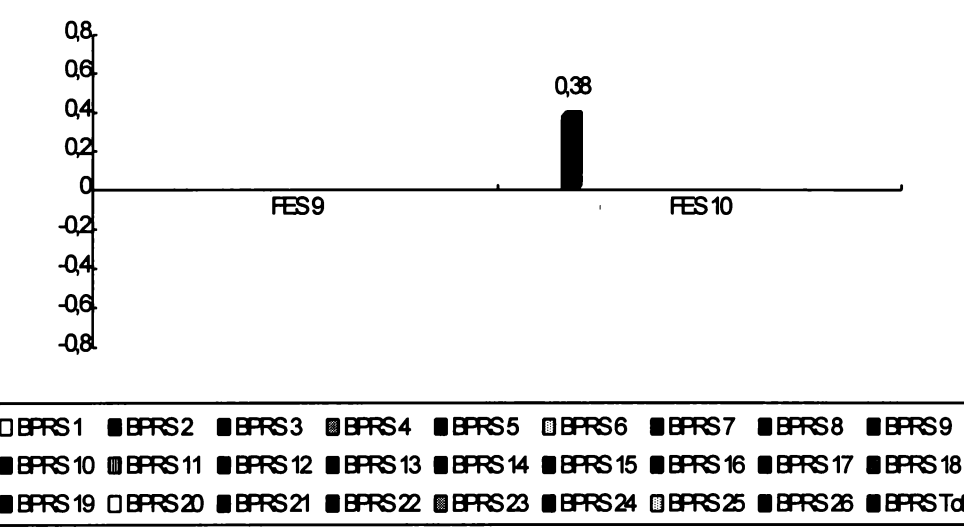
Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:



Korelacja między wartościami BPRS pacjentów FES 4-8 matek pacjentów leczonych stacjonarnie



Korelacja między wartościami BPRS pacjentów FES 9-10 matek pacjentów leczonych stacjonarnie



Związek między wartościami BPRS pacjentów a wartościami FES ojców pacjent leczonych stacjonarnie

	FES 1	FES 2	FES 4	FES 6	FES 7	FES 9	FES 10
BPRS 3			-0.47*				
BPRS 5				-0.46*			
BPRS 9	-0.55**					-0.61**	
BPRS 10	-0.58**			-0.63**		-0.49*	
BPRS 14				-0.42*			
BPRS 16		-0.53**					
BPRS 17	-0.56**			-0.50*			
BPRS 19					-0.44*		
BPRS 20	-0.50*						0.43*
BPRS 21		-0.52*					
BPRS 23		-0.43*					
BPRS 24			0.45*				
BPRS Tot	-0.49*			-0.47*			

* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

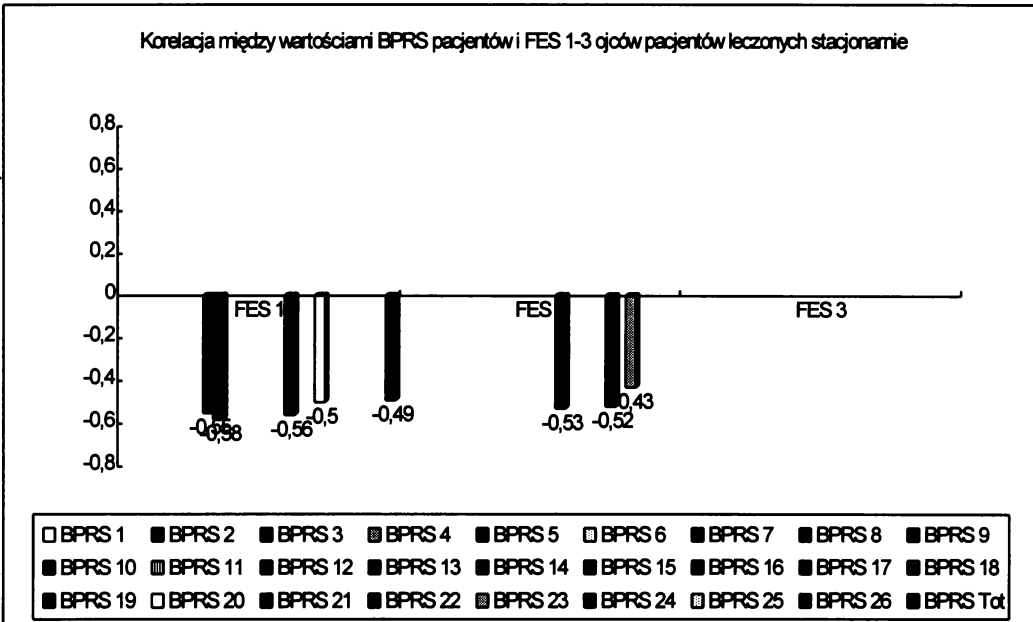
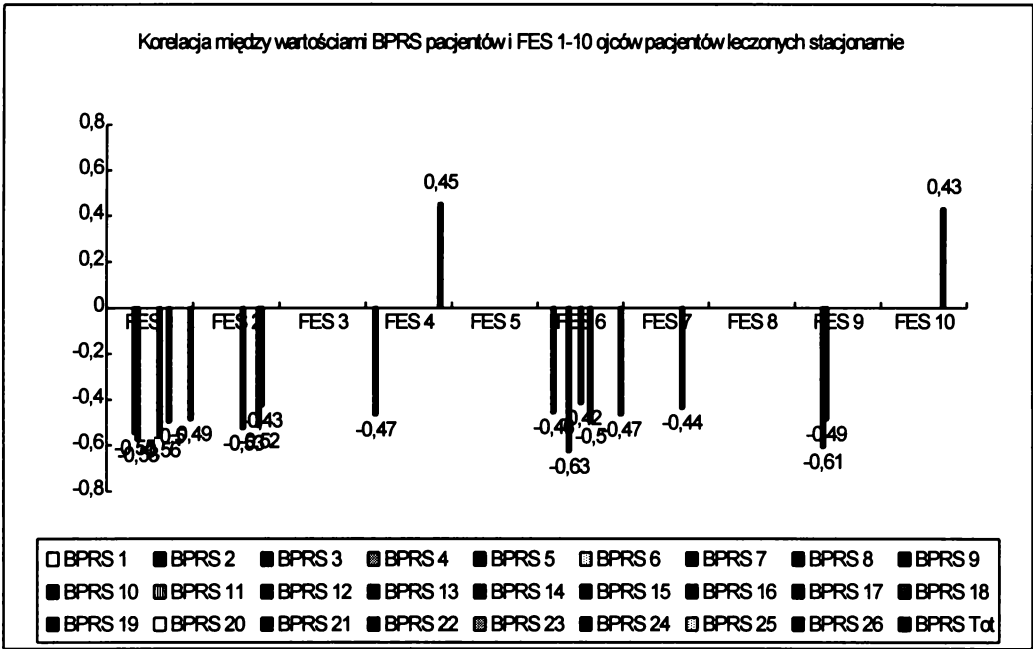
FES 1- kohezja, FES 2- ekspresja, FES 4- niezależność, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 7- aktywność i rekreacja, FES 9- organizacja, FES 10- kontrola, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 5- wrogość, BPRS 9- omamy, BPRS 10- zaburzenia orientacji, BPRS 14- zaburzenie uczuciowe, BPRS 16- manieryzmy, dziwaczne pozy, BPRS 17- brak współpracy z badającym, BPRS 19- myśli i tendencje samobójcze, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i wyglądzie, BPRS 21- dziwaczne zachowanie, BPRS 23- pobudzenie ruchowe, BPRS 24- rozproszenie uwagi, BPRS Tot- całkowita suma BPRS

- Wysokie wartości kohezji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojca (FES 1) są ujemnie skorelowane z następującymi objawami psychopatologicznymi u pacjenta: omamy (BPRS 9), $r = -0.55$ ($p < 0.01$), zaburzenia orientacji (BPRS 10), $r = -0.58$ ($p < 0.01$), brak współpracy z badającym (BPRS 17), $r = -0.56$ ($p < 0.01$), zaniedbanie w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = -0.50$ ($p < 0.05$) oraz całkowitą wartością BPRS Tot, $r = -0.49$ ($p < 0.05$)
- Ekspresja środowiska rodzinnego opisywanego przez ojca (FES 2) jest ujemnie skorelowana z następującymi skalami objawowymi u pacjenta: manieryzmy, dziwaczne pozy (BPRS 16), $r = -0.53$ ($p < 0.01$), dziwaczne zachowanie (BPRS

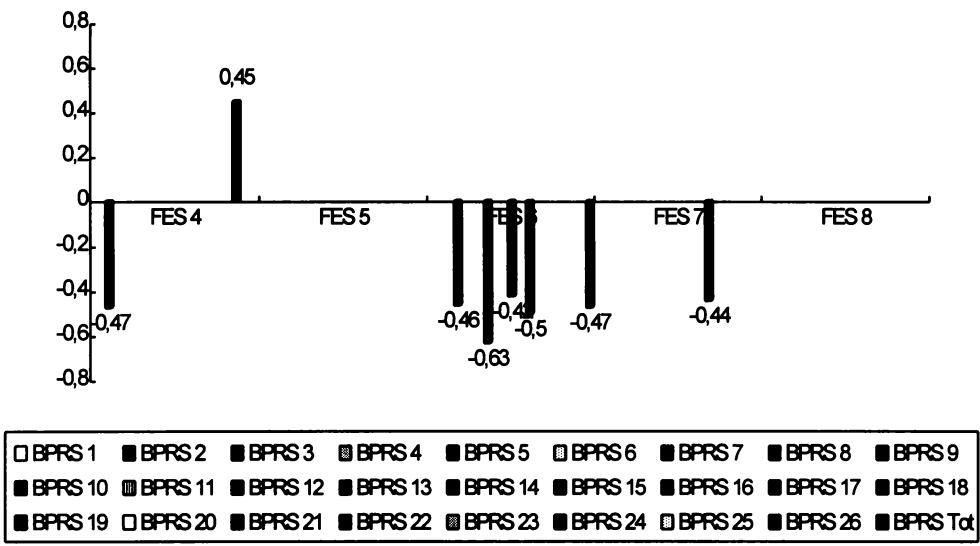
21), $r = -0.52$ ($p < 0.05$) oraz pobudzenie ruchowe (BPRS 23), $r = -0.43$ ($p < 0.05$)

- Wysokie wartości na skali opisującej niezależność rodziny (FES 4) są ujemnie skorelowane z obniżeniem nastroju (BPRS 3), $r = -0.47$ ($p < 0.05$) oraz dodatnio z rozproszeniem uwagi (BPRS 24), $r = 0.45$ ($p < 0.05$)
- Wartości orientacji intelektualno-kulturalnej (FES 6) są ujemnie skorelowane z następującymi wartościami opisującymi objawy psychopatologiczne u pacjenta: wrogość (BPRS 5), $r = -0.46$ ($p < 0.05$), zaburzenia orientacji (BPRS 10), $r = -0.63$ ($p < 0.01$), zubożenie uczuciowe (BPRS 14), $r = -0.42$ ($p < 0.05$), brak współpracy z badającym (BPRS 17), $r = -0.50$ ($p < 0.05$) oraz całkowitą wartością BPRS Tot, $r = -0.47$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom aktywności i rekreacji rodziny spostrzeganej przez ojca (FES 7) odpowiada małe nasilenie myśli i tendencji samobójczych (BPRS 19), $r = -0.44$ ($p < 0.05$)
- Wartości organizacji na skali opisującej środowisko rodzinne (FES 9) są ujemnie skorelowane z omamami u pacjenta (BPRS 9), $r = -0.61$ ($p < 0.01$) oraz zaburzeniami orientacji (BPRS 10), $r = -0.49$ ($p < 0.05$)
- Wysokie wartości na skali kontroli środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojca (FES 10) są dodatnio skorelowane z wartościami na skali zaniedbania w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.43$ ($p < 0.05$)

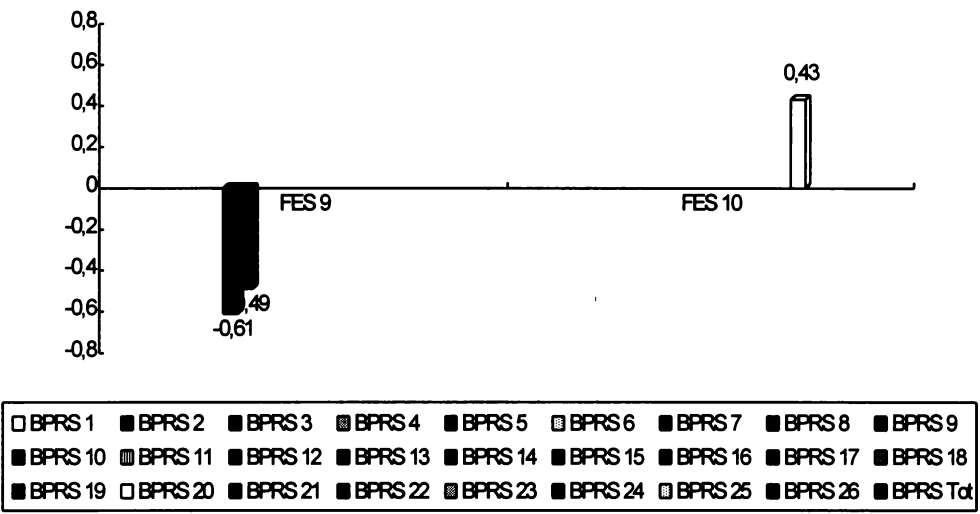
Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:



Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 4-8 ojców pacjentów leczonych stacjonarnie



Korelacje między wartościami BPRS pacjentów i FES 9-10 ojców pacjentów leczonych stacjonarnie



8.3. Wyłączenie z grupy porównawczej pacjentów z wartością BPRS większą od 73 punktów

Kolejnym krokiem było wyeliminowanie z grupy porównawczej, a więc pacjentów leczonych stacjonarnie takich, których całkowita suma BPRS była wyższa od najwyższej wartości BPRS w grupie pacjentów leczonych w domu (BPRS Total = 73 punkty). W ten sposób z grupy szpitalnej wyłączono 6 pacjentów, którzy mieli nasilone objawy psychiatryczne i ich leczenie powinno przebiegać w warunkach stacjonarnych, przynajmniej we wstępnej fazie leczenia. Ich suma BPRS mieściła się pomiędzy 74 a 101 punktów (101, 95, 88, 83, 79 i 74).

Następnie w tej, grupie poszukiwano związku pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych u identyfikowanych pacjentów leczonych stacjonarnie, mierzonych skalą objawową BPRS, a spostrzeganiem przez nich, ich matkę i ojców środowiska rodzinnego mierzonego przy pomocy skali środowiska rodzinnego (FES).

Niżej przedstawiono jedynie wyniki dotyczące związków istotnych statystycznie.

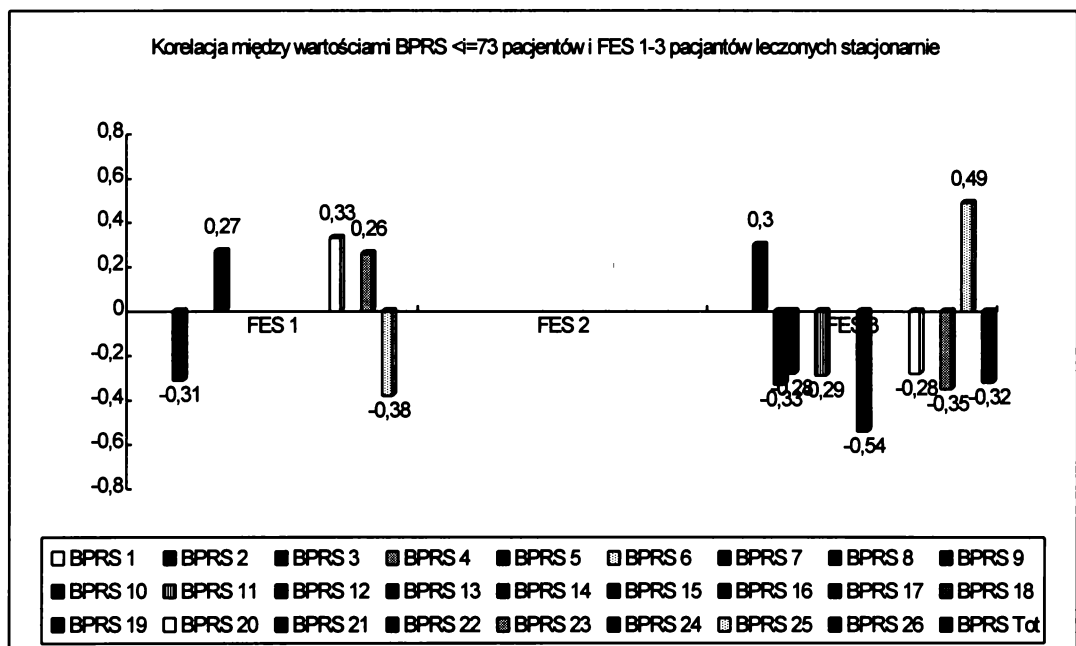
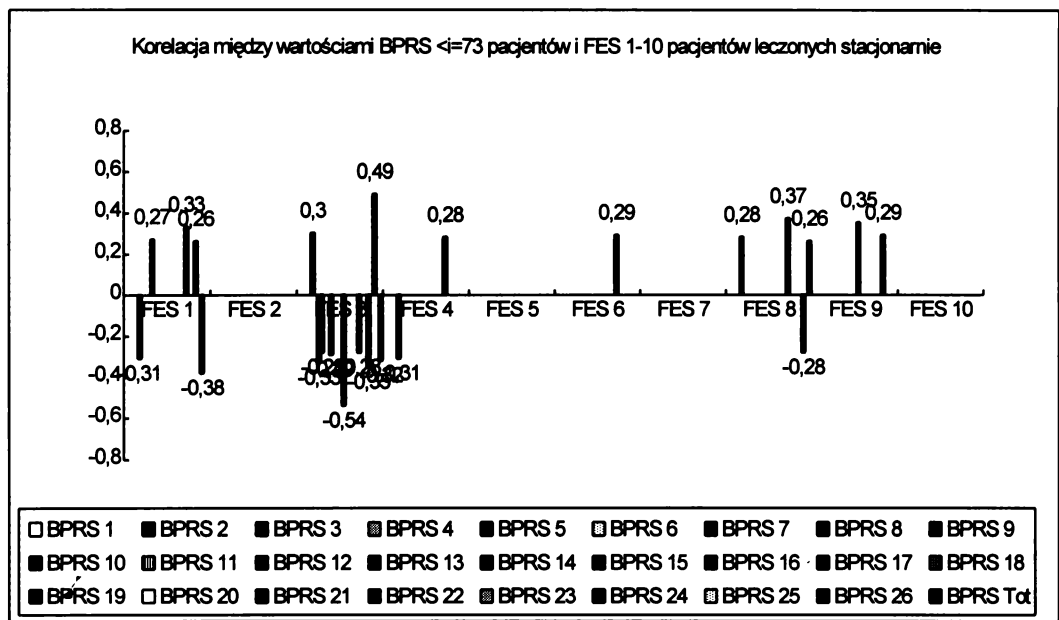
Związek między wartościami BPRS < 73 pacjentów a wartościami FES pacjentów leczonych stacjonarnie						
	FES 1	FES 3	FES 4	FES 6	FES 8	FES 9
BPRS 5	-0.31*	0.30*	-0.31*		0.28*	
BPRS 7		-0.33*				
BPRS 8		-0.28*				
BPRS 9	0.27*					
BPRS 11		-0.29*				
BPRS 15		-0.54**				0.35**
BPRS 20	0.33*	-0.28*	0.28*	0.29*	0.37**	
BPRS 23	0.26*	-0.35**				0.29*
BPRS 25	-0.38**	0.49**			-0.28*	
BPRS Tot		-0.32*			0.26*	

* (p < 0.05), ** (p < 0.01)

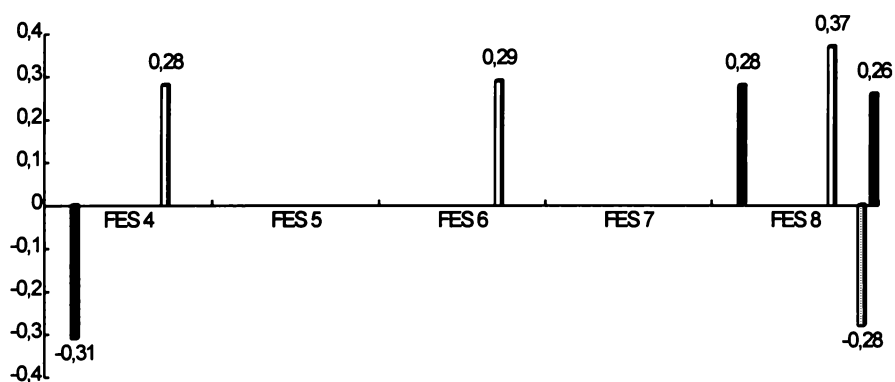
FES 1- kohezja, FES 3- konflikt, FES 4- niezależność, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 8- nacisk na problemy moralno-religijne, FES 9- organizacja, BPRS 5- wrogość, BPRS 7- zaburzenia treści myślenia, BPRS 8- treści wielkościowe w myśleniu, BPRS 9- omamy, BPRS 11- formalne zaburzenia myślenia, BPRS 15- ujawnianie napięcia, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i

- Wysoka wartość na skali kohezji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez pacjentów (FES 1) jest skorelowana ujemnie z poziomem wrogości (BPRS 5), $r = -0.31$ ($p < 0.05$) oraz nasileniem buntu wobec dorosłych (BPRS 25), $r = -0.38$ ($p < 0.01$), jak również skorelowana dodatnio z takimi objawami jak: omamy (BPRS 9), $r = 0.27$ ($p < 0.05$), zaniedbanie w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.33$ ($p < 0.05$) i pobudzenie ruchowe (BPRS 23), $r = 0.26$ ($p < 0.05$)
 - Wysokim wartościom konfliktu (FES 3) towarzyszy nasilenie wrogości (BPRS 5), $r = 0.30$ ($p < 0.05$) oraz nasilenie buntu wobec dorosłych (BPRS 25), $r = 0.49$ ($p < 0.01$) oraz ujemna korelacja z następującymi objawami: zaburzenia treści myślenia (BPRS 7), $r = -0.33$ ($p < 0.05$), treści wielkościowe w myśleniu (BPRS 8), $r = -0.28$ ($p < 0.05$), formalne zaburzenia myślenia (BPRS 11), $r = -0.29$ ($p < 0.05$), ujawnianie napięcia (BPRS 15), $r = -0.54$ ($p < 0.01$), zaniedbanie w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = -0.28$ ($p < 0.05$), pobudzenie ruchowe (BPRS 23), $r = -0.35$ ($p < 0.01$) i całkowita suma BPRS Tot, $r = -0.32$ ($p < 0.05$)
 - Niezależność na skali środowiska rodzinnego (FES 4) jest ujemnie skorelowana z wrogością (BPRS 5), $r = -0.31$ ($p < 0.05$) oraz dodatnio skorelowana z zaniedbaniem w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.28$ ($p < 0.05$)
 - Wartości na skali orientacji intelektualno-kulturalnej (FES 6) są dodatnio skorelowane z zaniedbaniem w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.29$ ($p < 0.05$)
 - Nacisk na problemy moralno-religijne (FES 8) jest dodatnio skorelowany z wrogością (BPRS 5), $r = 0.28$ ($p < 0.05$), zaniedbaniem w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.37$ ($p < 0.01$) i całkowitą wartością BPRS Tot, $r = 0.26$ ($p < 0.05$) oraz ujemnie skorelowany z buntem wobec dorosłych (BPRS 25), $r = -0.28$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom na skali organizacji (FES 9) towarzyszą ujawnianie napięcia (BPRS 15), $r = 0.35$ ($p < 0.01$) oraz nasilone pobudzenie ruchowe (BPRS 23), $r = 0.29$ ($p < 0.05$)

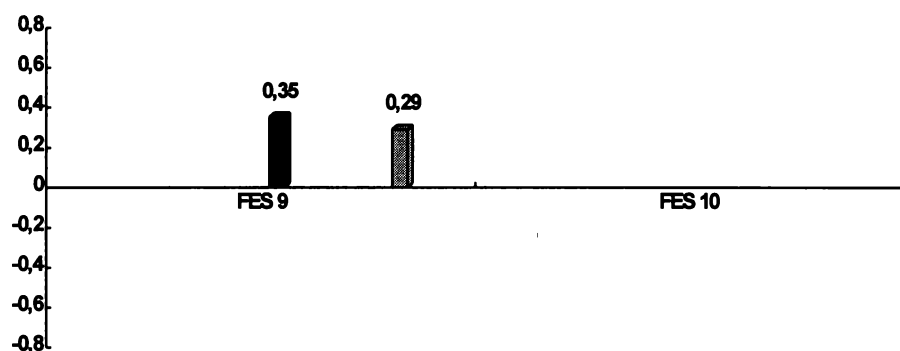
Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:



Korelacja między wartościami BPRS <=73 pacjentów i FES 4-8 pacjentów leczonych stacjonarnie



Korelacja między wartościami BPRS <=73 pacjentów i FES 9-10 pacjentów leczonych stacjonarnie



Związek między wartościami BPRS ≤ 73 pacjentów a wartościami FES matek pacjentów leczonych stacjonarnie

	FES 1	FES 2	FES 3	FES 4	FES 5	FES 6	FES 8	FES 9	FES 10
BPRS 4					0.27*		0.28*		
BPRS 6	-0.29*	-0.32*		-0.28*				-0.27*	
BPRS 10								-0.33*	
BPRS 13								0.28*	
BPRS 14						-0.33*			
BPRS 16		-0.27*							
BPRS 17		-0.31*	0.37**	-0.40**		-0.34*			
BPRS 18									
BPRS 20							0.36**		
BPRS 26					-0.28*				-0.33*

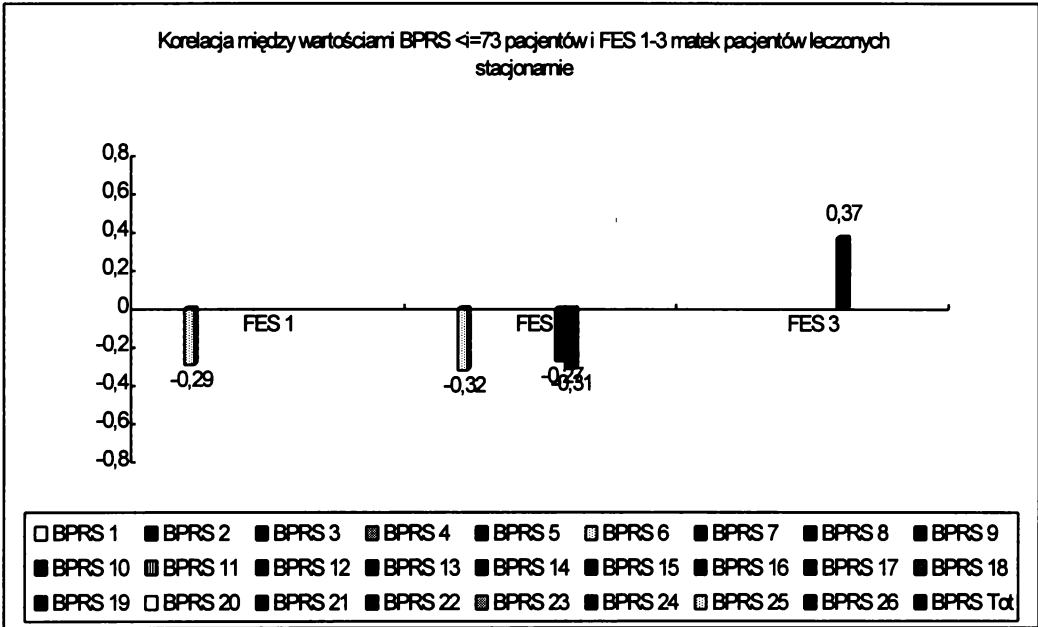
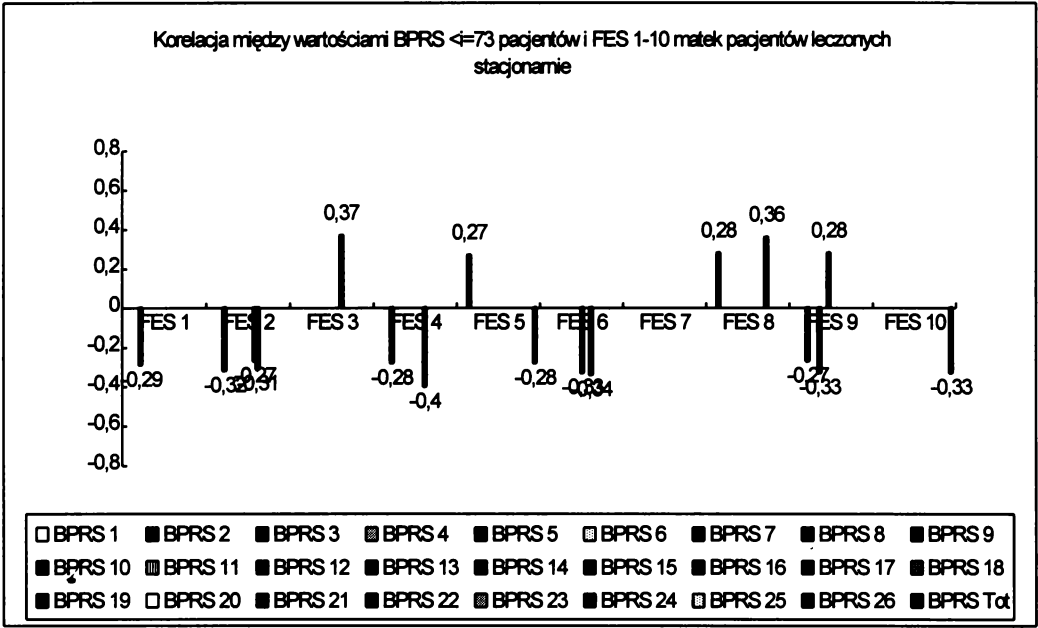
* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

FES 1- kohezja, FES 2- ekspresja, FES 3- konflikt, FES 4- niezależność, FES 5- osiągnięcia, FES 6- orientacja intelektualno-kulturalna, FES 8- nacisk na problemy moralno-religijne, FES 9- organizacja, FES 10- kontrola, BPRS 4- poczucie winy, BPRS 6- nieufność, podejrzliwość, BPRS 10- zaburzenia orientacji, BPRS 13- spowolnienie ruchowe, BPRS 14- zubożenie uczuciowe, BPRS 16- manieryzmy, dziwaczne pozy, BPRS 17- brak współpracy z badającym, BPRS 18- wycofanie emocjonalne, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i wyglądzie, BPRS 26- zaburzenia jedzenia

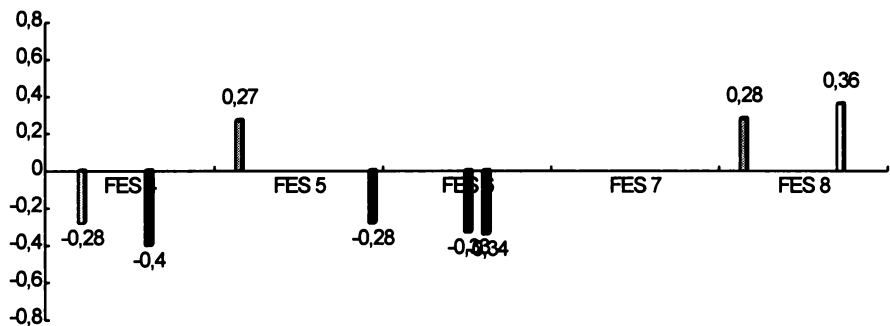
- Wartościom na skali kohezji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez matki pacjentów (FES 1) towarzyszy niewielka nieufność, podejrzliwość (BPRS 6), $r = -0.29$ ($p < 0.05$)
- Wartości na skali ekspresji (FES 2) są skorelowane ujemnie z następującymi objawami: nieufność, podejrzliwość (BPRS 6), $r = -0.32$ ($p < 0.05$), manieryzmy, dziwaczne pozy (BPRS 16), $r = -0.27$ ($p < 0.05$) oraz brak współpracy z badającym (BPRS 17), $r = -0.31$ ($p < 0.05$)
- Nasilony konflikt (FES 3) jest skorelowany dodatnio z brakiem współpracy z badającym (BPRS 17), $r = 0.37$ ($p < 0.01$)
- Wysokim wartościom na skali niezależności (FES 4) towarzyszą niskie wartości na skali nieufność, podejrzliwość (BPRS 6), $r = -0.28$ ($p < 0.05$) oraz brak współpracy z badającym (BPRS 17), $r = -0.40$ ($p < 0.01$)

- Osiągnięcia opisywane przez matki (FES 5) są dodatnio skorelowane z poczuciem winy (BPRS 4), $r = 0.27$ ($p < 0.05$) oraz ujemnie skorelowane z zaburzeniami jedzenia u pacjenta (BPRS 26), $r = -0.28$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom na skali orientacji intelektualno-kulturalnej (FES 6) towarzyszy mało nasilone zubożenie uczuciowe (BPRS 14), $r = -0.33$ ($p < 0.05$) i niewielki brak współpracy z badającym (BPRS 17), $r = -0.34$ ($p < 0.05$)
- Nacisk na problemy moralno-religijne opisywany przez matki (FES 8) jest skorelowany dodatnio z poczuciem winy u pacjenta (BPRS 4), $r = 0.28$ ($p < 0.05$) i zaniedbaniem w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.36$ ($p < 0.01$)
- Wartości na skali organizacji (FES 9) są skorelowane ujemnie z nieufnością i podejrzliwością (BPRS 6), $r = -0.27$ ($p < 0.05$) oraz zaburzeniami orientacji (BPRS 10), $r = -0.33$ ($p < 0.05$) i skorelowane dodatnio ze spowolnieniem ruchowym (BPRS 13), $r = 0.28$ ($p < 0.01$)
- Wysokim wartościom na skali kontroli środowiska rodzinnego (FES 10) towarzyszą niewielkie zaburzenia jedzenia (BPRS 26), $r = -0.33$ ($p < 0.05$)

Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:

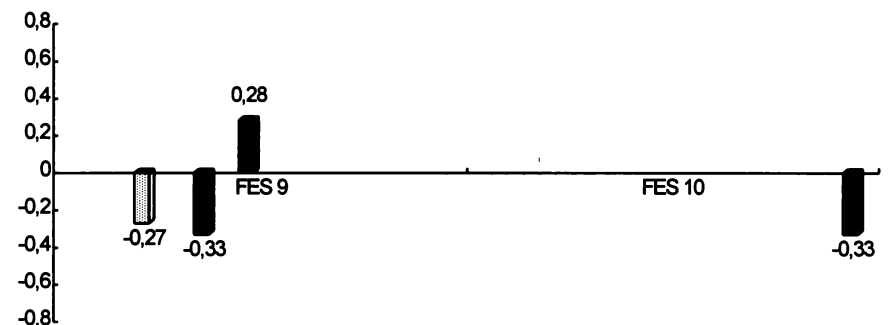


Korelacja między wartościami BPRS <=73 pacjentów i FES 4-8 matek pacjentów leczonych stacjonarnie



- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 ■ BPRS 4 ■ BPRS 5 □ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
■ BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 ■ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
■ BPRS 19 □ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 □ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami BPRS <=73 pacjentów i FES 9-10 matek pacjentów leczonych stacjonarnie



- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 ■ BPRS 4 ■ BPRS 5 □ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
■ BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 ■ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
■ BPRS 19 □ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 □ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

Związek między wartościami BPRS <1=73 pacjentów a wartościami FES ojców pacjentów leczonych stacjonarnie

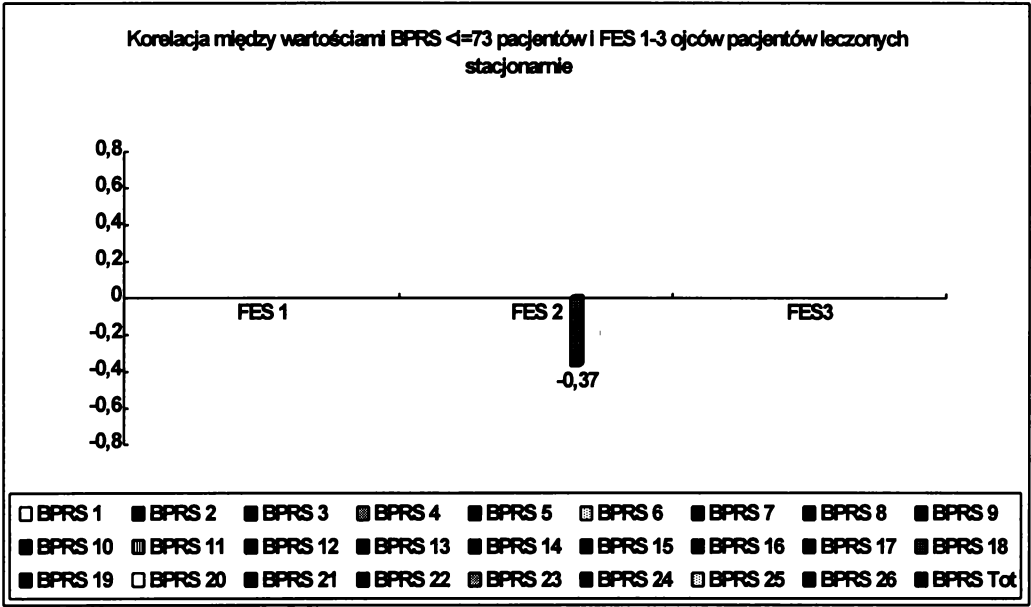
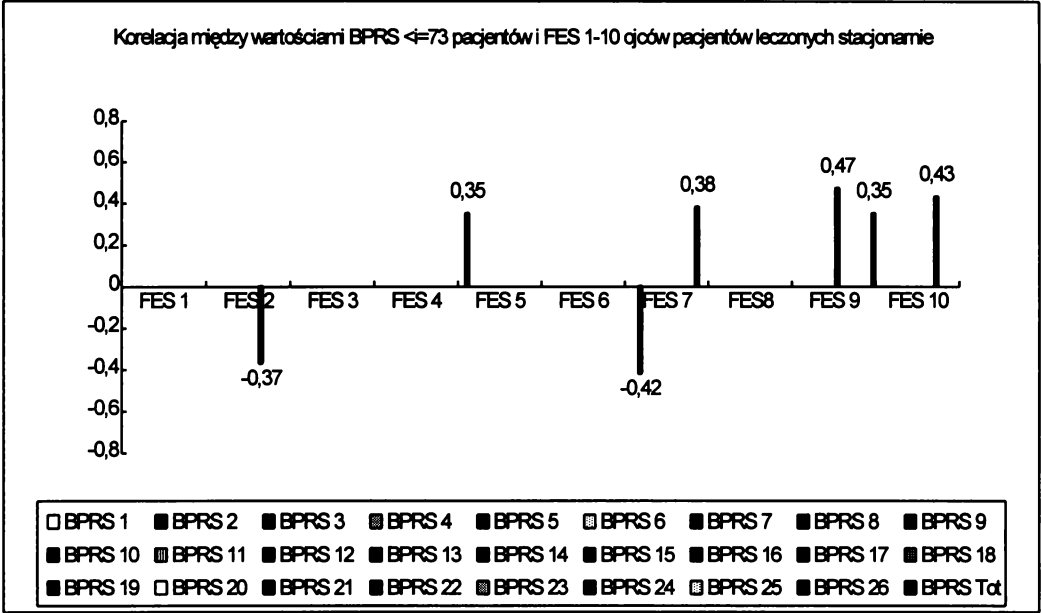
	FES 2	FES 5	FES 7	FES 9	FES 10
BPRS 3		0.35*			
BPRS 5			-0.42*		
BPRS 15				0.47**	
BPRS 18	-0.37*				
BPRS 20					0.43**
BPRS 24			0.38*		
BPRS Tot				0.35*	

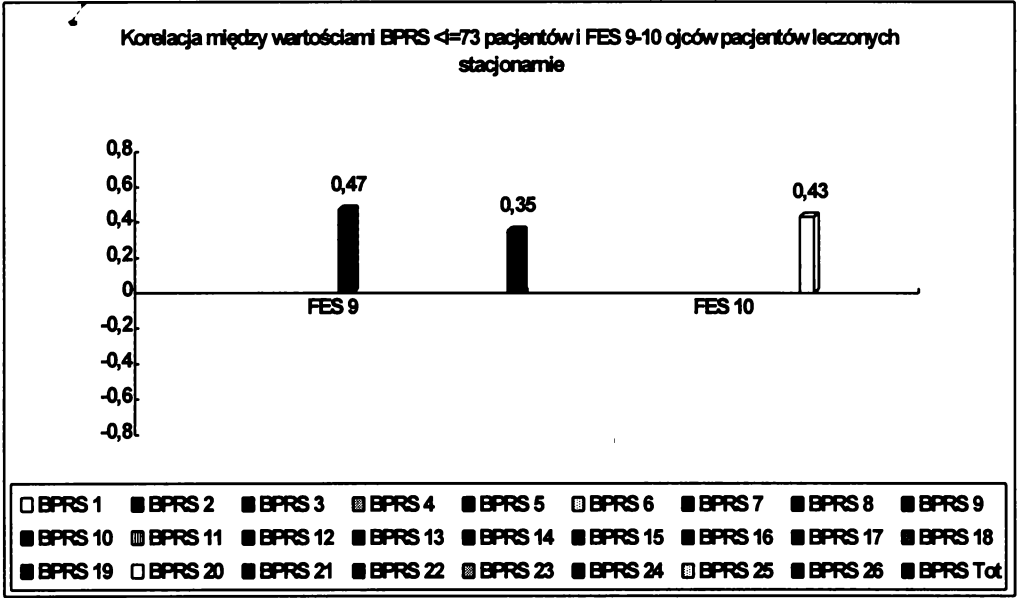
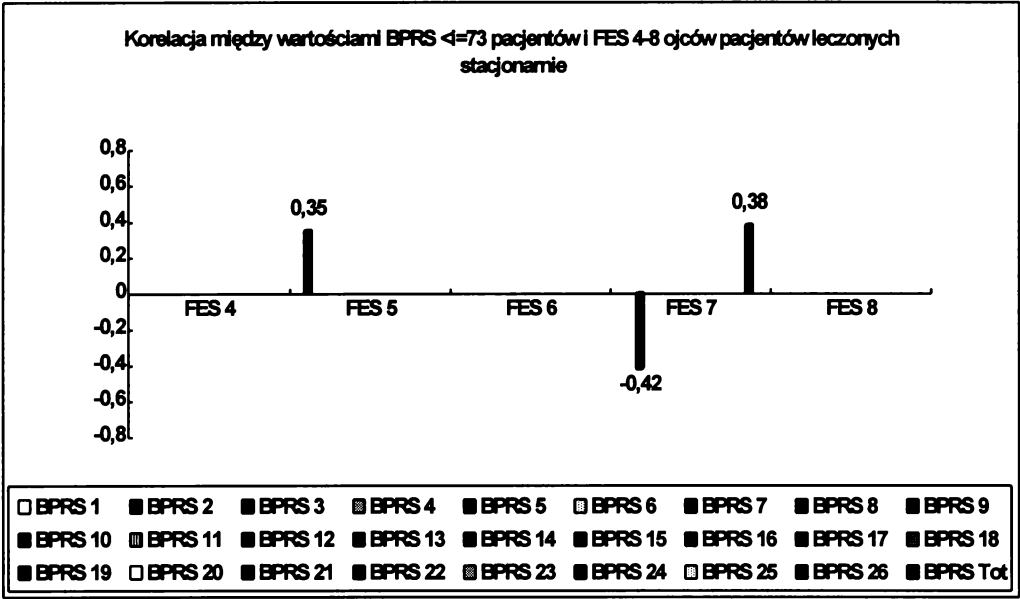
* ($p < 0.05$), ** ($p < 0.01$)

FES 2- ekspresja, FES 5- osiągnięcia, FES 7- aktywność i rekreacja, FES 9- organizacja, FES 10- kontrola, BPRS 3- obniżony nastrój, BPRS 5- wrogość, BPRS 15- ujawnianie napięcia, BPRS 18- wycofanie emocjonalne, BPRS 20- zaniedbanie w higienie i wyglądzie, BPRS 24- rozproszenie uwagi, BPRS Tot- całkowita suma BPRS

- Wysokim wartościom ekspresji na skali środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojca (FES 2) towarzyszy mało nasilone wycofanie emocjonalne u pacjenta (BPRS 18), $r = -0.37$ ($p < 0.05$)
- Osiągnięcia (FES 5) są dodatnio skorelowane z obniżonym nastrojem u pacjenta (BPRS 3), $r = 0.35$ ($p < 0.05$)
- Aktywność i rekreacja (FES 7) jest ujemnie skorelowana z wrogością (BPRS 5), $r = -0.42$ ($p < 0.05$) oraz dodatnio z rozproszeniem uwagi (BPRS 24), $r = 0.38$ ($p < 0.05$)
- Wysokim wartościom na skali organizacji (FES 9) towarzyszą wysokie wartości na skali ujawnianego napięcia (BPRS 15), $r = 0.47$ ($p < 0.01$) oraz na skali BPRS Total, $r = 0.35$ ($p < 0.05$)
- Kontrola (FES 10) jest dodatnio skorelowana z zaniedbaniem w higienie i wyglądzie (BPRS 20), $r = 0.43$ ($p < 0.01$)

Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:





9. Dane uzyskane z analizy genogramów

9.1.Rodzeństwo rodziców: ciotki i wujowie

5.1.1. Rodzeństwo matki

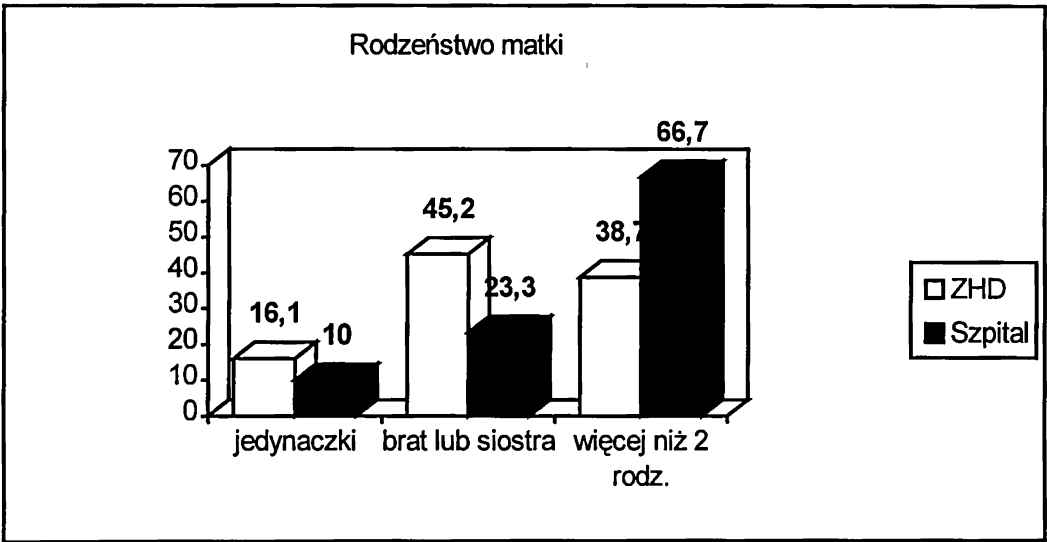
Tabela 52				
Rodzeństwo matki	Grupa badana		Grupa porównawcza	
jedynaczki	5	16.1%	3	10.0%
ma brata lub siostrę	14	45.2%	7	23.3%
ma dwoje lub więcej rodzeństwa	12	38.7%	20	66.7%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej 5 matek było jedynaczkami (16.1%), 14 (45.2%) miało jednego brata lub siostrę, a 12 (38.7%) posiadało dwoje lub więcej rodzeństwa.

W grupie porównawczej 3 matki były jedynaczkami (10.0%), 7 (23.3%) miało brata lub siostrę, a 20 (66.7%) posiadało więcej niż dwoje rodzeństwa.

Brak związku istotnego statystycznie pomiędzy ilością rodzeństwa matki a decyzją o miejscu leczenia ($p > 0.05$), obliczenie wykonano testem chi-kwadrat.

Przedstawioną wyżej tabelę ilustruje wykres:

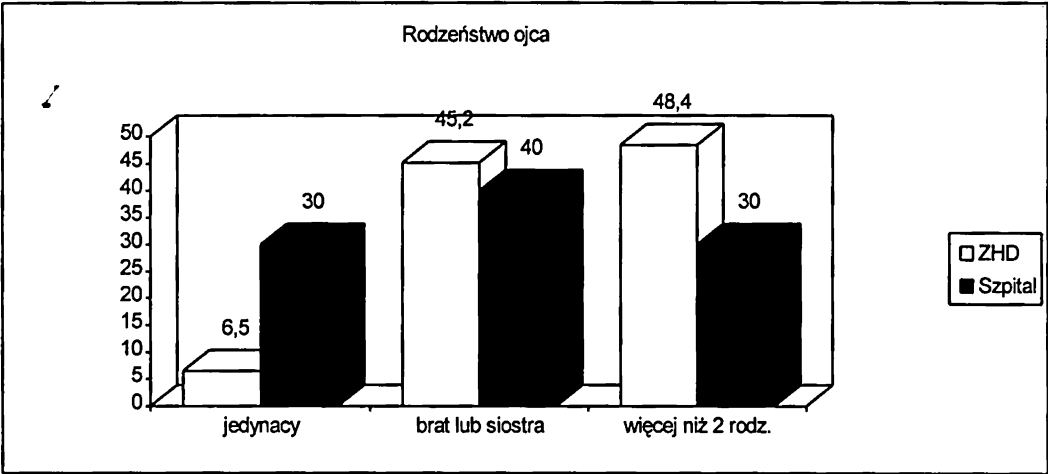


5.1.2. Rodzeństwo ojca

Tabela 53

Rodzeństwo ojca	Grupa badana		Grupa porównawcza	
jedynacy	2	6.5%	9	30.0%
ma brata lub siostrę	14	45.2%	12	40.0%
ma dwoje lub więcej rodzeństwa	15	48.4%	9	30.0%
Razem	31	100.0%	30	100%

Do szpitala kierowani są pacjenci, których ojcowie są jedynakami. Jest to wartość istotna statystycznie ($p < 0.05$), obliczenie wykonano testem chi-kwadrat.



9.2. Dziadkowie

9.2.1. Babcia macierzysta

Tabela 54

Babcia macierzysta	Grupa badana		Grupa porównawcza	
żyje	18	58.1%	23	76.7%
nie żyje	13	41.9%	7	23.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej żyje 18 babć macierzystych, co stanowi 58.1% badanej grupy. Natomiast w grupie porównawczej na 30 pacjentów babcie macierzyste posiada 23 pacjentów, co stanowi 76.7%

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 55				
Jak zmarła babcia macierzysta IP	Grupa badana		Grupa porównawcza	
śmierć nagła	5	38.5%	2	28.6%
śmierć przewlekła	8	61.5%	5	71.4%
Razem	13	100.0%	7	100.0%

W grupie badanej 5 babć macierzystych (38.5%) zmarło śmiercią nagłą na skutek zawału mięśnia sercowego lub wylewu krwi do mózgu, a w 8 (61.5%) przypadkach śmierć była wynikiem przewlekłych chorób.

W grupie porównawczej 2 babcie zmarły nagle (28.6%), a w 5 (71.4%) przypadkach śmierć była spodziewana.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 56		
Babcia macierzysta wiek	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	70.78	72.39
Ilość babć	18	23

Średnia wieku babci macierzystej w grupie badanej wynosi 70.78 lat. Natomiast w grupie porównawczej jest nieco wyższa, bo wynisi 72.39 lat.

Porównanie wartości testem t-Studenta nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 57

Babcia macierzysta- wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	13	41.9%	22	73.3%
zawodowe	2	6.5%	3	10.0%
śr. zawodowe	3	9.7%	1	3.3%
śr. ogólne	12	38.7%	3	10.0%
wyższe	1	3.2%	1	3.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej wśród 31 babć macierzystych 13 (41.9%) ma wykształcenie podstawowe, 2 (6.5%) mają wykształcenie zawodowe, 3 (9.7%) średnie zawodowe, a wykształcenie średnie ogólne ma 12 babć (38.7%). Tylko jedna babcia ma wykształcenie wyższe, co stanowi 3.2%. W analizowanej grupie można zauważyć dwie duże podgrupy z wykształceniem podstawowym oraz średnim ogólnym.

W grupie porównawczej proporcje przedstawiają się następująco: 22 babcie (73.3%) mają wykształcenie podstawowe, 3 (10.0%) wykształcenie zawodowe, 1 (3.3%) średnie zawodowe, 3 (10.0%) średnie ogólne oraz 1 (3.3%) wykształcenie wyższe.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 58

Babcia macierzysta-zawód	Grupa badana		Grupa porównawcza	
ekonomista/prawnik	0	0.0%	1	3.3%
nauczyciel	1	3.2%	0	0.0%
inny specjalista	1	3.2%	0	0.0%
śr. pers. nieprod.	6	19.4%	3	10.0%
rolnik	2	6.5%	9	30.0%
rzemieślnik	2	6.5%	2	6.7%
robotnik	3	9.7%	5	16.7%
inny	16	51.6%	10	33.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej babcie macierzyste wykonywały następujące zawody: 1 (3.2%) była nauczycielką, 1 (3.2%) innym specjalistą na stanowisku wymagającym wyższego wykształcenia. Jako średni personel nieprodukcyjny pracowało 6 babć (19.4%). Wykonywały one następujące zawody: pielęgniarstwo, ekonomistki, księgowość oraz urzędniczość. Dwie babcie (6.5%) pracowały na roli, dwie (6.5%) były rzemieślnikami, a 11 (9.7%) robotnicami. Najliczniejszą grupę bo 16 osób (51.6%) stanowią babcie zaliczone do kategorii inny zawód. Są to osoby, które zajmowały się domem i nie wykonywały innej pracy zawodowej.

W grupie porównawczej 1 babcia (3.3%) była ekonomistką, 3 (10.0%) wykonywały zawody zaliczane do grupy średni personel nieprodukcyjny. Były to: urzędniczość, kosmetyczka i technik chemik. Na roli pracowało 9 babć (30.0%), dwie babcie (6.7%) były rzemieślnikami, 5 (16.7%) było zatrudnionych jako robotnice. Również najliczniejszą grupę, 10 osób (33.3%), stanowią babcie zajmujące się domem. Również w tej grupie najwięcej babć zajmowało się domem oraz pracowało na roli.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 59				
Czy babcia macierzysta pracuje	Grupa badana		Grupa porównawcza	
tak	1	5.6%	0	0.0%
emerytura	13	72.2%	19	82.6%
renta	4	22.2%	4	17.4%
Razem	18	100.0%	23	100.0%
nie żyje	13		7	
Razem	31		30	

W grupie badanej pracuje jeszcze zawodowo tylko jedna babcia macierzysta, co stanowi 5.6% opisywanej grupy, pozostałe babcie są na emeryturze - 13 (72.2%) oraz na rencie - 4 (22.2%) z powodów zdrowotnych.

W grupie powównawczej 19 babć (82.6%) jest na emeryturze i 4 babcie są na rencie, co stanowi 17.4% opisywanej grupy.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 60		
Obciążenie dziedziczne choroby babci macierzystej	Grupa badana	Grupa porównawcza
psychiczne	2	2
alkoholizm	0	0
nowotwory	6	3
psychosomatyczne	0	0
inne uzależnienia	0	0
samobójstwo	0	0
epilepsja	0	0
choroby przewlekłe	11	7

Tabela 60 przedstawia występowanie rozmaitych chorób w populacji babć macierzystych. Wszystkie wymienione wyżej kategorie były porównywane między sobą testem chi-kwadrat. Nie znaleziono różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

9.2.2. Babcia ojczysta

Tabela 61				
Babcia ojczysta	Grupa badana		Grupa porównawcza	
żyje	16	51.6%	13	44.8%
nie żyje	15	48.4%	16	55.2%
Razem	31	100.0%	29	100.0%

Brak informacji o 1 babci ojczystej z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej żyje 16 babć ojczystych, co stanowi 51.6% opisywanej grupy, zaś prawie połowa bo 15 (48.4%) już nie żyje.

W grupie porównawczej sytuacja wygląda bardzo podobnie, żyje 13 babć, co stanowi 44.8%, nie żyje natomiast 16 (55.2%).

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 62				
Jak zmarła babcia ojczysta IP	Grupa badana		Grupa porównawcza	
śmierć nagła	4	26.7%	4	25.0%
śmierć przewlekła	11	73.3%	12	75.0%
Razem	15	100.0%	16	100.0%

W grupie badanej nagle zmarły 4 babcie (26.7%), pozostałe 11(73.3%) babć ojczystych zmarło po dłuższym okresie choroby.

W grupie porównawczej 4 babcie (25.0%) zmarły nagle, a 12 babć (75.0%) zmarło w sposób, który nie był zaskoczeniem dla rodziny.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie przyniosło różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 63		
Babcia ojczysta wiek	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	73.67	71
Ilość babć	15	13

Brak informacji o 1 babci ojczystej z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

Średnia wieku dla babci ojczystej w grupie badanej wynosi 73.67 lat, a w grupie porównawczej 71 lat.

Porównanie obu średnich testem t-Studenta nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 64				
Babcia ojczysta-wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	10	32.3%	15	51.7%
zawodowe	2	6.5%	3	10.3%
śr. zawodowe	7	22.6%	2	6.9%
śr. ogólne	8	25.8%	7	24.1%
niepełne wyższe	1	3.2%	0	0.0%
wyższe	3	9.7%	2	6.9%
Razem	31	100.0%	29	100.0%

Brak informacji o 1 babci ojczystej z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej poziom wykształcenia babć ojczystych przedstawia się następująco: wykształcenie podstawowe posiada 10 babć (32.3%), dwie babcie (6.5%) mają wykształcenie zawodowe, 7 (22.6%) ma wykształcenie średnie zawodowe, 8 (25.8%) średnie ogólne, 1 babcia (3.2%) niepełne wyższe oraz 3 babcie (9.7%) wyższe.

W grupie porównawczej 15 babć (51.7%) ma wykształcenie podstawowe, 3 (10.3%) posiadają wykształcenie zawodowe, 2 (6.9%) średnie zawodowe, 7 (24.1%) średnie ogólne oraz 2 babcie (6.9%) mają wykształcenie wyższe.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie przynosi różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 65				
Babcia ojczysta-zawód	Grupa badana		Grupa porównawcza	
ekonomista/prawnik	1	3.2%	0	0.0%
nauczyciel	5	16.1%	3	10.3%
artysta	0	0.0%	2	6.9%
śr. pers. nieprod.	8	25.8%	2	6.9%
rolnik	3	9.7%	7	24.1%
rzemieślnik	0	0.0%	2	6.9%
robotnik	3	9.7%	3	10.3%

inny	11	35.5%	10	34.5%
Razem	31	100.0%	29	100.0%

Brak informacji o 1 babci ojczystej z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej 1 babcia (3.2%) jest z zawodu ekonomistą, trzy (16.1%) pracowały jako nauczycielki, 8 (25.8%) wykonywało zawody zaliczane do grupy średni personel nieprodukcyjny. Pracowały one jako pielęgniarki, laborantki, urzędniczki, księgowe. Trzy babcie (9.7%) pracowały na roli i również trzy (9.7%) jako robotnice. Do ostatniej grupy zaliczono 11 babć (35.5%), które zajmowały się wyłącznie domem.

W grupie porównawczej 3 babcie (10.3%) były nauczycielkami, dwie (6.9%) wykonywały zawód artysta. Do grupy średni personel nieprodukcyjny zaliczono 2 babcie (6.9%), które były księgowymi. Rolnikami było 7 babć (24.1%), dwie babcie (6.9%) były rzemieślnikami, a trzy (10.3%) pracowały jako robotnice. Najliczniejszą jest również ostatnia grupa tzw. gospodyń domowych do której należało 10 babć (34.5%).

Zarówno w grupie badanej jak i porównawczej najliczniejsze są podgrupy babć zajmujących się domem. Druga co do liczebności dla babć z grupy badanej jest przynależność do podgrupy średni personel nieprodukcyjny a dla grupy porównawczej zajmowanie się rolnictwem.

Porównanie obu grup między sobą testem chi-kwadrat nie przyniosło wartości istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 66				
Czy babcia ojczysta pracuje	Grupa badana		Grupa porównawcza	
tak	2	12.5%	0	0.0%
emerytura	11	68.8%	12	92.3%
renta	3	18.8%	1	7.7%
Razem	16	100.0%	13	100.0%

Brak informacji o 1 babci ojczystej z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej pracują zawodowo dwie babcie ojczyste, co stanowi 12.5% opisywanej grupy. Na emeryturze jest 11 babć (68.8%), a 3 babcie są na rencie z powodów zdrowotnych (18.8%).

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 67		
Obciążenie dziedziczne - choroby babci ojczystej	Grupa badana	Grupa porównawcza
psychiczne	2	0
alkoholizm	0	1
nowotwory	5	5
psychosomatyczne	0	0
inne uzależnienia	0	0
samobójstwo	0	0
epilepsja	0	0
inne przewlekłe	5	8

Tabela 67 przedstawia występowanie rozmaitych chorób w populacji babć ojczystych. Wszystkie wyżej wymienione kategorie były porównywane między sobą testem chi-kwadrat. Nie znaleziono różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

9.2.3. Dziadek macierzysty

Tabela 68				
Dziadek macierzysty	Grupa badana		Grupa porównawcza	
żyje	8	25.8%	9	30.0%
nie żyje	23	74.2%	21	70.0%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej żyje jedynie 8 dziadków macierzystych co stanowi 25.8% badanej grupy. Nie żyje już 23 dziadków to jest 74.2%.

W grupie porównawczej żyje 9 dziadków (30.0%), a 21 (70.0%) już nie żyje.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 69

Jak zmarł dziadek macierzysty IP	Grupa badana		Grupa porównawcza	
śmierć nagła	10	43.5%	6	28.6%
śmierć przewlekła	13	56.5%	15	71.4%
Razem	23	100.0%	21	100.0%

W grupie badanej śmiercią nagłą zmarło 10 dziadków macierzystych, co stanowi 43.5% opisywanej grupy. Pozostałych 13 dziadków (56.5%) zmarło w wyniku długotrwałej choroby. W grupie porównawczej nagle zmarło 6 dziadków (28.6%), a 15 (71.4 %) umierało przez dłuższy czas.

W grupie badanej nieco więcej dziadków zmarło śmiercią nagłą. Jeżeli porównamy ilość śmierci wśród dziadków to w obu grupach sytuacja wygląda podobnie.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 70

Dziadek macierzysty	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	73.87	74.44
Ilość dziadków	8	9

W grupie badanej średnia wieku dla dziadka macierzystego wynosi 73.87 lat, a w grupie porównawczej 74.44 lat. Jest to wartość wyższa o 4 lata od średniej wieku babci macierzystej w grupie badanej i o 2 lata od średniej wieku dla babci macierzystej w grupie porównawczej.

Porównanie obu średnich testem t-Studenta nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 71				
Dziadek macierzysty- wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	4	12.9%	10	33.3%
zawodowe	9	29.0%	11	36.7%
śr. zawodowe	4	12.9%	4	13.3%
śr. ogólne	2	6.5%	0	0.0%
niepełne wyższe	0	0.0%	1	3.3%
wyższe	12	38.7%	4	13.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

Z całej grupy badanej 4 (12.9%) dziadków macierzystych posiadało wykształcenie podstawowe, 9 (29.0%) wykształcenie zawodowe, 4 (12.9%) średnie zawodowe, 2 (6.5%) średnie ogólne oraz 12 (38.7%) dziadków wykształcenie wyższe.

W grupie porównawczej proporcje te przedstawiały się następująco. Wykształcenie podstawowe posiadało 10 dziadków, co stanowi 33.3% badanej grupy, 11 (36.7%) miało wykształcenie zawodowe, 4 (13.3%) średnie zawodowe, 1 dziadek (3.3%) niepełne wyższe oraz 4 dziadków (13.3%) wykształcenie wyższe.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 72				
Dziadek macierzysty- zawód	Grupa badana		Grupa porównawcza	
inż.tech./rolny	4	12.9%	2	6.7%
ekonomista/prawnik	4	12.9%	1	3.3%
nauczyciel	1	3.2%	0	0.0%
inny specjalista	2	6.5%	0	0.0%
lekarz	1	3.2%	0	0.0%
artysta	0	0.0%	1	3.3%
śr. pers. nieprod.	3	9.7%	3	10.0%
śr.pers.prod.	3	9.7%	1	3.3%
rolnik	1	3.2%	6	20.0%

rzemieślnik	5	16.1%	9	30.0%
robotnik	6	19.4%	6	20.0%
inny	1	3.2%	1	3.3%
Razem	31	100.0%	30	100.0%

W grupie badanej 4 dziadków macierzystych (12.9%) było inżynierami, również 4 (12.9%) ekonomistami lub prawnikami, jeden (3.2%) był nauczycielem, dwóch (6.5%) innymi specjalistami po wyższych studiach. Jeden dziadek (3.2%) był lekarzem. Do grupy średni personel nieprodukcyjny zaliczono 3 dziadków co stanowiło 9.7% opisywanej grupy. Wykonywali oni zawód urzędnika oraz handlowców. Podobna liczba dotyczyła grupy średni personel produkcyjny, do której zaliczono 3 dziadków (9.7%). Byli to mechanicy oraz budowlaniec. Jeden dziadek był rolnikiem (3.2%), 5 (16.1%) było rzemieślnikami, a 6 (19.4%) pracowało jako robotnicy. W grupie wykonującej inny zawód niż wyżej wymienione znalazła się 1 osoba (3.2%).

W grupie porównawczej 2 dziadków pracowało jako inżynierowie, co stanowi 6.7% opisywanej grupy. Jeden (3.3%) był ekonomistą, również jeden (3.3%) artystą. W grupie wykonującej zawody zakwalifikowane jako średni personel nieprodukcyjny (chemik, kolejarz oraz kierownik magazynu) było 3 dziadków (10.0%) i jeden (3.3%) w grupie średni personel produkcyjny (mechanik w zakładzie przemysłowym). Jako rolnicy pracowało 6 dziadków (20.0%), rzemieślnikami było 9 dziadków (30.0%) oraz 6 dziadków (20.0%) pracowało jako robotnicy. W grupie wykonującej inny zawód niż wyżej wymienione był jeden dziadek (3.3%).

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 73				
Czy dziadek macierzysty pracuje	Grupa badana		Grupa porównawcza	
emerytura	7	87.5%	8	88.9%
renta	1	12.5%	1	11.1%
Razem	8	100.0%	9	100.0%

W grupie badanej 7 dziadków macierzystych jest na emeryturze co stanowi 87.5% opisywanej grupy, a 1 dziadek (12.5%) jest rencistą.

W grupie porównawczej 8 dziadków (88.9%) jest na emeryturze oraz jeden dziadek (11.1%) jest rencistą.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 74		
Obciążenie dziedziczne - choroby dziadka macierzystego	Grupa badana	Grupa porównawcza
psychiczne	0	0
alkoholizm	3	0
nowotwory	6	6
psychosomatyczne	0	0
inne uzależnienia	0	0
samobójstwo	1	0
epilepsja	0	0
inne przewlekłe	7	7

Tabela 74 przedstawia występowanie chorób w populacji dziadków macierzystych. Wszstkie wyżej wymienione kategorie były porównywane między sobą testem chi-kwadrat. Nie znaleziono różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

9.2.4. Dziadek ojczysty

Tabela 75				
Dziadek ojczysty	Grupa badana		Grupa porównawcza	
żyje	8	25.8%	5	17.2%
nie żyje	23	74.2%	24	82.8%
Razem	31	100.0%	29	100.0%

Brak informacji o 1 dziadku ojczystm z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej żyje tylko 8 dziadków ojczystych co stanowi 25.8% opisywanej grupy. Nie żyje zaś 23 dziadków to jest 74.2%. Jest to proporcja identyczna jak w populacji dziadków macierzystych.

W grupie porównawczej żyje 5 dziadków co stanowi 17.2% całej grupy. Nie żyje 24 dziadków (82.8%).

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 76				
Jak zmarł dziadek ojczysty IP	Grupa badana		Grupa porównawcza	
śmierć nagła	11	47.8%	13	54.2%
śmierć przewlekła	12	52.2%	11	45.8%
 Razem	23	100.0%	24	100.0%

Na 23 dziadków ojczystych, którzy zmarli w grupie badanej, w 11 przypadkach (47.8%) była to śmierć nagła, a w 12 przypadkach (52.2%) była ona wynikiem przewlekłej choroby.

W grupie porównawczej śmiercią nagłą zmarło 13 dziadków (54.2%) a 11 zmarło (45.8%) w przebiegu przewlekłej choroby.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 77		
Dziadek ojczysty	Grupa badana	Grupa porównawcza
średnia wieku w latach	81	71.4
Ilość dziadków	8	5

Średnia wieku dziadków ojczystych w grupie badanej wynosi 81 lat i 71.4 lat w grupie porównawczej. Jest to wartość wyższa o ponad 6 lat od średniej

wieku babci ojczystej w grupie badanej i prawie równa średniej wieku dla babci ojczystej w grupie porównawczej.

Porównanie obu grup testem t-Studenta nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 78				
Dziadek ojczysty- wykształcenie	Grupa badana		Grupa porównawcza	
podstawowe	6	19.4%	12	41.4%
zawodowe	9	29.0%	8	27.6%
śr. zawodowe	4	12.9%	0	0.0%
śr. ogólne	2	6.5%	2	6.9%
niepełne wyższe	0	0.0%	0	0.0%
wyższe	10	32.3%	7	24.1%
Razem	31	100.0%	29	100.0%

Brak informacji o 1 dziadku ojczystym z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej 6 dziadków ojczystych (19.4%) miało wykształcenie podstawowe, 9 (29.0%) zawodowe, 4 (12.9%) średnie zawodowe, dwóch (6.5%) średnie ogólne, a 10 wyższe (32.3%).

W grupie porównawczej 12 dziadków (41.4%) miało wykształcenie podstawowe, 8 (27.6%) zawodowe, dwóch (6.9%) średnie ogólne i 7 (24.1%) wyższe.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 79				
Dziadek ojczysty-zawód	Grupa badana		Grupa porównawcza	
inż.tech./rolny	1	3.2%	1	3.4%
ekonomista/prawnik	2	6.5%	0	0.0%
nauczyciel	1	3.2%	4	13.8%
inny specjalista	2	6.5%	2	6.9%
lekarz	3	9.7%	0	0.0%
artysta	1	3.2%	1	3.4%

śr. pers. nieprod.	5	16.1%	1	3.4%
śr.pers.prod.	1	3.2%	1	3.4%
rolnik	4	12.9%	6	20.7%
rzemieślnik	3	9.7%	3	10.3%
robotnik	8	25.8%	7	24.1%
inny	0	0.0%	3	10.3%
Razem	31	100.0%	29	100.0%

Brak informacji o 1 dziadku ojczystym z grupy porównawczej, ponieważ pacjentka ani jej matka nie utrzymują żadnego kontaktu z rodziną ojca dziecka.

W grupie badanej 1 (3.2%) dziadek ojczysty był inżynierem, 2 (6.5%) ekonomistami, 1 (3.2%) nauczycielem, dwóch (6.5%) innymi specjalistami po wyższych studiach. Trzech dziadków było lekarzami (9.7%), jeden artystą (3.2%). W grupie średni personel nieprodukcyjny znalazło się 5 dziadków (16.1%). Byli oni księgowymi, pracownikami kolei oraz jeden działacz kulturalny. W grupie średni personel produkcyjny jako budowlaniac pracował 1 dziadek (3.2%). Na roli pracowało 4 dziadków (12.9%), rzemiosłem zajmowało się 3 (9.7%), a robotnikami było 8 (25.8%) dziadków.

W grupie porównawczej proporcje te wyglądały następująco. Inżynierem był 1 dziadek (3.4%), czterech było nauczycielami (13.8%), dwóch (6.9%) innymi specjalistami po wyższych studiach. Jeden dziadek był artystą (3.4%). Po jednym dziadku (3.4%) liczyły grupy średni personel nieprodukcyjny (muzyk) oraz produkcyjny (mechanik). Rolnikami było 6 dziadków (20.7%), rzemiosłem zajmowało się 3 (10.3%), a robotnikami było 7 (24.1%) dziadków. Do grupy wykonującej inne zawody zaliczono 3 osoby (10.3%).

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 80				
Czy dziadek ojczysty pracuje	Grupa badana		Grupa porównawcza	
emerytura	7	87.5%	5	100.0%
renta	1	12.5%	0	0.0%
Razem	8	100.0%	5	100.0%

W grupie badanej 7 dziadków ojczystych jest na emeryturze co stanowi 87.5% opisywanej grupy, jeden dziadek (12.5%) jest rencistą.

W grupie porównawczej wszyscy dziadkowie są emerytami.

Porównanie obu grup testem chi-kwadrat nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

Tabela 81

Choroby dziadka ojczystego	Grupa badana	Grupa porównawcza
psychiczne	0	0
alkoholizm	3	0
nowotwory	6	7
psychosomatyczne	0	0
inne uzależnienia	0	0
samobójstwo	0	0
epilepsja	0	0
inne przewlekłe	6	7

Tabela 81 przedstawia występowanie chorób w populacji dziadków ojczystych. Wszystkie wyżej wymienione kategorie były porównywane między sobą testem chi-kwadrat. Nie znaleziono różnic istotnych statystycznie ($p > 0.05$).

V. Analiza jakościowa

W grupie badanej znalazło się nieco mniej pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, natomiast więcej z zaburzeniami zachowania i emocji. Odwrotna sytuacja dotyczyła pacjentów leczonych stacjonarnie. Sytuacja ta jest konsekwencją prawie dwudziestoletnich doświadczeń zespołu Kliniki, który stara się hospitalizować jedynie pacjentów z ostrymi objawami psychotycznymi i w przypadku wątpliwości diagnostycznych, natomiast adolescentów z innymi rozpoznaniem klinicznymi kieruje do alternatywnych form leczenia takich jak Zespół Leczenia Domowego oraz Ambulatorium Terapii Rodzin. Ta polityka przyjęciowa miała również swoje odzwierciedlenie w długości zbierania materiału do powyższej pracy (14 miesięcy). Mimo dużej ilości pacjentów przyjmowanych do oddziału stacjonarnego, liczba adolescentów z terenu miasta Krakowa stanowi jedynie 20-25% populacji młodzieży leczonej w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie, co też spowodowało, że zebranie grupy 30 pacjentów i ich rodzin wymagało aż tak długiego czasu.

Drugą tendencją w pracy Kliniki jest skracanie czasu pobytu w oddziale stacjonarnym pacjentów z terenu miasta Krakowa i przekazywanie ich w opiekę ambulatoryjną. Dotyczy to pacjentów z Krakowa-Krowodrzy, dla których funkcjonuje Zespół Leczenia Domowego, pacjentów z zaburzeniami jedzenia kierowanych do Ambulatorium Terapii Rodzin oraz pacjentów pozostających w kontakcie ambulatoryjnym z Kliniką po leczeniu szpitalnym. Pacjentów, którzy byli przekazywani po opanowaniu ostrych objawów psychotycznych do leczenia domowego, nie zaliczano do grupy badanej, ponieważ oni sami i członkowie ich rodzin zostali już wcześniej przebadani w momencie przyjęcia do leczenia stacjonarnego.

Potwierdzeniem przyjmowania do oddziału stacjonarnego tylko pacjentów w sytuacji bardzo dużego nasilenia objawów psychopatologicznych jest wyższa średnia wartość BPRS wśród adolescentów leczonych stacjonarnie, która wynosi 62.77 punkta, w przeciwieństwie do grupy badanej, a więc pacjentów leczonych w domu, gdzie wartość ta wynosi 47.32 punkta. Nawet po wyłączeniu z grupy

porównawczej najbardziej chorych pacjentów, a więc takich, których wartość BPRS była wyższa od 73 punktów, średnia wartość BPRS w tej grupie wynosiła 56.79 punkta, czyli była nadal wyższa od średniej sumy BPRS w grupie badanej. Dowodzi to, że do leczenia szpitalnego kierowani są jedynie pacjenci z największym nasileniem objawów psychopatologicznych.

Warto zaznaczyć, że wśród pacjentów przyjętych do oddziału stacjonarnego tylko dwoje mieszkało w dzielnicy Krowodrza, a ich całkowita wartość BPRS była mniejsza od 73 punktów. Ponieważ rozpowszechnienie zaburzeń w innych dzielnicach miasta jest podobne, czego dowodzi mniej więcej równa liczba pacjentów hospitalizowanych z innych dzielnic (Śródmieście, Podgórze, Nowa Huta), można sądzić, że dobór do leczenia stacjonarnego pacjentów z Krowodrzy cechuje niski stopień losowości, gdyż pacjenci ci mieli możliwość (większą niż inni) leczenia alternatywnego co musiało wpływać na proces decyzyjny o formie leczenia podejmowany przez pacjenta, rodzinę i lekarza konsultującego.

Należy zwrócić uwagę również na ciężkość psychopatologii w grupie badanej. Wprawdzie średnia wartość BPRS jest niższa od podobnej wartości w grupie porównawczej, niemniej jednak wartość BPRS u ponad 2/3 pacjentów leczonych w domu mieści się między 41 a 60 punktów, czyli jest to poziom nasilenia objawów, z którym pacjenci mogliby być przyjęci do leczenia w oddziale stacjonarnym.

W ostatnich latach w literaturze dużo pisze się na temat wpływu ojca, podobnie jak matki na rozwój dziecka. Coraz więcej klinicystów zjamujących się psychiatrią rozwojową akceptuje w swoim podejściu widzenie rodziny jako systemu. Stąd w badaniach nad problematyką i zaburzeniami tego okresu pojawia się problem badania nie tylko indywidualnej patologii, ale uwzględniania relacji zachodzących w diadach i w całej rodzinie. Opracowano wiele metod badawczych opartych na obserwacji oraz metod kwestionariuszowych próbujących oddać skomplikowane interakcje wewnątrzrodzinne (8), (18), (24).

W literaturze można znaleźć doniesienia, że kohezja i relacje wspierające (wysoka kohezja lub ekspresja oraz kohezja lub ekspresja - wyższe od konfliktu) w rodzinie są ważne dla prawidłowego funkcjonowania i adaptacji rodziny.

Indywidualne funkcjonowanie jest lepsze w rodzinach, w których nacisk na kohezję jest wyższy od średniej wartości i jednocześnie poniżej średniego poziomu konfliktu. Z drugiej strony nadmierny nacisk na kohezję może prowadzić do zmieszania pomiędzy członkami rodziny (zmieszania interpersonalnego), osłabiać funkcjonowanie i indywidualną autonomię, co jest zjawiskiem niekorzystnym dla rozwoju poszczególnych jej członków.

Do prawidłowego funkcjonowania rodziny jest również potrzebny pewien poziom organizacji i kontroli.

W rodzinach kładących nacisk na problemy moralno-religijne, nacisk na wartości etyczne i moralne może być połączony u dzieci ze skłonnością do poczucia winy, niepewnością oraz objawami zaburzeń emocjonalnych (emotional symptoms-takich jak depresja, lęk, koszmary nocne) i rozmaitych objawów somatycznych (physical symptoms-alergie, astma, częste przeziębienia lub kaszel).

Nacisk na kohezję i ekspresję, spotykany w rodzinach dających oparcie (support-oriented families), jest połączony z pozytywnym klimatem dla poszczególnych członków rodziny. Sugeruje to, że orientacja wspierająca jest rozwojowym lub przejściowym stanem rodziny, w którym jeszcze nie pojawiła się jednoznaczna orientacja nakierowana na rozwój indywidualny.

Rodziny, które charakteryzuje konflikt i dezorganizacja, nie ułatwiają przystosowania się jej członkom. Brak organizacji i kontroli nad dziećmi może być ważnym wskaźnikiem indywidualnej dysfunkcji spotykanej w tych rodzinach (6).

Należy pamiętać, że badana populacja pacjentów jest specyficzna ze względu na fazę rozwojową, w której się znajduje, a mianowicie krytyczny okres adolescencji czyli przechodzenia do dorosłości, dla którego istotnymi są zakończenie procesu indywiduacji i separacji oraz określenie własnej szeroko pojmowanej tożsamości.. Wiąże się to z typowymi problemami psychologicznymi i niekiedy okresem dużej burzliwości w relacjach wewnątrzrodzinnych. Bunt adolescenta skierowany jest przeciw dotychczasowym autorytetom, głównie rodzicom. Są oni w tym okresie krytycznie obserwowani przez młodego człowieka i konfrontowani z własnym, tworzącym się dopiero, systemem wartości i ocen. Również rodzina jako całość

podlega istotnym zmianom i jest miejscem poważnych konfliktów, związanych też między innymi z bilansem życiowym rodziców, perspektywą powrotu do relacji partnerskich po odejściu dzieci z domu, czy uaktywnieniem się własnych, nierozwiązanych problemów rodziców z okresu adolescencji (2).

Skala środowiska rodzinnego (FES) opisuje ogólne wrażenie o relacjach wewnątrzrodzinnych, opierając się na spostrzeżeniach badanego członka rodziny, co do tego, jak widzi on interakcje pomiędzy jej członkami oraz to, jak czują się oni wzajemnie ze sobą. Można więc powiedzieć, że mierzy ona jakość relacji wewnątrz rodziny (17).

Spośród wszystkich skal opisujących środowisko rodzinne (FES) widziane przez pacjentów, ważnymi z punktu widzenia różnic pomiędzy grupą badaną i grupą porównawczą okazały się skala konfliktu i nacisk na sprawy moralno-religijne.

Skała konfliktu jest znamienne wyższa w grupie pacjentów leczonych w domu. Jest ona związana z grupą wymiarów relacyjnych skali FES. Odzwierciedla ilość otwarcie wyrażanej złości, agresji oraz konfliktu pomiędzy członkami rodziny. Otrzymany wynik jest prawdopodobnie związany z manifestacją kliniczną objawów, a mianowicie w grupie tej jest wielu pacjentów z zaburzeniami zachowania i emocji. Ponadto wszyscy pacjenci są adolescentami a ta faza rozwojowa w sposób naturalny wiąże się z wyższym poziomem konfliktowości w relacjach w rodzinie.

Natomiast w grupie pacjentów leczonych stacjonarnie skalą, której wartość jest statystycznie znamienne wyższa jest nacisk na problemy moralno-religijne. Jest to skala zaliczana w FES do wymiarów indywiduacji osobowej. Odzwierciedla nacisk na wartości etyczne i religijne. Ma to miejsce w rodzinach, w których rodzice są starsi, mają niższy poziom wykształcenia, dłuższy staż małżeński oraz niski dochód na członka rodziny (6). Sytuacja ta wpływa również na indywidualną patologię pacjenta - zaostrzenie jego zaburzeń emocjonalnych w postaci depresji i lęku, co też znajduje swoje odzwierciedlenie w grupie pacjentów hospitalizowanych w postaci wartości na skalach mierzących zarówno depresję jak i lęk (skala BPRS). Są one wyższe niż w grupie pacjentów leczonych w domu.

Podobnie gorsza adaptacja indywidualna pacjenta wiąże się ze wzrostem nacisku na problemy moralno-religijne (45). Obserwuje się też, że nacisk na problemy moralno-religijne jest znacząco wyższy w rodzinach, w których rodzice są w pierwszym związku (first-marriage parents) niż w rodzinach gdzie jedno z rodziców jest po rozwodzie (9). W badanym materiale aż 63.3% rodziców w rodzinach pacjentów leczonych stacjonarnie pozostaje w pierwszym związku i jest to więcej niż w grupie pacjentów leczonych w domu 54.8%.

Wśród matek, opisujących środowisko rodzinne, wymiarem istotnie statystycznie różniącym opisywane grupy jest wymiar rekreacji - wyższy w grupie badanej. Wyraża on stopień udziału członków rodziny w aktywnościach społecznych i rekreacyjnych, w tym często wspólnych aktywnościach podejmowanych przez rodzinę, takich jak pójście do kina, wyjazd za miasto czy też pójście na imprezę sportową. Pojawienie się tego wymiaru jest tak samo interesujące jak zaskakujące. Można sądzić, że z perspektywy matki tak duży nacisk na uczestniczenie we wspólnych aktywnościach jest związany ze spostrzeganiem rodziny jako potrafiącej wspólnie, konstruktywnie być ze sobą.

W grupie ojców żadna ze skal nie różni obu badanych grup. Wydaje się, że można próbować tłumaczyć powyższą sytuację biernością ojców w większości rodzin.

Na podstawie własnych badań nad wpływem czynników wewnątrzrodzinnych na hospitalizację osób chorych na schizofrenię, Barbaro (4) zwraca uwagę na wyraźną różnicę między rolą matki i ojca w tym procesie. Matka najczęściej pełniła funkcję decydującej i organizującej przyjęcie do szpitala podczas gdy ojciec w większości przypadków pozostawał bierny.

W opisie środowiska rodzinnego przez wszystkich członków rodziny skalami, które wykazały różnice istotne statystycznie są, podobnie jak w opisie środowiska rodzinnego przez pacjenta, skala konfliktu - wyższa w grupie badanej i nacisk na problemy moralno-religijne - wyższy w grupie porównawczej. Jednakże w obu wypadkach wartości są mniejsze niż te, które były opisywane przez samych pacjentów.

W obrazie całej rodziny skalą odróżniającą w sposób znamieny statystycznie obie grupy jest skala konfliktu - wyższa wśród rodzin pacjentów leczonych w

domu niż w rodzinach pacjentów leczonych stacjonarnie. Tak wysoki poziom konfliktowych relacji pomiędzy pacjentem a jego rodzicami wynika prawdopodobnie zarówno z problematyki okresu adolescencji jak też z większej liczby pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji w grupie badanej.

Wysoki poziom konfliktu w rodzinie opisywany przez pacjenta oraz przez wszystkich członków rodziny, jak również różnica w spostrzeganiu klimatu środowiska rodzinnego przez matkę i ojca (Współczynnik Niezgodności FIS), mogą świadczyć o tym, że konflikt w rodzinach pacjentów leczonych w domu jest jawny i prawdopodobnie trwa krócej co daje możliwość łatwiejszej interwencji i zmiany. Natomiast w grupie pacjentów leczonych w szpitalu większy nacisk na problemy moralno-religijne przemawia raczej za sztywnością i restrykcyjnym rodzajem rodzicielstwa, a tym samym możliwość interwencji i zmiany w tych rodzinach jest mniejsza.

W grupie pacjentów oraz ich rodziców leczonych w domu wartością zasadniczo różną jest stopień niezgody w ocenie środowiska rodzinnego obliczany przy pomocy Współczynnika Niezgodności (Family Incongruence Score FIS). Był on obliczany dla każdej pary z osobna oraz dla całej rodziny. W grupie pacjentów leczonych w domu zwraca uwagę, że największe różnice w opisywaniu środowiska rodzinnego są w diadach, w których jedną z osób jest pacjent (pacjent-siostra, pacjent-ojciec, pacjent-matka, pacjent-brat), jednakże Współczynnik (FIS) nie osiąga istotnych statystycznie różnic. Jedynie dla matki i ojca wartość Współczynnika Niezgodności (FIS) jest większa w grupie badanej na poziomie istotności statystycznej. Prawdopodobnie już w czasie badania pacjenta i jego rodziców w momencie przyjmowania do leczenia w ocenie klinicznej, dała się zauważyć rozbieżność pomiędzy rodzicami w ocenie klimatu w rodzinie albo też rodzice już na samym wstępie wyeksponowali różnicę w spostrzeganiu problemów i klimatu rodzinnego w związku z tym lekarz konsultujący podjął decyzję o skierowaniu do leczenia domowego. Sytuacja przyjęcia zarówno do szpitala jak i do Zespołu Leczenia Domowego, odbywa się przy współudziale lekarza, tak więc nie można jednoznacznie interpretować różnicy w opisywaniu

środowiska rodzinnego przez rodziców jako składowej niezależnej od sytuacji związanej z faktem rozpoczęcia leczenia.

Możliwość leczenia domowego w sytuacji odmiennego spostrzegania środowiska rodzinnego przez oboje rodziców dotyczyć może rozbieżności, a co za tym idzie niemożności podjęcia wspólnej decyzji o hospitalizacji dziecka. Nie dotyczy ona zaś niezgody na leczenie w ogóle, ponieważ prawie dziesięcioletnie doświadczenie kliniczne pokazuje, że pacjenci ci mogą być leczeni w domu, ich rodzice współuczestniczą w leczeniu, rodziny te utrzymują się w terapii, a pojawiające się nawroty są rzadsze i mniej nasilone.

Porównanie grupy pacjentów leczonych w domu oraz leczonych stacjonarnie w zależności od tego czy były to dziewczęta czy chłopcy przyniosło ciekawe spostrzeżenia. W podgrupie dziewcząt istotnymi statystycznie okazały się: występowanie choroby przewlekłej u ojców dziewczynek i babci macierzystej, wykształcenie ojców i dziadków ojczystych oraz spostrzeganie większej niezależności w środowisku rodzinnym przez matki pacjentek.

I tak okazuje się, że im wyższe wykształcenie posiadają ojcowie dziewczynek tym statystycznie częściej rodziny decydują się na podjęcie leczenia w domu. Taka sama zależność występuje w przypadku wykształcenia dziadków ojczystych. Można by zatem sądzić, że im wyższy status społeczny ojców i dziadków ze strony ojca, a zatem prawdopodobnie mniejszy lęk przed chorobą psychiczną, lepsze możliwości „ogarnięcia” intelektualnego (a za tym być może i emocjonalnego) sytuacji choroby i związanego z tym niebezpieczeństwa jak również lepsza możliwość kooperowania z zespołem leczącym wpływają na podjęcie decyzji o leczeniu w domu.

W sytuacji obecności choroby przewlekłej ojca w rodzinie wszystkie dziewczęta były umieszczane w szpitalu. Prawdopodobie bezpośrednie doświadczenie choroby przewlekłej w domu wpływa na decyzję o miejscu leczenia. Być może w tej sytuacji matka jest już zmęczona opieką, a chorujący ojciec nie daje jej wystarczającego wsparcia (jest „mniej obecny” w rodzinie w roli opiekunsko-decyzyjnej) i dlatego córka jest kierowana do szpitala.

Jeżeli w rodzinie było doświadczenie choroby przewlekłej ze strony matki (babki macierzystej) to wówczas, aż 3/4 dziewcząt było leczonych w domu. Wydaje się, że tego rodzaju zjawisko można tłumaczyć przekazem międzygeneracyjnym opieki w rodzinie, który może wiązać się z lękiem przed szpitalem, w którym babcia spędziła dużo czasu, bądź z sytuacją kiedy matka miała już doświadczenie choroby przewlekłej w domu (związanej się z chorobą jej matki) i teraz kiedy jej córka jest chora chętniej podejmuje się opieki nad nią w domu.

Wśród skal FES opisujących środowisko rodzinne, wymiarem który różnicował obie grupy okazała się niezależność (opisująca stopień, do jakiego członkowie rodziny podejmują decyzje samodzielnie) - wyższa w grupie matek pacjentek leczonych w szpitalu. To dodatkowo potwierdzałoby ogólną tendencję matek do nacisku na rozwój indywidualny członków całej rodziny, w tym bardziej córek. Być może wiąże się to z delegowaniem dziewcząt do realizowania swoich „marzeń” lub zachecaniem ich do rozwijania swojej indywidualności, samodzielności, w czym ma pomóc leczenie w oddziale stacjonarnym, a nie w domu.

W podgrupie chłopców wymiarami istotnymi statystycznie różnicującymi obie grupy okazały się: obecność choroby przewlekłej u ojca, śmierć babci ojczystej po długiej chorobie oraz wymiar dążenia do osiągnięć na skali środowiska rodzinnego, opisywany zarówno przez pacjentów jak również przez całą rodzinę. I tak w przypadku kiedy ojcowie chłopców chorowali na choroby przewlekłe, podobnie jak w przypadku dziewcząt, wszyscy pacjenci zostali skierowani do szpitala, co potwierdza, że niezależnie od płci, w sytuacji obecności już jednej choroby przewlekłej w rodzinie przeważa decyzja skierowania do leczenia szpitalnego. W rodzinie ojca jest również doświadczenie przewlekłej choroby i śmierci babci ojczystej co z pewnością wpływa na generowanie lęku przed kolejną chorobą przewlekłą w rodzinie-u synów.

Pacjenci spostrzegają swoje rodziny jako kładące nacisk na dążenie do osiągnięć jak również wszyscy członkowie rodziny opisują klimat rodziny jako taki, w którym osiągnięcia są bardzo ważne.

W rodzinach chłopców przeważa nacisk na dążenie do osiągnięć, co w związku z bardziej nasilonymi zaburzeniami jest w opozycji z możliwościami chłopców do ich zrealizowania. Leczenie szpitalne jest więc konieczne, aby tę sytuację rozwiązać - wyleczyć bądź urealnić możliwości pacjenta.

Wyodrębnienie podgrup pacjentów z podobnymi rozpoznaniem klinicznym w grupie pacjentów leczonych w domu oraz leczonych stacjonarnie i ich porównanie między sobą przyniosło stosunkowo niewiele informacji. Należy zauważyć, że podzielenie opisywanej populacji na cztery mniejsze - z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń zachowania i emocji, zaburzeń nastroju i nerwicy - powoduje, że podgrupy te stają się mało liczebne. Niemniej jednak podjęto próbę poszukiwania różnic pomiędzy podgrupami we wszystkich wymienianych parametrach. Tylko w dwóch podgrupach znaleziono różnice istotne statystycznie - byli to pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii oraz zaburzeń zachowania i emocji. W grupie pacjentów schizofrenicznych wartościami, które okazały się znamienne wyższe w grupie pacjentów leczonych stacjonarnie, były: większy nacisk na osiągnięcia szkolne oraz wyższy wiek ojców.

Osiągnięcia są tu rozumiane jako stopień do jakiego nauka szkolna staje się przedmiotem rywalizacji. Pacjenci w większości są uczniami liceum, aż 1/4 matek to nauczycielki, które przykładają dużą wagę do sukcesów szkolnych. Tak więc adolescenci pochodzą z rodzin, gdzie nauka jest bardzo ważna. Analizując poziom wykształcenia w poprzednich pokoleniach wyraźnie widać, że dzieci są delegowane do osiągnięcia wyższego wykształcenia od tego jakie posiadali rodzice i dziadkowie lub też oczekuje się, że osiągną poziom wykształcenia równy wykształceniu jednego lub obojga rodziców, co wiąże się z ukończeniem studiów. W grupie tej ojcowie są znacznie starsi od ojców pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych w domu. Dzieci te urodziły się jako najmłodsze w rodzinie, często między nimi a najstarszym rodzeństwem jest kilkanaście lat różnicy, w związku z czym ich ojcowie w momencie narodzin byli zdecydowanie starsi niż ojcowie innych dzieci. W momencie przyjęcia dziecka do szpitala, ojcowie byli też w innej sytuacji psychologicznej - mieli już dawno za sobą bilans wieku średniego i zbliżali się do kolejnego bilansu życiowego. Być może z tej właśnie

perspektywy (momentu swojego życia) bardziej zwracali uwagę na osiągnięcia szkolne pacjentów, delegowali ich do zdobycia wyższego wykształcenia, żeby w momencie ich śmierci dzieci miały możliwość lepszego funkcjonowania społecznego. W przypadku pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych w domu ojcowie nie różnili się wiekiem od pozostałych ojców w tej grupie.

W podgrupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji charakterystycznymi są skale opisujące osiągnięcia, organizację i kontrolę - wyższe w grupie badanej (leczonych w domu). Oczekiwanie dobrych wyników w nauce, porządek i jasna organizacja w planowaniu aktywności rodzinnych oraz stopień do jakiego rodzina funkcjonuje w sposób hierarchiczny oraz rządzi się sztywnymi zasadami i procedurami w jej kierowaniu to wyraz tendencji w rodzinach z zaburzeniami zachowania i emocji do koncentracji na problemach władzy i kontroli. Są to rodziny kładące zdecydowany nacisk na osiągnięcia szkolne. Rodzice, jedno lub oboje, mają wyższe wykształcenie, również poziom wykształcenia dziadków w tej grupie jest wyższy niż wśród pacjentów z zaburzeniami zachowania ale leczonych stacjonarnie. Manifestacji zaburzeń zachowania i emocji zwykle towarzyszą trudności szkolne. Są to adolescenci uczęszczający do liceum, którzy we wcześniejszych latach nie mieli problemów z nauką i u których, mimo prawidłowego rozwoju intelektualnego, nagle pojawiły się trudności z opanowaniem materiału w kolejnej klasie szkoły średniej. Rodzice próbują radzić sobie z zaistniałą sytuacją poprzez wzmożenie kontroli, poprawę organizacji rodziny i odwoływanie się do odpowiedzialności poszczególnych jej członków. Wszystkie te zabiegi zmierzają do zmuszenia dziecka do większej koncentracji na nauce i nadrabianiu zaległości szkolnych. Doprowadza to jedynie do wyescalowania konfliktu w rodzinie, nasilenia symptomatologii u identyfikowanego pacjenta i w konsekwencji do porzucenia szkoły. W tej sytuacji rodzina zmuszona jest do szukania fachowej pomocy na zewnątrz.

1. Analiza profili pacjentów, matek i ojców leczonych w domu

1.1. Pacjenci

W grupie badanej przy analizie tabeli przedstawiającej związek nasilenia objawów psychopatologicznych opisywanych skalą objawową BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) a wartościami na Skali Środowiska Rodzinnego (FES- Family Environment Scale), opisywanymi przez pacjenta zwraca uwagę, że wśród adolescentów leczonych w domu ich objawy są w sposób istotny statystycznie korelowane dodatnio lub ujemnie głównie z wymiarami relacyjnymi w rodzinie tj. kohezją, ekspresją i konfliktem. Większość związków dotyczy korelacji objawów psychopatologicznych z wymiarami opisującymi kohezję i konflikt.

Przy nasileniu lęku i formalnych zaburzeń myślenia, czyli manifestacji objawów psychotycznych obserwuje się zwiększenie kohezji a więc tendencję rodziny do opiekowania się pacjentem. Nasilona wrogość i bunt wobec dorosłych wiążą się ze zmniejszeniem kohezji w rodzinie co może być przejawem procesów związanych z dojrzewaniem, kiedy bliskie relacje w rodzinie ulegają rozchwianiu. Nasilenie objawów psychotycznych takich jak: zaburzenia treści myślenia, treści wielkościowe w myśleniu, formalne zaburzenia myślenia oraz ujawnianie napięcia, wpływa na obniżenie konfliktu w rodzinie. Tak więc wystąpienie objawów psychotycznych powoduje, że pacjent spostrzega rodzinę jako tę, która nie reaguje w stosunku do niego złością w momencie manifestacji objawów chorobowych..

Natomiast objawy takie jak obniżony nastrój i bunt wobec dorosłych, których nasilenie odpowiada normatywnemu kryzysowi okresu adolescencji wiążą się ze wzrostem konfliktu w rodzinie.

Tak więc objawy związane z problemami psychologicznymi okresu dojrzewania zmniejszają kohezję i jednocześnie nasilają konflikt w rodzinie zaś objawy, które prawdopodobnie są jednoznacznie interpretowane przez rodzinę jako chorobowe zwiększają kohezję i zmniejszają konflikt.

Jedyna korelacja objawów psychopatologicznych z wymiarami osobowymi to związek zaniedbania w higienie i wyglądzie z niezależnością, czyli zakresem do jakiego członkowie rodziny są asertywni i podejmują własne decyzje. Tę korelację



można by tłumaczyć uzyskaną przez pacjenta samodzielnością i być może tolerancją rodziny na symptomy procesu dojrzewania i związane z tym zaniedbanie w higienie i wyglądzie co równocześnie może nakładać się na objaw będący przejawem choroby ponieważ nie jest on aż tak silnie zaznaczony i nie może być jednoznacznie interpretowany jako objaw chorobowy. Podobnie sytuacja przedstawia się z korelacją wycofania emocjonalnego i obniżonego nastroju z wymiarami podtrzymującymi system a więc kolejno organizacją i kontrolą. Nasilenie tej pierwszej, która odzwierciedla istotność jasnej organizacji i struktury w planowaniu aktywności rodzinnych oraz ważność odpowiedzialności, wiąże się z nasileniem wycofania emocjonalnego u pacjenta. Odmowa kontaktu może być wyrazem buntu jakkolwiek dotyczy ona objawu u pacjentów psychiatrycznych, którzy treści typowe dla okresu dojrzewania zaczęli wyrażać dopiero w psychozie. Obniżenie nastroju, które wiąże się z sytuacją psychologiczną pacjenta czyli jest przejawem procesów dojrzewaniowych, jest zauważane przez rodzinę, niepokoi się ona i wzmacnia kontrolę, zaczyna bardziej pilnować pacjenta. Obniżenie nastroju może być zarówno przejawem buntu wobec dorosłych jak i objawem choroby psychicznej. Zróznicowanie tych dwóch procesów nakładających się przeciw na siebie jest w zasadzie niemożliwe. Nasilenie kontroli, która wiąże się ze stopniem do jakiego zbiór reguł i procedur jest wykorzystywany do kierowania życiem rodziny, powoduje obniżenie nastroju pacjenta. Obie wyżej opisane korelacje nie wpływają jednak w zasadniczy sposób na profil, który jest wyraźnie związany z wymiarami relacyjnymi.

1.2. Matki

Matki pacjentów leczonych w domu nie spostrzegają objawów psychopatologicznych adolescenta na poziomie klinicznym. Zubożenie uczuciowe pacjenta, obniżenie jego nastroju jak i brak współpracy z badającym, które to objawy przy wstępnym badaniu psychiatrycznym nie budzą wątpliwości co do ich patologii, są przez matki pacjentów spostrzegane jako jeszcze mieszczące się w granicach zdrowia lub będące przejawem problemów dojrzewaniowych. Pragną one tłumaczyć zmianę zachowania u dziecka problemami związanymi z

normatywnym kryzysem adolescencji, problemami ze szkołą itp. Nie widzą objawów świadczących o chorobie (psychopatologicznych), spostrzegają natomiast trudności szkolne. Jednakże pojawiające się objawy - problemy są dla nich nieco niepokojące, ponieważ zgłaszają się z dzieckiem po pomoc do instytucji leczniczej, dopuszczają pomoc profesjonalną traktując ją jako pomoc w przewycięzaniu głównie trudności szkolnych i dlatego chętnie godzą się na leczenie domowe. Matki „poświęcają się” temu celowi, można powiedzieć, że być może nawet „potrzebują” z powodu swoich własnych problemów emocjonalnych takiej sytuacji w domu.

Nasilone zaburzenia orientacji wraz ze zubożeniem uczuciowym, które zdaniem matek wpływają na zmniejszenie ilości i różnorodności aktywności kulturalnych i intelektualnych rodziny, w tym pacjenta oraz z brakiem oczekiwanych postępów w nauce, są na tyle niepokojące, że zgłaszają się one po pomoc do Kliniki, jednakże przy profesjonalnej pomocy są w stanie leczyć adolescenta w domu.



1.3. Ojcowie

Przy analizie korelacji objawów psychopatologicznych pacjenta a obrazem środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojców zwraca uwagę, że ojcowie pacjentów leczonych w domu kładą nacisk na wymiary opisujące indywiduację osobową w rodzinie: na osiągnięcia szkolne, na wielość i różnorodność prowadzonych aktywności kulturalnych i intelektualnych oraz ilość i intensywność zaangażowania w aktywności sportowo-rekreacyjne. To pozostaje w opozycji do możliwości pacjenta ze względu na pojawiające się u niego objawy takie jak rozproszenie uwagi, nieufność i podejrzliwość, zaniebanie w higienie i wyglądzie, myśli i tendencje samobójcze. Wysokie wartości całkowitego BPRS przemawiają za objawami o ewidentnej patologii, co wydaje się nie być spostrzegane przez ojców, którzy stymulują rozwój indywidualny poszczególnych członków rodziny, w tym również pacjenta, mimo że możliwości realizowania tego zadania przez adolescenta zostały już przekroczone. Ojcowie spostrzegają okres narastania objawów psychotycznych jako sytuację skłaniającą do poświęcania większej uwagi dziecku, jego problemom i próbie mobilizacji

dziecka do przewyżniania trudności w jego funkcjonowaniu. Obserwowane korelacje pozwalają na wyróżnienie profilu nastawionego na rozwój indywidualny.

Matki i ojcowie pacjentów leczonych w domu „nie widzą” objawów choroby u dziecka a jedynie trudności w nauce, bądź w innych obszarach funkcjonowania społecznego i szukają pomocy w ich przewycięzeniu.

2. Analiza profili pacjentów, matek i ojców leczonych w stacjonarnie

2.1. Pacjenci

Patrząc na tabelę korelacji pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych pacjentów leczonych stacjonarnie a spostrzeganiem przez nich środowiska rodzinnego widzimy, że nasilenie większości objawów psychopatologicznych wiąże się z nasileniem kontroli zaliczanej do grupy wymiarów podtrzymujących system. Nasilenie nieufności i podejrzliwości, omamy, formalne zaburzenia myślenia, brak współpracy z badającym, pobudzenie ruchowe i wysoki całkowity wynik na skali BPRS, a więc objawy świadczące o ciężkości choroby psychicznej, są skorelowane dodatnio z nasileniem kontroli w środowisku rodzinnym spostrzeganym przez pacjenta. Inaczej mówiąc nasilenie objawów psychopatologicznych wiąże się ze wzmożeniem kontroli nad patologicznymi zachowaniami, co może nawet dodatkowo nasilać manifestację objawów psychotycznych i doprowadzać do wzajemnego eskalowania tych dwóch procesów. Hospitalizacja jest więc wtedy przerwaniem „błędnego koła”. Nadmiernie nasilona kontrola może być czynnikiem destrukcyjnym i zaistnienie takiej sytuacji może być dodatkowym wskazaniem do leczenia w warunkach czasowego odizolowania („wyjęcia”) pacjenta od jego rodziny nuklearnej, gdyż tak nasilona kontrola jest czynnikiem destrukcyjnym i konieczne jest jedynie odizolowanie pacjenta od jego rodziny nuklearnej.

Kolejną cechą charakterystyczną profilu jest mnogość ujemnych korelacji objawów psychopatologicznych z orientacją intelektualno-kulturalną z grupy wymiarów opisujących indywiduację osobową. Nasilenie objawów takich jak wrogość, zaburzenia treści myślenia, zaburzenia orientacji, wycofanie

emocjonalne, mające również odzwierciedlenie w wysokim całkowitym wyniku na skali BPRS, zatrzymują rozwój indywidualny pacjenta i spostrzeganej przez niego rodziny. Odnosząc to do cyklu życia rodziny można by łączyć moment pojawiania się objawów u identyfikowanego pacjenta z trudnościami przechodzenia rodziny z jednej fazy rozwojowej do drugiej i próbą zatrzymania tego procesu na wcześniejszym etapie.

Pacjenci pochodzą z rodzin gdzie nauka jest bardzo ważna. Są oni delegowani do aktywności intelektualnej i osiągnięć szkolnych, rozumianych jako spełnienie oczekiwań i uzyskanie w ten sposób prestiżu społecznego przez rodzinę. Tak więc obserwujemy z jednej strony delegację do zdobycia konkretnie wytyczonych celów i próbę zatrzymania dziecka przez rodzinę, aby „dopilnować” jej realizacji. Zmniejszenie zainteresowania aktywnościami intelektualnymi i kulturalnymi, a więc utrata zainteresowania polityką, literaturą, wydarzeniami kulturalnymi (koncerty, wyjścia do teatru), chęci uczenia się nowych rzeczy, czyli gorsze funkcjonowanie społeczne jest odzwierciedleniem rozwijającej się psychozy. Rodzina, zdaniem pacjenta, koncentruje się na pomaganiu mu w przezwyciężeniu choroby poprzez nasilenie kontroli.

Tak więc można by interpretować decyzję rodziny o hospitalizowaniu pacjenta jako decyzję wzmożenia kontrolowania jego patologicznych zachowań poprzez włączenie do pomocy instytucji leczniczej

Jeśli w rozumieniu rodziny elementem leczenia (pomagania) jest nasilenie kontroli, a rodzina wyczerpała w tym zakresie swój potencjał to instytucja lecznicza jest widziana jako miejsce w większych możliwościach w tym zakresie.

Wysoki całkowity wynik na skali BPRS Tot jest również ujemnie skorelowany z orientacją intelektualno-kulturalną, a więc ilością i różnorodnością podejmowanych aktywności kulturalnych i intelektualnych, co w sytuacji nasilonych objawów psychopatologicznych wydaje się być oczywiste.

Obserwowane korelacje pozwalają na wyróżnienie profilu skupiającego się na nasileniu kontroli i zatrzymaniu rozwoju indywidualnego rodziny.

2.2. Matki

Przy analizie tabeli korelacji objawów psychopatologicznych pacjenta i środowiska rodzinnego spostrzeganego przez matkę zwraca uwagę, że wymiary relacyjne na skali środowiska rodzinnego takie jak: kohezja i ekspresja są negatywnie skorelowane z objawami psychopatologicznymi u pacjenta. I tak nasilenie braku współpracy z badającym wiąże się ze zmniejszeniem kohezji. Podobnie narastanie wrogości i treści wielkościowych w myśleniu ma związek z osłabieniem ekspresji. Natomiast wysokiej wrogości odpowiada wysoka wartość na skali konfliktu. Można by to opisać tak, że prezentowane wyżej objawy psychopatologiczne matki interpretują jako przejaw raczej „niedobrego” zachowania dziecka utrudniającego i rozbijającego funkcjonowanie rodziny niż objaw choroby.

Ciekawą obserwacją jest również korelacja wielu objawów psychopatologicznych pacjenta z wymiarami opisującymi indywiduację osobową takimi jak niezależność, osiągnięcia, orientacja intelektualno-kulturalna, nacisk na problemy moralno-religijne.

Matki pacjentów leczonych stacjonarnie widzą objawy choroby jako wyraźnie patologiczne powodujące zakłócenie w funkcjonowaniu indywidualnym dziecka, z którymi sama rodzina nie poradzi sobie w domu.

Umieszczenie pacjenta w szpitalu być może jest sposobem na umożliwienie sobie rozwoju indywidualnego i realizację indywidualnych zadań pacjentowi i innym członkom rodziny. W przeciwnym razie matki prawdopodobnie byłyby obciążone opieką nad pacjentem.

W zakresie wymiarów podtrzymujących system na skali środowiska rodzinnego opisywanego przez matki istnieje korelacja pomiędzy nasileniem wrogości u pacjenta będącej manifestacją psychozy a kontrolą. Jeżeli nasilenie wrogości powoduje nasilenie kontroli to w momencie kiedy matka ją traci może decydować się na umieszczenie pacjenta w szpitalu. Mogłoby to sugerować dążenie matek do umieszczenia pacjenta w szpitalu jako wyniku innych procesów zachodzących w rodzinie a nie związanych z faktycznym nasileniem objawów chorobowych. Poczucie braku kontroli nad tym co robią pacjenci doprowadza do sytuacji kiedy matki decydują się na umieszczenie dziecka w szpitalu, aby w ten sposób za

pośrednictwem instytucji móc sprawować kontrolę. I tak w grupie pacjentów psychiatrycznych narastanie objawów w pewnym momencie przekracza możliwości kontrolowania i wtedy matka odwołuje się do instytucji, która ma przejąć kontrolę nad objawami choroby. W grupie pacjentów z zaburzeniami jedzenia matki (rodzice) od samego początku nie mają kontroli nad objawami i w sytuacji pogarszania się stanu somatycznego dziecka matki zwracają się do instytucji o sprawowanie tej kontroli.

Z punktu widzenia matek sytuacja w rodzinie wygląda następująco: z jednej strony widzą one patologiczne objawy u pacjentów, co zaburza ich zdaniem wizerunek rodziny na zewnątrz, niepokoją się również o rozwój indywidualny dziecka i coraz innych członków rodziny dlatego decydują się na leczenie szpitalne.

Profil matek pacjentów leczonych w domu jest niespecyficzny.

2.3. Ojcowie

Przy analizie tabeli korelacji objawów psychopatologicznych pacjentów i obrazu środowiska rodzinnego, opisywanego przez ojców, zwraca uwagę, że nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów takich jak omamy, zaburzenia orientacji, brak współpracy z badającym oraz zaniedbanie w higienie i wyglądzie wpływa na zmniejszenie kohezji środowiska rodzinnego spostrzeganego przez ojców. Podobnie jest ze zmniejszeniem się wartości na skali ekspresji w rodzinie w wyniku nasilenia takich objawów jak: manieryzmy, dziwaczne pozy, dziwaczne zachowanie oraz pobudzenie ruchowe. Wszystko to pozwala zobaczyć, że nasilenie objawów psychiatrycznych powoduje zaburzenia w środowisku rodzinnym opisywane przez ojców w obrębie wymiarów relacyjnych i doprowadza do podjęcia decyzji o umieszczeniu pacjenta w szpitalu.

Nasilenie objawów psychiatrycznych wpływa na obniżenie wymiarów opisujących rozwój indywidualny. Jedyna pozytywna korelacja to związek rozproszenia uwagi na skali BPRS i niezależności na skali środowiska rodzinnego, pozostałe objawy są skorelowane ujemnie z wymiarami opisującymi indywiduację osobową członków rodziny takimi jak orientacja intelektualno-kulturalna i rekreacja.

Objawy psychiczne zaburzają aktywność indywidualną pacjenta w tych obszarach, co na tyle niepokoi ojca, że skłania go do kierowania dziecka do szpitala.

Nasilenie omamów oraz zaburzenie orientacji obniżają poziom organizacji rodziny, co prawdopodobnie przyczynia się do decyzji o umieszczeniu adolescenta w szpitalu. Podobnie zaniedbanie w higienie i wyglądzie, z perspektywy ojca jest związane z zaburzeniem kontroli w rodzinie i wpływa na decyzję o hospitalizacji pacjenta. Zarówno dezorganizacja rodziny jak i brak kontroli powodują, że ojcowie decydują się na kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.

Ojcowie spostrzegają objawy psychopatologiczne w kategoriach choroby. W rodzinie zmniejsza się kohezja, ekspresja, organizacja oraz wymiary opisujące indywiduację osobową. Próba pomocy poprzez wzmożenie kontroli nie udaje się, co niepokoi ojców, postępuje dezorganizacja rodziny, co przy narastaniu objawów psychopatologicznych doprowadza do decyzji o hospitalizacji.

Obserwowany w tym przypadku profil charakteryzuje się osłabieniem relacji wewnątrzrodzinnych - słabym wzajemnym wspieraniem i jednocześnie problemami w rozwoju indywidualnym członków rodziny (można powiedzieć, że w zakresie wymiarów opisujących indywiduację osobową profil ten jest odwrócony w stosunku do profilu ojców pacjentów leczonych w domu).

3. Analiza profili pacjentów, matek i ojców leczonych stacjonarnie po wyodrębnieniu z grupy leczonej szpitalnie pacjentów o najwyższych wartościach BPRS większych od 73 punktów

3.1. Pacjenci

Po wyłączeniu z grupy porównawczej pacjentów z BPRS powyżej 73 punkty (BPRS Total) analiza tabeli przedstawiającej związek nasilenia objawów psychopatologicznych opisywanych skalą BPRS a wartościami na skali FES opisywanymi przez pacjenta przypomina profil pacjenta leczonego w domu. Przeważająca ilość korelacji dodatnich i ujemnych dotyczy wymiarów relacyjnych na Skali Środowiska Rodzinnego (FES). Większość związków to ujemne

korelacje objawów psychopatologicznych ze skalą konfliktu. I tak nasilenie zaburzeń treści myślenia, treści wielkościowe w myśleniu, formalne zaburzenia myślenia, ujawnianie napięcia, zaniedbanie w higienie i wyglądzie, pobudzenie ruchowe oraz całkowita wartość BPRS wpływają na obniżenie konfliktu. A więc w momencie kiedy adolescent prezentuje ewidentne objawy psychotyczne rodzina to spostrzega i zmniejsza się ilość otwarcie wyrażanej złości, agresji i poziom konfliktu między jej członkami. Ze względu na podobieństwo do profili pacjentów leczonych w domu prawdopodobnie mogliby być oni leczeni w domu, natomiast o przyjęciu do szpitala decydowało w tym momencie miejsce zamieszkania poza obszarem działania Zespołu Leczenia Domowego (lekarz przyjmujący nie rozważał możliwości kierowania do innej formy leczenia z racji jej nieobecności).

Osobno oceniany bunt wobec dorosłych wiąże się nasileniem konfliktu w rodzinie i jest prawdopodobnie przejawem typowych problemów związanych ze sprzeciwem wobec dorosłych i próbą separacji od rodziny.

Kolejną skalą pod względem ilości korelacji jest skala kohezji. Sytuacja wygląda podobnie jak w przypadku pacjentów leczonych w domu. Objawy takie jak omamy, zaniedbanie w higienie i wyglądzie, pobudzenie ruchowe, a więc świadczące o chorobie psychicznej wpływają na zwiększenie kohezji w rodzinie czyli wiążą się z oparciem jakie daje ona w momencie choroby. Natomiast nasilona wrogość i bunt wobec dorosłych powodują zmniejszenie kohezji, prawdopodobnie są przejawem nasilonych objawów kryzysu okresu dojrzewania. Występują w grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji i w rodzinach o nasilonym konflikcie wewnątrzrodzinnym. Jest to prawdopodobnie grupa pacjentów, która chętnie podjęłaby leczenie w domu.

W wymiarach opisujących indywiduację osobową takich jak niezależność, orientacja intelektualno-kulturalna, nacisk na problemy moralno-religijne, zauważa się nieco więcej korelacji dodatnich z objawami psychopatologicznymi, ale również i w tej części profil bardziej przypomina profil pacjentów leczonych w domu niż leczonych stacjonarnie. Podobnie sytuacja wygląda z korelacjami ujawnianego napięcia i pobudzenia ruchowego z nasileniem kontroli z grupy

wymiarów podtrzymujących system na Skali środowiska rodzinnego. Tutaj profil jest również podobny do profilu pacjentów leczonych w domu.

Tak więc porównując dwa profile pacjentów leczonych stacjonarnie (wszystkich pacjentów i pacjentów z BPRS mniejszym i równym 73 punkty) można zauważyć, że wraz z nasileniem objawów psychopatologicznych zmienia się opis środowiska rodzinnego przez pacjenta, z przesunięciem profilu z wymiarów relacyjnych na wymiary podtrzymujące system - głównie kontrolę.

Dla części pacjentów leczonych stacjonarnie hospitalizacja była być może rodzajem interwencji kryzysowej przy skrajnie wyescalowanym konflikcie wewnątrzrodzinnym, nie radzeniu sobie z sytuacją konfliktu i szukaniem pomocy na zewnątrz rodziny. Instytucja była tutaj traktowana jako strona, którą można próbować wciągnąć w istniejący już konflikt, która pomoże go rozwiązać lub przetrwać.

Narastanie objawów psychotycznych w grupie pacjentów leczonych stacjonarnie znacznie hamuje rozwój indywidualny w zakresie aktywności intelektualno-kulturalnej, powoduje zmniejszenie wydolności intelektualnej oraz zmniejszenie udziału w aktywnościach społecznych i rekreacyjnych - zaburza proces indywiduacji. Powoduje to nasilenie kontroli w rodzinie w obawie przed gorszym funkcjonowaniem indywidualnym i społecznym pacjentów. Sytuacja ta ma miejsce w rodzinach, w których jedno z rodziców choruje na chorobę przewlekłą, a więc istnieje obawa przed pojawieniem się kolejnej przewlekłej choroby, tym razem u dziecka, która może mu uniemożliwić zrealizowanie delegacji być może wyjątkowo silnej w sytuacji starszego czy chorego rodzica.

W obu grupach pacjentów leczonych stacjonarnie objawy takie jak lęk, wrogość, zaniedbanie w higienie i wyglądzie wiąże się ze wzmożeniem nacisku na problemy moralno-religijne. Dotyczy to pewnego typu rodzin, dla których wymiar funkcjonowania religijnego jest bardzo ważny i które są skłonne karać pacjentów poprzez odwoływanie się do religii, które być może traktują leczenie szpitalne jako miejsce „naprawy” pacjenta, często spostrzegając go jako „gorszy element rodziny”.

Natomiast mniej nasilone objawy chorobowe (BPRS mniejsze od 73 punktów) wiążą się raczej z przesunięciem się profilu w stronę związków z wymiarami relacyjnymi umożliwiając w ten sposób rozważanie leczenia w domu.

3.2. Matki

Profil matek pacjentów leczonych stacjonarnie po wyłączeniu adolescentów z najwyższymi wartościami BPRS jest podobny do profilu matek wszystkich pacjentów leczonych stacjonarnie. Nasilenie pojedynczych objawów takich jak: nieufność, manieryzmy, dziwaczne pozy i brak współpracy z badającym u pacjenta wpływają na obniżenie kohezji i ekspresji w rodzinie opisywanej przez matki. Dotyczy to rodzin pacjentów z rozpoznaniem psychozy. Natomiast brak współpracy z badającym, który wiąże się z nasileniem konfliktu występuje w grupie pacjentów z zaburzeniami zachowania i emocji i w tym fragmencie jest podobny do profilu matek pacjentów leczonych w domu.

Profil korelacji objawów psychopatologicznych z wymiarami opisującymi indywidualną osobowość bardziej przypomina profil matek pacjentów leczonych stacjonarnie. Nasilenie nieufności i podejrzliwości, brak współpracy z badającym, zaburzenia jedzenia, zubożenie uczuciowe u pacjenta wpływają na pogorszenie rozwoju indywidualnego członków rodziny w obszarze niezależności, osiągnięć oraz aktywności intelektualnej i kulturalnej.

Nieufność, podejrzliwość oraz zaburzenia orientacji będące wyrazem psychozy zmniejszają organizację rodziny w podobny sposób jak ma to miejsce wśród pacjentów leczonych w domu.

Manifestacja zaburzeń jedzenia wiąże się z utratą kontroli przez rodzinę i wynika z dynamiki procesów zachodzących w tych rodzinach. Leczenie stacjonarne może być próbą uzyskania kontroli nad objawami oraz wiąże się z koniecznością poprawy stanu somatycznego.

Nasilenie objawów psychopatologicznych wiąże się ze zmniejszeniem zarówno organizacji jak i kontroli i być może wpływając na oba te wymiary równocześnie powoduje, że matki kierują pacjentów do szpitala.

3.3. Ojcowie

W tej grupie pacjentów profil korelacji między objawami psychopatologicznymi pacjenta na skali BPRS a wymiarami relacyjnymi na skali FES opisywanymi przez ojca jest bardzo podobny do profilu ojców pacjentów leczonych w domu.

W zakresie wymiarów opisujących indywiduację osobową nacisk ojca na rozwój indywidualny jest mniej zaznaczony, jedynie trzy korelacje. Pojawiające się tu objawy: wrogość i obniżony nastrój i rozproszenie uwagi mogą być związane z fazą rozwojową pacjenta i jej manifestacją w rodzinie.

W zakresie wymiarów podtrzymujących system obserwujemy, że nasilenie ujawnianego napięcia i wysokie wartości na skali BPRS Total nasilają organizację w rodzinie, natomiast zaniedbanie w higienie i wyglądzie nasila kontrolę na Skali środowiska rodzinnego opisywanego przez ojca.

Obraz środowiska rodzinnego całej rodziny wśród pacjentów leczonych stacjonarnie ale o mniejszym nasileniu objawów psychopatologicznych (BPRS mniejsze lub równe 73 punkty) potwierdza zauważoną wcześniej tendencję, że w grupie tej nacisk na sprawy moralno-religijne jest wyższy niż wśród rodzin pacjentów leczonych w domu.

Z literatury wiadomo, że dzieci, które opisują pozytywnie relacje ze swoimi rodzicami wskazują na wysoki poziom kohezji i ekspresji oraz niski poziom konfliktu na skali środowiska rodzinnego. Natomiast dzieci, które przeżywają relacje z matką i ojcem jako negatywne opisują swoje rodziny jako te, w których poziom kohezji i ekspresji jest niski. Równocześnie przeżywają one poziom konfliktu w rodzinie jako wysoki jedynie w sytuacji kiedy doświadczają negatywnych interakcji w relacji z matką, nie dotyczy to natomiast negatywnych interakcji w relacji z ojcem (17).

Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia w opisie środowiska rodzinnego przez pacjenta leczonego w domu i pacjenta leczonego stacjonarnie ale z wartościami BPRS mniejszymi lub równymi 73 punkty.

Nie bez znaczenia jest także sytuacja zdrowotna ojców oraz ich sytuacja zawodowa a także system oparcia rodzinnego a więc posiadanie rodzeństwa przez ojców pacjentów.

Ciekawym wynikiem jest zależność decyzji o podjęciu leczenia domowego od posiadania rodzeństwa przez ojca pacjenta. Wiadomym jest, że posiadanie rodziny nuklearnej jak i tak zwanej „poszerzonej” jest bardzo ważne z punktu widzenia procesu chorowania i leczenia identyfikowanego pacjenta. Problem korzystnego wpływu **systemu oparcia** dla chorych psychicznie (1) i tak zwanego **systemu pomocy** (52) jest szeroko omawiany w literaturze i znaleziona w tej pracy zależność potwierdza istotność ich obecności również w wyborze mniej traumatyzującej formy leczenia jaką jest leczenie domowe.

Sytuacja zdrowotna ojców oddziałuje na całą rodzinę. W rodzinach gdzie ojcowie są chorzy przewlekłe i z tego powodu pozostają na rencie pacjenci są kierowani do leczenia szpitalnego. Być może również inni członkowie rodziny (matki) bardziej boją się o zdrowie dziecka, gdy mają w domu doświadczenie przewlekłej choroby ojca dziecka. Choroba psychiczna jest powszechnie uznawana za chorobę przewlekłą i sposobem na przeciwdziałanie jej negatywnym skutkom, takim jak przejście ostrej fazy choroby w proces przewlekły, jest umieszczenie pacjenta w szpitalu.

VI. Wyniki

HIPOTEZA 1

zakładająca, że istnieją określone cechy systemu rodzinnego decydujące o podjęciu przez rodzinę leczenia domowego w świetle uzyskanych wyników **potwierdziła się w inny sposób niż się tego spodziewano**, mianowicie znaleziono wymiary różnicujące obie grupy inne niż wstępnie zakładano: i tak w grupie pacjentów i ich rodzin leczonych w domu stwierdzono wyższy poziom konfliktu natomiast w grupie pacjentów i ich rodzin leczonych stacjonarnie wymiarem różnicującym okazał się nacisk na problemy moralno-religijne.

Równocześnie zasadniczym dla decyzji o podjęciu leczenia w domu okazał się wyższy stopień niezgodności w ocenie środowiska rodzinnego między matką i ojcem.



HIPOTEZA 2

zakładająca, że przy nasileniu objawów psychopatologicznych w stopniu ciężkim i skrajnie ciężkim niemożliwe jest leczenie pacjenta w domu **została potwierdzona** w przeprowadzonych badaniach. Mianowicie nasilenie objawów psychopatologicznych mierzonych Skalą BPRS jest większe w grupie pacjentów leczonych stacjonarnie. Wartość sumy wszystkich punktów wśród najciężiej chorych znacznie odbiega od średnich wartości co potwierdza hipotezę o zbyt dużym obciążeniu rodziny opieką nad pacjentem w ostrej fazie choroby i koniecznością leczenia go w miejscu posiadającym odpowiednią strukturę i intensywną opiekę jakiej może dostarczyć szpital.

HIPOTEZA 3

próba poszukiwania innych zmiennych mających znaczenie w podejmowaniu decyzji o leczeniu domowym lub hospitalizacji **została potwierdzona**. Znaleziono związek na poziomie istotności statystycznej pomiędzy wyższym wykształceniem ojców oraz posiadaniem przez nich rodzeństwa a podejmowaniem decyzji o leczeniu domowym, czyli posiadaniem systemu

oparcia w rodzinie ojca. Równocześnie znaleziono związek pomiędzy brakiem rodzeństwa wśród ojców (jedyńcy), występowaniem u nich chorób przewlekłych i przebywaniem na rencie a umieszczaniem pacjenta w szpitalu, czyli brakiem systemu oparcia w rodzinie ojca oraz jego gorszą sytuacją zdrowotną.

VII. Dyskusja

Rygor metody, którą się posługiwałam aby dokonać porównania grupy pacjentów i ich rodzin w sytuacji przyjęcia do Zespołu Leczenia Domowego oraz do oddziału stacjonarnego spowodował, że nie udało się zobaczyć głębszych zależności istniejących w systemie rodzinnym. Obraz który udało się „sfotografować” jest z pewnością tylko jedną z wielu płaszczyzn w obrębie których można dokonywać analizy zachodzących zależności i procesów.

Wykonanie konsultacji rodzinnej w momencie przyjęcia, badania psychiatrycznego pacjenta, zebrania schematycznego genogramu oraz wypełnienie kwestionariusza Skali środowiska rodzinnego (FES) zabierało stosunkowo dużo czasu (około około 3 godzin).

Chciałabym również zaznaczyć, że weryfikowanie hipotez oraz wyciągane wniosków jest formułowane w trudnej dla rodziny sytuacji kontaktu, często pierwszego z instytucją jaką jest rejonowy oddział psychiatryczny dla młodzieży.

Mając świadomość tego rodzaju procedury poprzedzającej przyjęcie do leczenia starałam się dobrać możliwie najprostsze ale i najobszerniejsze narzędzia badawcze, które pozwoliłyby na zróżnicowanie grupy badanej i grupy porównawczej w możliwie największej ilości zmiennych a jednocześnie dały możliwość fotograficznego obrazu sytuacji w momencie przyjęcia.

To zamierzenie powiodło się i w bazie danych pojawiła się bardzo duża liczba zmiennych oraz pewne interesujące trendy będące odzwierciedleniem problemów pojawiających się w materiale klinicznym (np. urodzenie identyfikowanego pacjenta w okresie żałoby po śmierci pierwszego dziecka, czy też pozostanie przy życiu pacjenta jako jedynego dziecka w rodzinie po śmierci rodzeństwa, wpływ takich zmian społecznych jak bezrobocie jednego z rodziców czy też rozpad rodziny na pojawianie się indywidualnej patologii u pacjenta, inne spostrzeganie rodziny przez pacjenta i jego rodzeństwo, duża ilość zmian nowotworowych w populacji dziadków pacjentów, co również wydaje się być interesującym tematem do dalszej eksploracji), które jednakże ze względu na brak istotności statystycznej tych zmian nie zostały opisane w przedstawionym materiale.

Do badania objawów psychopatologicznych wybrano skalę BPRS, która również pokazała swoje ograniczenia. Została ona jednakże zastosowana ponieważ jest od kilku lat narzędziem, które służy do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych w oddziale stacjonarnym. Okazało się, że różnicowanie takich zjawisk jak zaostrzenie objawów normatywnego kryzysu okresu dojrzewania oraz rozpoczynającego się procesu psychotycznego przy pomocy zastosowanych narzędzi badawczych, w ściśle określonych ramach czasowych oraz w sytuacji przyjęcia do leczenia jest trudne do przeprowadzenia. Również subtelna analiza proporcji objawów psychopatologicznych związanych z procesem dojrzewania oraz procesem psychotycznym w tak krótkim czasie jest niemożliwa.

Skalę tę stosowano przy ocenie wszystkich rodzajów zaburzeń, co oznacza, że wykorzystywano ją do badania pacjentów psychotycznych i niepsychotycznych. W przypadku tych ostatnich nasilenie objawów pojawiało się tylko w niektórych podskalach i tak w przypadku pacjentek z zaburzeniami jedzenia, mimo maksymalnego nasilenia objawów w stopniu zagrażającym życiu, na ogólnej skali BPRS wyrażało się to w niskich wartościach co nie do końca odzwierciedlało sytuację kliniczną.

Podobnie wykorzystanie genogramu, który nierzadko odsłania skomplikowane relacje emocjonalne, daje możliwość prześledzenia ważnych wydarzeń dotyczących rodziny (critical life events), traum, mitów, było możliwe w niezwykle schematyczny sposób. Ograniczało się właściwie do wykorzystania genogramu jako mapy pozwalającej na zebranie dokładnych danych demograficznych. Krótki czas przeznaczony na diagnozę w momencie rozpoczynania opieki w Zespole Leczenia Domowego nie dawał możliwości pełnego wykorzystania narzędzia badawczego w tej fazie kontaktu z rodziną. Doświadczenie kliniczne wskazuje jednak, że jest on bardzo użyteczną metodą pracy z rodzinami pacjentów w okresie dojrzewania, daje możliwość pełniejszej analizy sytuacji rodzinnej.

Rodzina jak wiadomo jest bardzo złożonym systemem i próba opisanie jej skomplikowanych interakcji może być niewystarczająca dla oddania subtelności zachodzących tam procesów.

FES jest przez autorów opisywany jako narzędzie łatwe do zastosowania i dalszego opracowania, dające możliwość wielokrotnego użycia w populacji klinicznej, o udokumentowanej stabilności czasowej co dawało możliwość oceny środowiska rodzinnego przed przyjęciem do instytucji oraz jednocześnie czułego za zmiany środowiska rodzinnego w trakcie terapii, co mogłoby mieć znaczenie w jego zastosowaniu w dalszych badaniach prospektywnych. Ten ostatni aspekt był również brany pod uwagę w planach dalszego śledzenia zmian w środowisku rodzinnym w trakcie terapii.

Mimo tych wszystkich niewątpliwych zalet, FES jako narzędzie, które miało pozwolić wiernie opisać bardzo złożone procesy zachodzące w systemie rodzinnym, pokazał swoje wynikające z prostoty ograniczenia. I tak wymiar konfliktu, który opisuje raczej otwarty konflikt istniejący w rodzinie, nie pozwala na subtelniejsze zróżnicowanie pomiędzy konfliktem będącym elementem kryzysu adolescencji, a innymi możliwymi aspektami konfliktu w rodzinie takimi jak napięcie między rodzicami nie wyrażające się w otwartych kłótniach, tłumienie negatywnych emocji, ukrytych podziałów jakie istnieją w rodzinie czy pretensji związanych z rezygnacją z własnych aspiracji zawodowych i poświęcenie się rodzicielstwu i tym podobne.

Na obraz konfliktowego klimatu rodziny ma duży wpływ składowa konfliktu spostrzeganego przez pacjenta, a równocześnie pacjenci zdecydowanie odmienne opisują środowisko rodzinne od innych członków rodziny (matek, ojców, sióstr i braci). Może się to wiązać ze szczególną pozycją bycia identyfikowanym pacjentem oraz ze specyficznym okresem życia jakim jest adolescencja.

Z różnego spostrzegania środowiska rodzinnego przez rodziców można w pewnym stopniu wnioskować o istniejących między nimi zaburzeniach komunikacji.

Odnosząc się do przedstawionego piśmiennictwa (rozdział 1) należy zaznaczyć, że Zespół Leczenia Domowego dla Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ pracuje w oparciu o podejście systemowe. Prowadzi terapię w miejscu zamieszkania pacjenta. Z uwagi na to, że jest jedynym tego typu zespołem pracującym w środowisku zawiera w sobie pewne elementy charakterystyczne dla wymienionych przeze mnie programów. Prowadzi leczenie

krótko i długoterminowe pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i niepsychicznymi. Wykonuje interwencje kryzysowe zarówno w domu pacjenta oraz innych instytucjach, podejmuje się interwencji w szkołach, placówkach opiekuńczych, sądach i innych instytucjach, z którymi pacjent i jego rodzina pozostają w kontakcie. Ponadto prowadzi leczenie po wypisie z oddziału stacjonarnego, wykonuje konsultacje diagnostyczne dla pacjentów, którzy nie wychodzą z domu oraz w sytuacjach kiedy inni, ważni członkowie rodziny z powodu choroby somatycznej nie mogą uczestniczyć w spotkaniu rodzinnym na terenie Kliniki.

4

VIII. Wnioski

Lekarz konsultujący pacjenta i jego rodzinę, który dysponuje możliwością kierowania do Zespołu Leczenia Domowego powinien myśleć o takiej alternatywie w następujących sytuacjach (oczywiście gdy stan pacjenta pozwala na rozważanie innej niż hospitalizacja formy leczenia):

- przy braku informacji związanym z nieobecnością wszystkich członków rodziny w momencie konsultacji. W sytuacji wątpliwości diagnostycznych co do kontekstu pojawiania się objawów psychopatologicznych u identyfikowanego pacjenta, a nawet ich interpretacji jakościowej, przydatnym może być uwzględnienie innych członków rodziny, którzy z powodu przewlekłej choroby somatycznej lub innych powodów (np. obawy przed instytucją) nie są dostępni w trakcie konsultacji prowadzonej w szpitalu, a których obecność w zasadniczy sposób wpływa na dynamikę systemu rodzinnego
- istnienie systemu oparcia w rodzinie nuklearnej i tak zwanej rodzinie poszerzonej
- w przypadku rodzin z wyższym statusem społecznym (wyższe wykształcenie ojców)
- w rodzinach, które mają doświadczenie choroby przewlekłej w poprzednich pokoleniach (przekazywany międzypokoleniowo wzór opieki)
- w sytuacji kiedy rodzice nie są zgodni co do oceny sytuacji rodzinnej, oceny jej klimatu oraz leczenia szpitalnego pacjenta
- godzą się na podjęcie leczenia w domu
- przy stosunkowo dużym nasileniu objawów psychopatologicznych (nawet ponad 70 punktów na skali BPRS)

W sytuacji kiedy objawy psychopatologiczne nie są ekstremalnie nasilone warto próbować leczenia w domu. W razie wątpliwości diagnostycznych można rozszerzyć obraz pacjenta i jego rodziny poprzez diagnozowanie na terenie domu. Przy kolejnym kryzysie warto rozpocząć leczenie od konsultacji zespołu

leczącego w domu i wówczas rozważyć konieczność przyjęcia do oddziału stacjonarnego. Doświadczenie wskazuje, że mając oparcie w instytucji, a więc możliwość kontaktu z Zespołem Leczenia Domowego w ciągu dnia oraz lekarzem dyżurnym Kliniki w nocy, czyli zapewnioną opieką profesjonalną przez 24 godziny na dobę, częstych kontaktach z rodziną w początkowym okresie można zapobiec przyjęciu do szpitala w wielu przypadkach, w których dochodzi do hospitalizacji przy braku tej formy leczenia.

Zespół Leczenia Domowego wydaje się być formą leczenia bardzo przydatną w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w okresie dojrzewania. Jego niewątpliwą zaletą jest możliwość wizytowania pacjenta i jego rodziny w ich miejscu zamieszkania. Daje to możliwość zachęcenia do leczenia pacjentów, którzy nie zgadzają się na leczenie w oddziale stacjonarnym, postawienia diagnozy w domu pacjenta, zweryfikowania konieczności zastosowania przymusu i często możliwości jego uniknięcia wobec pacjenta, którego zachowanie budzi niepokój otoczenia a odmawia on przyjscia na badanie do instytucji, pozwala na rozpoczęcie leczenia w domu i ewentualne negocjowanie z pacjentem i jego rodziną dalszego leczenia w oddziale stacjonarnym. Wszystko to odbywa się bez konieczności dodatkowego traumatyzowania pacjenta i jego rodziny.

Warto pamiętać, że 5 osobowy zespół (lekarz, 3 psychologów i pedagog) jest w stanie opiekować się około 100 nowymi zgłoszeniami rocznie pacjentów w wieku rozwojowym oraz ich rodzinami.

IX. Piśmiennictwo

1. Axer A., Znaczenie badań nad zadowoleniem pacjentów z opieki psychiatrycznej. *Psychiatria Polska* 1982, 16, 5-6, 431-436.
2. Badura-Madej W.: Psychologiczne problemy okresu adolescencji. W: Orwid M. (red.): *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. PZWL, Warszawa 1981.
3. Bath R.: „Theories Guiding Home-Based Intensive Family Preservation Services”. In „Improving Practice Technology for Work with High-Risk Families: Lessons from the „Home-builders” Social Work Education Project, edited by J.K. Whittaker, J. Kinney, E.M. Tracy, and C. Booth. Seattle, WA: Center for Social Welfare Research, University of Washington School of Social Work, 1988.
4. Barbaro B.: Wpływ czynników wewnątrzrodzinnych na okoliczności pierwszej hospitalizacji osób chorych na schizofrenię. Maszynopis pracy doktorskiej, Akademia Medyczna im. M. Kopernika w Krakowie, 1981.
5. Bereika G.M., Mikkelsen E.J.: Individualized Residential Treatment as an Alternative to Acute Psychiatric Hospitalization for Children and Adolescents. *Community Alternatives: International Journal of Family Care* 1992, 4, 97-117.
6. Billings A., Moos R.: Family Environments and Adaptation: A Clinically Applicable Typology. *The American Journal of Family Therapy*. 1982, 10, 2, 26-38.
7. Bizoń Z., Dąbrowski S., Pietrzykowska B.: *Psychiatria środowiskowa*. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S.: *Psychiatria*, PZWL, Warszawa, rozdział 23, 361-371, 1988.
8. Bohomolec E., Namysłowska I.: Współczesne poglądy na patologię rodzinną w schizofrenii. *Psychiatria Polska* 1977, 11, 4, 463-469.
9. Broake C., Salmon P.: Demographic Correlates and Factor Structure of the Family Environment Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1983, 39, 1, 95-100.
10. Burns T., Beadsmoore A., Bhat A. V., Oliver A., Mathers C.: A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services. I: Clinical and Social Outcome. *British Journal of Psychiatry* 1993, 163, 49-54.

11. Burns T., Raftery J., Beadsmoore A., McGuigan S., Dickson M.: A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services. II: Treatment Patterns and Costs. *British Journal of Psychiatry* 1993, 163, 55-61.
12. Chiu T.L., Primeau C.: A Psychiatric Mobile Crisis Unit in New York City: Description and Assessment, with Implications for Mental Health Care in the 1990s. *International Journal of Social Psychiatry* 1991, 37, 251-258.
13. Cieszewski L.: Psychiatryczne leczenie domowe jako alternatywa hospitalizacji- przegląd programów. *Psychiatria Polska*, 1988, 22, 5, 374-381.
14. Cieszewski L.: Psychiatryczne leczenie domowe jako alternatywa hospitalizacji-porzegląd badań. *Psychiatria Polska*, 1988, 22, 5, 382-386.
15. Clausen J.A., Yarrow M.R., Deasy L.C., Schwartz C.G.: The Impact of Mental Illness: Research Formulation. *The Journal of Social Issues* 1955, 11, 4, 6-11.
16. Coverdale J., Falloon I.: Home or hospital-based emergency care for chronic psýchiatric patients. *New Zealand Medical Journal* 1993, 106, 218-219.
17. Creasey G., Jarvis P.: The Child's Perceptions of Familial Relationships: Convergence Between Two Assessment Techniques. *The Journal of Genetic Psychology* 1988, 150, 59-64.
18. Cromwell R., Olson D., Fournier D.: Tools and Techniques for Diagnosis and Evaluation in Marital and Family Therapy. *Family Process* 1976, 15, 1-49.
19. Dean C., Gadd E.M.: Home treatment for acute psychiatric illness. *Br Med J* 1990, 301, 1021-1023.
20. Dedman P.: Home treatment for acute psychiatric disorder. *Br Med J* 1993, 306, 1359-1360.
21. Fenton F.R., Tessier L., Struening E.L.: A comparative trial of home treatment and hospital psychiatric care: one year follow up. *Arch Gen Psychiatry* 1979, 36, 1073-1079.

22. Gillis L.S., Koch A., Joyi M.: The value and cost-effectiveness of a home-visiting programme for psychiatric patients. *South African Medical Journal* 1990, 77, 309-310.
23. Graham P.: *Child Psychiatry. A Developmental Approach*. Oxford University Press, 1991.
24. Grotevant H.D., Carlson C.I.: *Family Assessment*. The Guilford Press, 1989.
25. Gurman A., Kniskern D.: *Handbook of Family Therapy*. Brunner/ Mazel Publishers, New York 1991.

26. Hersov L., Bentovim A.: In-patient and day hospital units. In: Rutter M., Hersov L.(eds): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. 2nd edn, pp.766-799. Blackwell Scientific Publications 1985.
27. Hill O.W.: Home based and hospital care for severe mental illness. *Br Med J* 1992, 304, 1313-1314.
28. Hoult J.E.: Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1986, 149, 137-144.
29. Hoult J.E., Reynold I.: Schizophrenia: a comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985, 69, 359-372.
30. Hoult J.E., Reynolds I.: Community oriented treatment compared to psychiatric hospital oriented treatment. *Soc Sci Med* 1984, 18, 1005-1010.

31. Józefik B., Pietruszewski K.: Zastosowanie genogramu w praktyce klinicznej. *Psychoterapia* 1988, 4, 48-58.
32. Kaplan, H., Sadock, B.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Williams and Wilkins 1995.
33. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa 1997.

34. Langsley D.G., Kaplan D.M.: *The Treatment of Families in Crisis*. New York, Grune & Stratton, Inc. 1968.

35. Maybanks S., Bryce M.: Home-Based Services for Children and Families: Policy, Practice and Research, Springfield, IL: Charles C. Thomas 1979.
36. McGoldrick M., Gerson R.: Genograms in Family Assessment. New York, London. Norton. 1985.
37. Menses G., Durant M.: Contextual Residential Care. Journal of Strategic and Systematic Therapies 1987, 6, 3-15.
38. Merson S., Tyrer P., Onyett S., Lynch S., Lack S., Johnson A.L.: Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. Lancet 1992, 339, 1311-1314.
39. Mikkelsen E.J., Bereika G.M., McKenzie J.C.: Short-Term Family-Based Residential Treatment: An Alternative to Psychiatric Hospitalization for Children. Amer.J. Orthopsychiat 1993, 63, 28-33.
40. Modrzejewska R., Izdebski R., Kurzydło B., Markiewicz-Zajac B., Szaszkievich W.: First Experiences in the work of the home hospitalization unit for children and adolescents. Psychoterapia 1991, 2, 65-67.
41. Modrzejewska R., i współ.: Opis pracy zespołu leczenia domowego dla dzieci i młodzieży. W: Postępy psychiatrii i neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1994, 3, 461-463.
42. Moos R.: Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach, New York: Wiley 1974.
43. Moos R.: Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework. American Journal of Community Psychology 1984, 12, 5-25.
44. Moos, R., Moos, B.: Adaptation and the Quality of Life in Work and Family Settings. Journal of Community Psychology, 1983, 11, 158-170.
45. Moos R., Moos B.: Family Environment Scale. Manual. Consulting Psychologists Press, Inc. 1993.
46. Muijen M., Marks I., Connolly J., Audini B.: Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. Br Med J 1992, 304, 749-754.
47. Namysłowska I.: Żałoba. Psychiatria Polska 1976, 2, 179-187.

48. Namysłowska I.: *Terapia rodzin*. Springer, PWN, Warszawa 1997.
49. Nelson K. E., Landsman M.J., Deutelbaum W.: Three Models of Family-Centered Placement Prevention Services. *Child Welfare* 1990, 69, 3-21.
50. Orwid M.: *Sytuacja rodzinna a powstawanie zaburzeń psychicznych u młodzieży dojrzewającej*. Maszynopis pracy habilitacyjnej, Akademia Medyczna im. M. Kopernika w Krakowie 1975.
51. Orwid M., Czabała Cz.: *Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990.
52. Orwid M., Pietruszewski K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Collegium Medicum UJ 1993.
53. Pai S., Kapur R.L.: Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on the family of psychiatric patients. *Psychol Med* 1982, 12, 651-658.
54. Pietruszewski K.: *Hospitalizacja psychiatryczna pacjenta młodzieżowego z punktu widzenia jego sytuacji rodzinnej*. Maszynopis pracy doktorskiej, Akademia Medyczna im. M. Kopernika w Krakowie 1989.
55. Pietruszewski K.: Hospitalizacja psychiatryczna pacjenta młodzieżowego w perspektywie systemowej. Kontekst teoretyczny. *Psychoterapia*. 1992, 1, 3-12.
56. Pietruszewski K.: Hospitalizacja psychiatryczna pacjenta młodzieżowego w perspektywie systemowej. Modele hospitalizacji. *Psychoterapia*. 1992, 1, 13-22.
57. Pietruszewski K.: Hospitalizacja psychiatryczna pacjenta młodzieżowego w perspektywie systemowej. Charakterystyka rodzin. *Psychoterapia*. 1992, 1, 23-35.
58. Ponton L.E.: In-patient treatment of children and adolescents: policy statement of the Committee on Adolescent Psychiatry and Hospitalization of the American Psychiatric Association and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Washington, DC. In: Henders R., Berlin I (1991) (eds) *Psychiatric In-patient Care of Children and Adolescents*, pp.3-13. Wiley, New York 1989.
59. Prot-Herczyńska K.: *Znaczenie długoterminowej opieki środowiskowej dla kosztów i efektywności w leczeniu schizofrenii*. Maszynopis pracy doktorskiej, IV Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 1995.

60. Pużyński S., Beręsewicz M.: Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.
61. Reynolds I., Hoult J.E.: The relatives of the mentally ill; a comparative trial of community-oriented and hospital oriented psychiatric care. *J Nerv Ment Dis* 1984, 172, 480-489.
62. Rutter M., Taylor E., Hersov L.: *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications 1994.
63. Seelig W.R., Goldman-Hall B., Jerrell J.: In-Home Treatment of Families with Seriously Disturbed Adolescents in Crisis. *Family Process* 1992, 31, 135-149.
64. Seelig W.R.: *Children In-Home Treatment Program*. Sacramento CA: Office of Child Abuse Prevention 1985.
65. Shostack A.L., Quane R.M.: Youths Who Leave Group Homes. *Public Welfare* 1988, Fall: 30-36.
66. Simone M.V.: Group Home Failures in Juvenile Justice: The Next Step. *Child Welfare* 1985, 64.
67. Smollar J., Condelli L.: Residential Placement of Youth: Pathways, Alternatives and Unresolved Issues. *Children Today* 1990 (November-December), 19, 4-8.
68. Soreff S.: New Directions and Added Dimensions in Home Psychiatric Treatment. *Am J Psychiatry*, 1983, 140, 1213-1216.
69. Soreff S.M.: Indication for Home Treatment. *Psychiatric Clinics of North America*. 1985, 8, 563-575.
70. Stein L. I., Test M.A.: Alternative to Mental Hospital Treatment. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980, 37, 392-397.

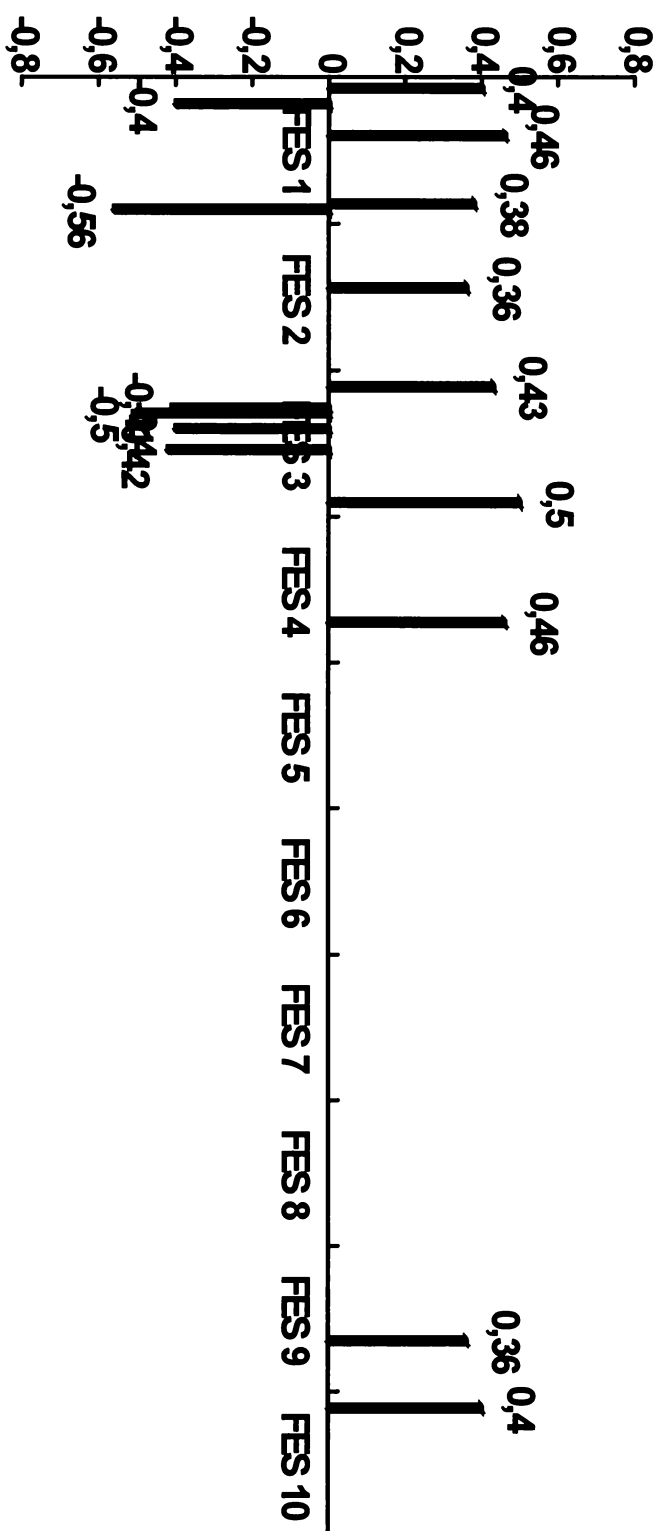
71. Stein L. I., Test M.A.: An alternative to mental-hospital treatment. W: Stein L.I., Test M.A. (red): An Alternative to Mental Hospital Treatment. New York, Plenum Publishing Corp 1978, 43-55.
72. Stroul B.: Series on Community-Based Services for Children and Adolescents Who Are Severely Emotionally Disturbed. Vol. I. Home-Based Services. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center, October 1988.
73. Sullivan A.M., Hetrick E., Blokar M., Klot A., Schwartz C.: Psychiatric Crisis in the Elderly: A Systemic View. International Journal of Family Psychiatry. 1984, 5, 233-247.
74. Tavantzis T. N., Tavantzis M., Brown L.G., Rohrbaugh M.: Home-Based Structural Family Therapy for Delinquents at Risk of Placement. In Handbook of Adolescent and Family Therapy, edited by M.P. Mirkin and S.L. Koman. New York: Gardner Press 1985.
75. Tyrer P., Creed F.: Community psychiatry in action: analysis and prospects. Cambridge University Press 1995.
76. Tyrer P., Merson S., Gandhi N.: Home treatment for acute psychiatric disorder. Br Med J 1993, 307, 200-201.
77. Welcz Z.: Powstanie i rozwój teorii naznaczania społecznego. Studia Socjologiczne 1985, 1, 96, 65-86.
78. Whittle P.: Determining the Need for Community Alternatives to Prevent Unnecessary Admissions to an Adult Inpatient Psychiatric Unit. Journal of Community and Applied Social Psychology 1992, 2, 17-24.
79. Yarrow M.R., Clausen J.A., Robbins P.R.: The Social Meaning of Mental Illness. The Journal of Social Issues 1955, 11, 4, 33-48.

X. Aneks

1. Korelacja między wartościami BPRS i FES 1-10 pacjentów leczonych w domu
2. Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 1-10 matek pacjentów leczonych w domu
3. Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 1-10 ojców pacjentów leczonych w domu
4. Korelacja między wartościami BPRS i FES 1-10 pacjentów leczonych stacjonarnie
5. Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 1-10 matek pacjentów leczonych stacjonarnie
6. Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 1-10 ojców pacjentów leczonych stacjonarnie
7. Korelacja między wartościami BPRS $< i = 73$ i FES 1-10 pacjentów leczonych stacjonarnie
8. Korelacja między wartościami BPRS $< i = 73$ pacjentów i FES 1-10 matek pacjentów leczonych stacjonarnie
9. Korelacja między wartościami BPRS $< i = 73$ pacjentów i FES 1-10 ojców pacjentów leczonych stacjonarnie



Korelacja między wartościami BPRS i FES 1-10 pacjentów leczonych w domu



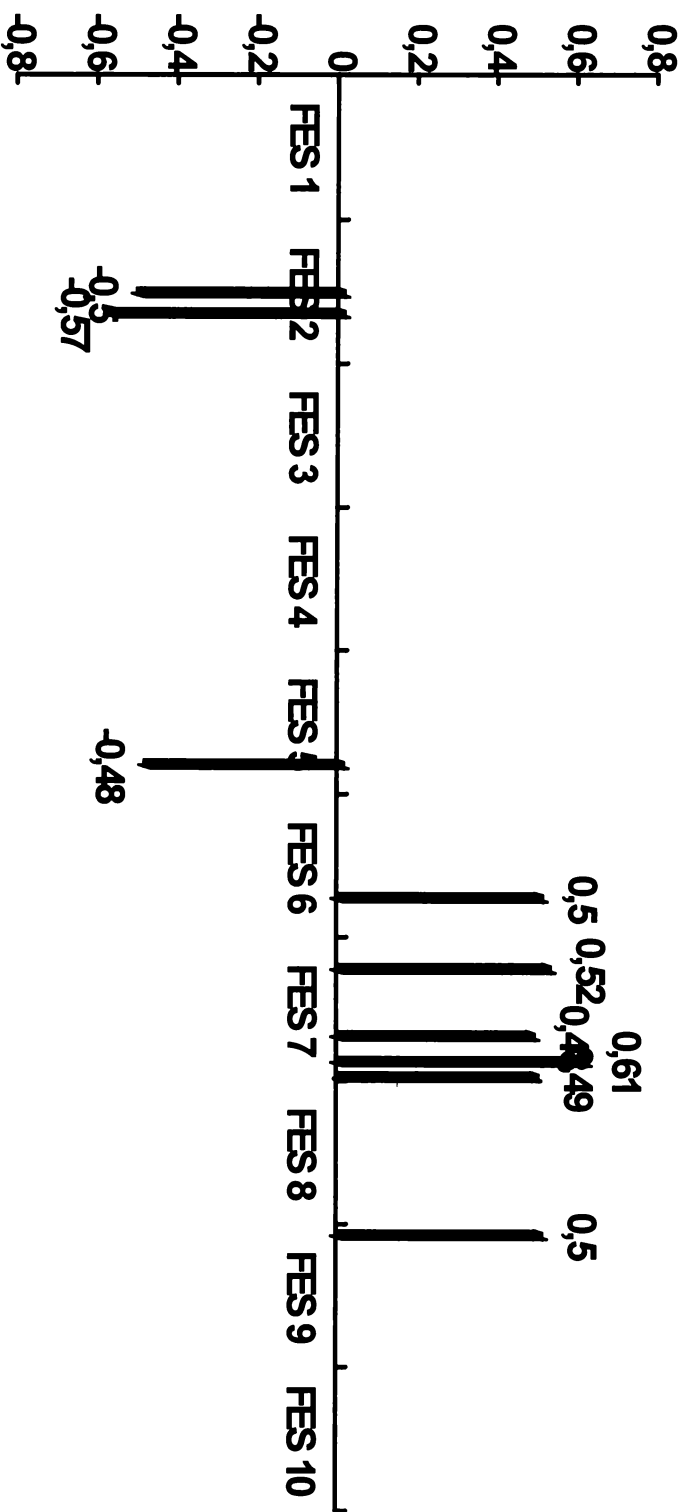
- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 □ BPRS 4 ■ BPRS 5 ■ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
- BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 □ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
- BPRS 19 ■ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 ■ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami EPRS pacjentów i FES 1-10 matek pacjentów leczonych w domu



■ BPRS 1	■ BPRS 2	■ BPRS 3	■ BPRS 4	■ BPRS 5	■ BPRS 6	■ BPRS 7	■ BPRS 8	■ BPRS 9
■ BPRS 10	■ BPRS 11	■ BPRS 12	■ BPRS 13	■ BPRS 14	■ BPRS 15	□ BPRS 16	■ BPRS 17	■ BPRS 18
■ BPRS 19	■ BPRS 20	■ BPRS 21	■ BPRS 22	■ BPRS 23	■ BPRS 24	■ BPRS 25	■ BPRS 26	■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES ojców pacjentów leczonych w domu



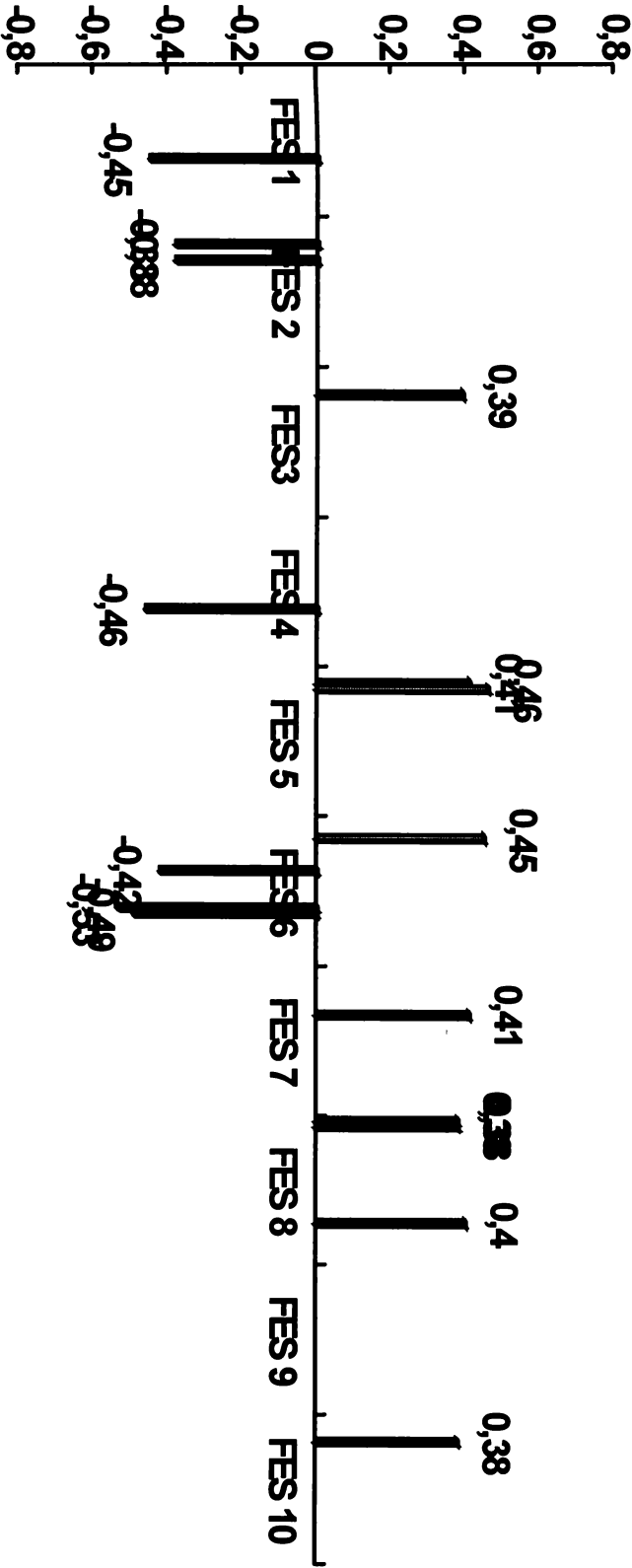
- | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| ■ BPRS 1 | ■ BPRS 2 | ■ BPRS 3 | □ BPRS 4 | ■ BPRS 5 | ■ BPRS 6 | ■ BPRS 7 | ■ BPRS 8 | ■ BPRS 9 |
| ■ BPRS 10 | ■ BPRS 11 | ■ BPRS 12 | ■ BPRS 13 | ■ BPRS 14 | ■ BPRS 15 | □ BPRS 16 | ■ BPRS 17 | ■ BPRS 18 |
| ■ BPRS 19 | ■ BPRS 20 | ■ BPRS 21 | ■ BPRS 22 | ■ BPRS 23 | ■ BPRS 24 | ■ BPRS 25 | ■ BPRS 26 | ■ BPRS Tot |

Korelacja między wartościami BPRS i FES 1-10 pacjentów leczonych stacjonarnie



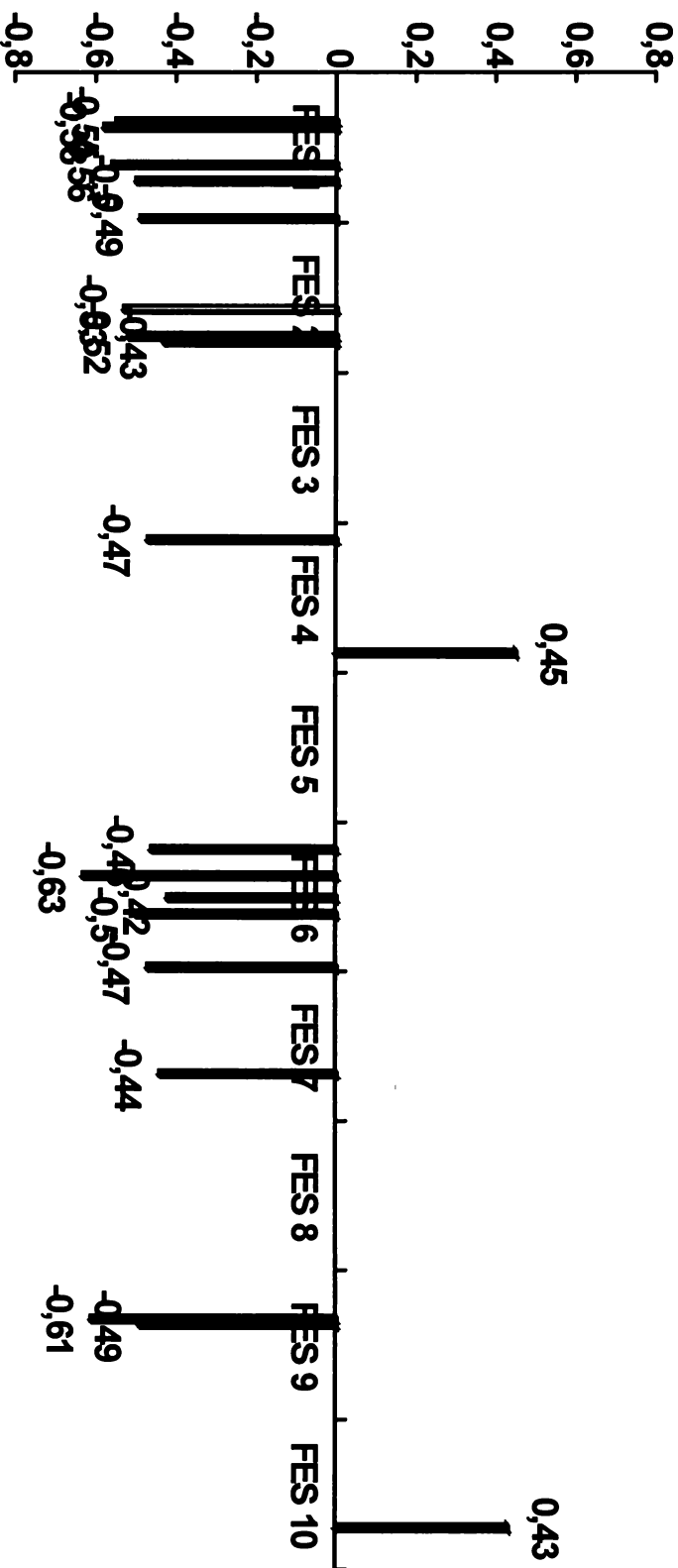
- | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| ■ BPRS 1 | ■ BPRS 2 | ■ BPRS 3 | ■ BPRS 4 | ■ BPRS 5 | ■ BPRS 6 | ■ BPRS 7 | ■ BPRS 8 | ■ BPRS 9 |
| ■ BPRS 10 | ■ BPRS 11 | ■ BPRS 12 | ■ BPRS 13 | ■ BPRS 14 | ■ BPRS 15 | □ BPRS 16 | ■ BPRS 17 | ■ BPRS 18 |
| ■ BPRS 19 | ■ BPRS 20 | ■ BPRS 21 | ■ BPRS 22 | ■ BPRS 23 | ■ BPRS 24 | ■ BPRS 25 | ■ BPRS 26 | ■ BPRS Tot |

Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES 1-10 matek pacjentów leczonych stacjonarnie



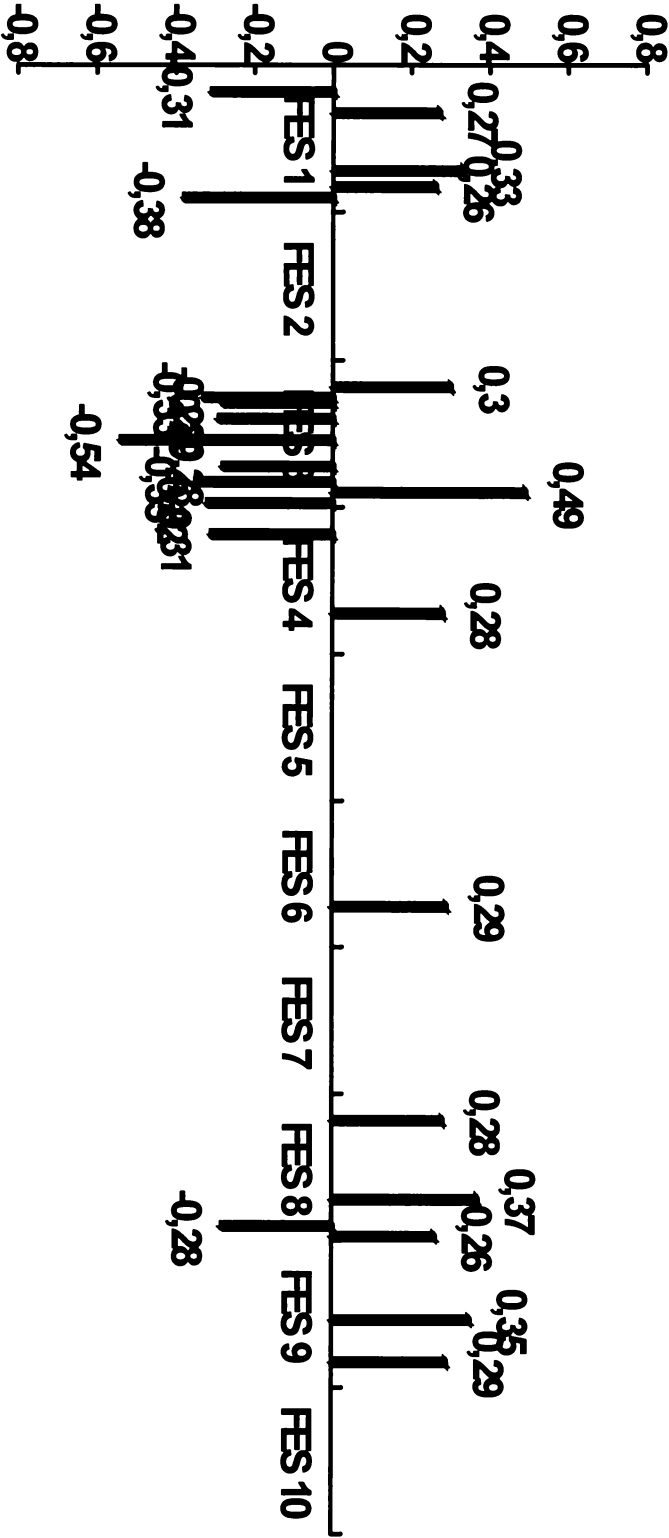
■ BPRS 1	■ BPRS 2	■ BPRS 3	■ BPRS 4	■ BPRS 5	■ BPRS 6	■ BPRS 7	■ BPRS 8	■ BPRS 9
■ BPRS 10	■ BPRS 11	■ BPRS 12	■ BPRS 13	■ BPRS 14	■ BPRS 15	□ BPRS 16	■ BPRS 17	■ BPRS 18
■ BPRS 19	■ BPRS 20	■ BPRS 21	■ BPRS 22	■ BPRS 23	■ BPRS 24	■ BPRS 25	■ BPRS 26	■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami BPRS pacjentów i FES ojców pacjentów leczonych stacjonarnie



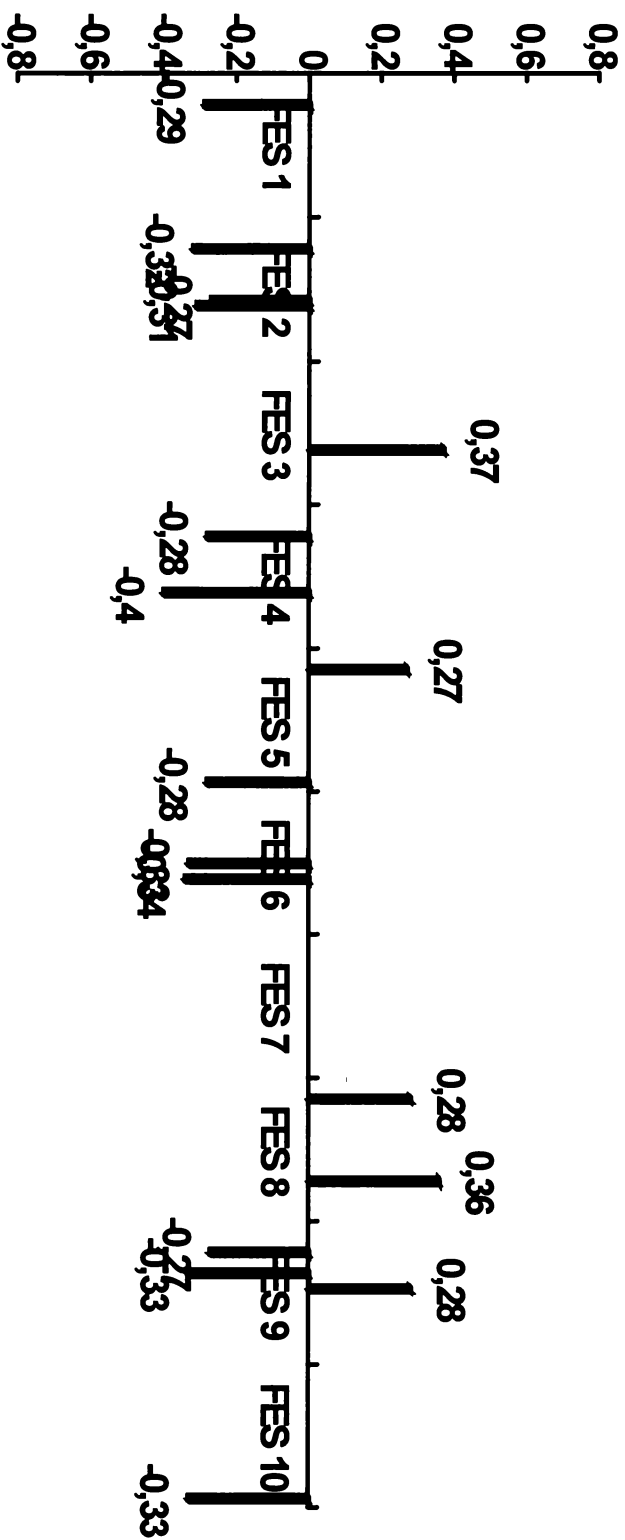
- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 ■ BPRS 4 ■ BPRS 5 ■ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
- BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 □ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
- BPRS 19 ■ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 ■ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami BPRS <4=73 i FES 1-10 pacjentów leczonych stacjonarnie



- BPRS 1 ■ BPRS 2 ■ BPRS 3 ■ BPRS 4 ■ BPRS 5 ■ BPRS 6 ■ BPRS 7 ■ BPRS 8 ■ BPRS 9
■ BPRS 10 ■ BPRS 11 ■ BPRS 12 ■ BPRS 13 ■ BPRS 14 ■ BPRS 15 ■ BPRS 16 ■ BPRS 17 ■ BPRS 18
■ BPRS 19 ■ BPRS 20 ■ BPRS 21 ■ BPRS 22 ■ BPRS 23 ■ BPRS 24 ■ BPRS 25 ■ BPRS 26 ■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami BPRS <=73 pacjentów i FES matek pacjentów leczonych stacjonarnie



- BPRS 1

■ BPRS 2

■ BPRS 3

■ BPRS 4

■ BPRS 5

■ BPRS 6

■ BPRS 7

■ BPRS 8

■ BPRS 9
- BPRS 10

■ BPRS 11

■ BPRS 12

■ BPRS 13,

■ BPRS 14

■ BPRS 15

□ BPRS 16

■ BPRS 17

■ BPRS 18
- BPRS 19

■ BPRS 20

■ BPRS 21

■ BPRS 22

■ BPRS 23

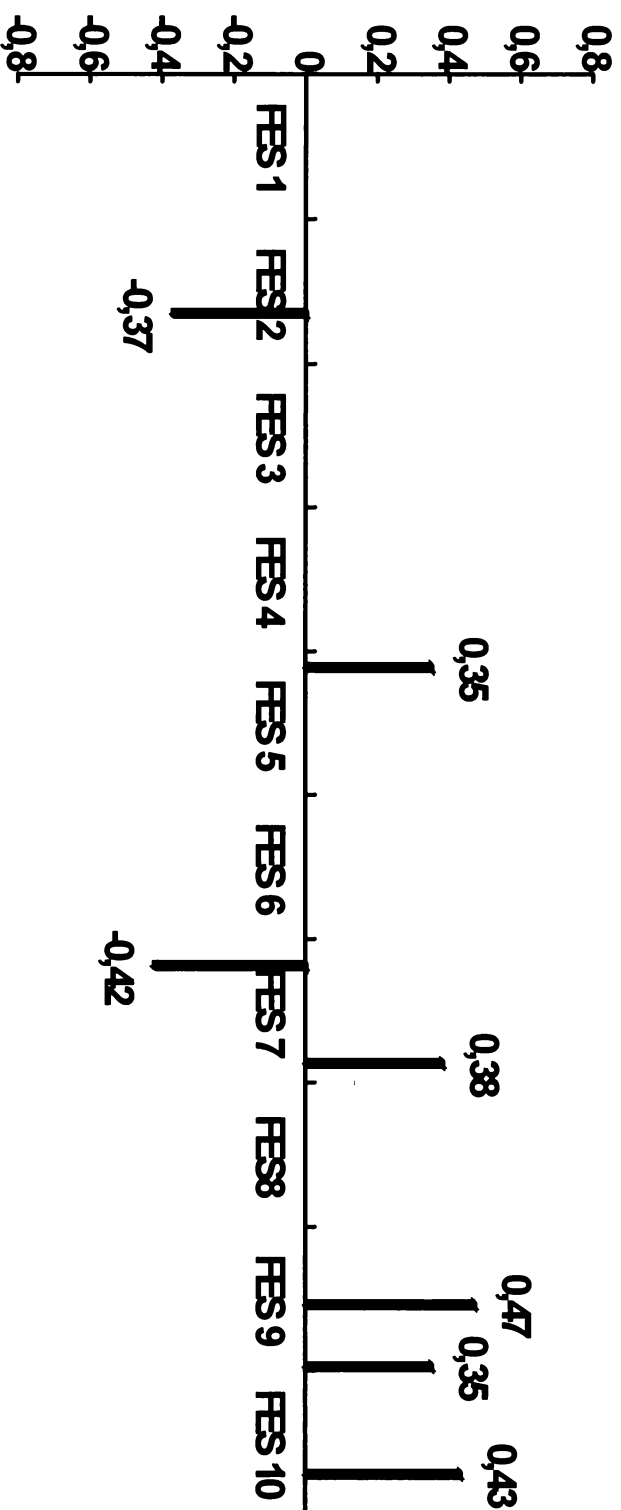
■ BPRS 24

■ BPRS 25

■ BPRS 26

■ BPRS Tot

Korelacja między wartościami EPRS <=73 pacjentów i FES 1-10 ojców pacjentów leczonych stacjonarnie



- EPRS 1 ■ EPRS 2 ■ EPRS 3 ■ EPRS 4 ■ EPRS 5 ■ EPRS 6 ■ EPRS 7 ■ EPRS 8 ■ EPRS 9
- EPRS 10 ■ EPRS 11 ■ EPRS 12 ■ EPRS 13 ■ EPRS 14 ■ EPRS 15 □ EPRS 16 ■ EPRS 17 ■ EPRS 18
- EPRS 19 ■ EPRS 20 ■ EPRS 21 ■ EPRS 22 ■ EPRS 23 ■ EPRS 24 ■ EPRS 25 ■ EPRS 26 ■ EPRS Tot