

KLINIKA PSYCHIATRII DOROSŁYCH AKADEMII MEDYCZNEJ im. MIKOŁAJA  
KOPERNIKA W KRAKOWIE

lek. med. Andrzej Cechnicki

**ROLA ODDZIAŁU DZIENNEGO WE WCZESNEJ REHABILITACJI CHORYCH  
NA SCHIZOFRENIE**

**Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia**

*Praca doktorska napisana  
pod kierunkiem  
Doc. dr hab. Jacka Bomby*

Kraków 1991

Bibl. Medyczna CM UJ



1816095584

Podstawowym doświadczeniem jest poznanie, że istotne wpływy, które korzystnie formują rozwój osobowości każdego z nas i utrzymują poczucie własnego JA przez całe życie są równocześnie pomocne chorym na schizofrenię.

M. Bleuler: Schizophrenie als besondere Entwicklung. W: Neue Praxis fordert neue Theorie. 38 Gütersloher Fortbildungswoche, 1986, s. 24.

## Spis treści

<b>Wstęp.....</b>	<b>5</b>
<b>Rozdział I      Piśmiennictwo.....</b>	<b>10</b>
<b>1.    Wprowadzenie w problematykę leczenia dziennego.....</b>	<b>10</b>
1.1. Pojęcie i definicje.....	11
1.2. Historia i rozwój .....	12
1.3. Funkcje i cele leczenia w częściowej hospitalizacji.....	15
1.4. Zalety i wady leczenia dziennego.....	17
<b>2.    Przegląd badań nad leczeniem dziennym.....</b>	<b>20</b>
2.1. Leczenie dzienne jako alternatywa leczenia stacjonarnego.....	20
2.2. Leczenie dzienne jako forma przejściowa i alternatywa opieki ambulatoryjnej.....	22
2.3. Badania kosztów leczenia dziennego.....	24
<b>3.    Czynniki wpływające na skuteczność leczenia chorych na schizofrenię w oddziałach dziennych.....</b>	<b>26</b>
<b>4.    Wybrane aspekty wiedzy klinicznej o schizofrenii.....</b>	<b>30</b>
4.1. Okres przed wybuchem schizofrenii - perspektywa kliniczna.....	30
4.2. O predyspozycji do schizofrenicznej psychozy - teoretyczne modele podatności na zranienie.....	31
4.3. Wybuch choroby i spotkanie z pacjentem.....	42
4.4. O przebiegu schizofrenii i niektórych czynników mających wpływ na rokowanie.....	43
<b>5.    Wybrane aspekty leczenia schizofrenii.....</b>	<b>46</b>
5.1. Ogólne zasady związane z leczeniem schizofrenii.....	46
5.2. Wpływ modelu "podatność na zranienie - stres" na praktykę terapeutyczną w schizofrenii.....	49
<b>Rozdział II      Cel badań, hipotezy badawcze i metoda.....</b>	<b>53</b>
1.    Cel badań.....	53
2.    Analiza wstępna materiału i pytania badawcze.....	54
3.    Hipotezy badawcze.....	56
4.    Kryteria kwalifikacyjne do badanej grupy.....	56
5.    Metodologia badań.....	61
5.1. Wprowadzenie.....	61
5.2. Przedmiot badań.....	64
5.3. Narzędzia badawcze.....	64
5.4. Metody badań.....	66

<b>Rozdział III</b>	<b>Opis badanej grupy.....</b>	<b>68</b>
<b>Rozdział IV</b>	<b>Opis programu terapeutycznego w oddziale dziennym.....</b>	<b>76</b>
1.	Kontekst terapii.....	76
2.	Założenia pracy oddziału dziennego.....	79
3.	Zasady leczenia w oddziale dziennym.....	80
4.	Elementy programu leczenia.....	84
5.	Pośrednie cele leczenia w oddziale dziennym.....	88
<b>Rozdział V</b>	<b>Wyniki i przebieg leczenia w oddziale dziennym.....</b>	<b>93</b>
<b>Rozdział VI</b>	<b>Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia w oddziale dziennym.....</b>	<b>98</b>
1.	Wprowadzenie.....	98
2.	Analiza wpływu zmiany w "udziale w leczeniu" na "pośrednie cele leczenia".....	100
3.	Analiza wpływu zmiany w "udziale" i w "pośrednich celach leczenia" na "efekty leczenia".....	103
<b>Rozdział VII</b>	<b>Omówienie wyników i dyskusja.....</b>	<b>108</b>
1.	Źródła błędów w interpretacji wyników.....	108
2.	Zbiorcze omówienie wyników i dyskusja.....	110
<b>Rozdział VII</b>	<b>Wnioski.....</b>	<b>118</b>
<b>Streszczenie.....</b>		<b>120</b>
<b>Piśmiennictwo .....</b>		<b>123</b>
<b>Aneks.....</b>		<b>1</b>
1.	Karta leczenia w oddziale dziennym (KLwOD) wraz z legendą.....	2
2.	Legenda klinicznej oceny "efektów leczenia".....	19
3.	Legenda do karty predyktorów.....	20
4.	Tabele zmiennych od 1 do 8.....	23

## Wstęp

Badania nad czynnikami wpływającymi na efekty leczenia i rehabilitacji chorych na schizofrenię w oddziale dziennym należy umieścić w szerszym kontekście obejmującym badania czynników wpływających na efekty psychoterapii schizofrenii jak i na efekty bardziej kompleksowych programów terapeutycznych prowadzonych w oddziałach całodobowych, ambulatoriach lub domach pacjentów.

Jeszcze z początkiem wieku .ktoś u kogo diagnozowano schizofrenię miał szansę jak jeden do trzech, że w ciągu najbliższych dwóch lat będzie zwolniony ze szpitala. Od tego czasu terapeutyczny pesymizm i brak nadziei powinien ustąpić wobec nowych faktów. Wieloletnie katamnezy Bleulera i Hubera (1976) i Ciompięgo (1976) dostarczają optymistycznych danych o przebiegu choroby: obalają mit o jej nieuleczalności dla blisko jednej trzeciej pacjentów, wskazują na bardzo duże zróżnicowanie przebiegu u pozostałej grupy i na zanikanie tzw. katastroficznych, bardzo niekorzystnych przebiegów choroby. Pacjenci w całkowitej lub częściowej remisji objawowej wypisywani są do domu i dalsze leczenie kontynuowane jest w środowisku w którym żyją.

Wyzwaniem naszych czasów jest stworzenie w opiece pozaszpitalnej warunków zapewniających podtrzymanie, rehabilitację i rozwój osób wypisanych ze szpitala po ostrym kryzysie psychiatrycznym. Brak takiego systemu powoduje zjawisko "obrotowych drzwi" z szybkim powrotem pacjenta do szpitala lub też jego izolację w pokoju własnego mieszkania przypominającą hospitalizm dużych instytucji. Szeroko rozumiane środowisko (krewni, znajomi, parafia) do którego wraca pacjent ze szpitala psychiatrycznego musi zarówno uzyskać wsparcie w systemie opieki zdrowotnej jak również nauczyć się współżyć ze swoim bliskim (m.in. Trojan i Waller 1980). Systemy opieki pozaszpitalnej powinny pomóc pacjentom i ich rodzinom ułożyć to współżycie i przyswoić wiedzę o decydującym wpływie otoczenia na mniej lub bardziej korzystny przebieg schizofrenii. Powinny też ten wpływ modyfikować ponieważ udowodniono ( m.in. Wing

1971, Brown i Vaughn 1976, Tienari 1985, 1989, 1990), że otoczenie o patologicznych międzyludzkich kontaktach jest szkodliwe i posiada decydujący, niekorzystny wpływ na przebieg choroby.

Jeżeli dzisiaj wiadomo, że schizofrenia powinna być leczona kompleksowo z uwzględnieniem indywidualnych wskazań i potrzeb pacjenta, to równocześnie wiadomo jak trudno jest spełnić te postulaty. Kompleksowość w tym wypadku oznacza konieczność integracji trwałego związku z jedną kluczową postacią terapeuty z całym systemem psychospołecznych interwencji, konieczność oddziaływań psychospołecznych i farmakologicznych, uzgodnienia spójnych celów oddziaływań na pacjenta i na jego rodzinę, ale równocześnie integracji całego systemu opieki łączącego interwencję szpitalną z leczeniem dziennym i rozbudowaną opieką ambulatoryjną dysponującą różnorodnymi formami opieki dostosowanymi do indywidualnych potrzeb i deficytów pacjenta. Tak więc system powinien być dostępny, powszechny, elastyczny i zróżnicowany w myśl zasady - "dalej od szpitala bliżej życia" (Cechnicki 1983). Jeden z liderów reformy psychiatrycznej w RFN-ie Kulenkampf (1983) tak charakteryzował tę rewolucję w myśleniu psychiatrycznym: "Przed 10 laty z lękiem wprowadzaliśmy temat leczenia ambulatoryjnego, a oddział dzienny widzieliśmy jedynie w powiązaniu z oddziałem stacjonarnym i jako jego uzupełnienie. Dzisiaj myślimy dokładnie odwrotnie: droga nie wiedzie przez szpital i niejako uzupełniająco przez oddział dzienny do opieki ambulatoryjnej, tylko odwrotnie - przez rozbudowane ambulatorium do częściowej hospitalizacji (leczenia dziennego) i wreszcie dla grupy pacjentów, którzy nie mogą utrzymać się w leczeniu pozaszpitalnym do leczenia stacjonarnego i łóżka".

Zespół terapeutyczny zaangażowany w codzienną praktykę powinien dysponować spójnym, możliwym do przekazania pacjentom i rodzinom - na obecnym etapie wiedzy ciągle jeszcze hipotetycznym i tymczasowym - modelem choroby. Teoria nie zawsze nadąża za terapeutyczną praktyką. Zostało dowiedzione, że czynniki psychospołeczne odgrywają niezwykle ważną rolę jako czynniki wyzwalające i stabilizujące przebieg choroby, ale są niespecyficzne. Paradoksalnie znaczenie i wagę czynników społecznych potwierdziły współczesne badania genetyczne (Tienari 1985, 1989, 1990). Same czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę ale również są niespecyficzne. Część badaczy jak Zubin (1987) czy też Ciompi (1981) uważa, że zebrano wystarczającą ilość danych empirycznych rozszerzających wystarczająco naszą wiedzę na temat etiopatogenezy

schizofrenii, aby ogłosić koniec "ery endogenii" w wyjaśnianiu tej grupy chorób. Kształtujący się obecnie nowy paradygmat w leczeniu schizofrenii oparty jest o hipotetyczne modele podatności na zranienie osoby i wpływ stresu rozumianego jako czynnik środowiskowy. Modele te odegrały kluczową rolę w kształtowaniu optymalnego środowiska terapeutycznego dla chorych na schizofrenię, kształtowaniu struktury programu terapeutycznego i w znajdowaniu wspólnego języka między terapeutą, pacjentem i rodziną w dostarczaniu wiedzy o chorobie i włączaniu ich do współdziałania w leczeniu.

W tym złożonym, kompleksowym systemie opieki obok pytania o skuteczność całego systemu leczenia chorych na schizofrenię, niezwykle ważnym jest wyjaśnianie udziału poszczególnych jego części np. interwencji rodzinnych lub lecznictwa dziennego w globalnym efekcie oraz poszukiwanie tych "czynników"<sup>1</sup>, które w ramach interwencji rodzinnych, psychoterapii lub lecznictwa dziennego mają wpływ na ostateczny "efekt leczenia". O ile istnieją jednoznacznie przekonywujące badania odnośnie samej skuteczności częściowej hospitalizacji np. Zwerling i Wilder (1964), Herz i wsp (1971), Meltzoff i Blumenthal (1966), Linn i wsp. (1979). to udział poszczególnych czynników wpływających na efekty leczenia i wzajemne między nimi interakcje pozostają w opiniach wielu badaczy nieustalone (Washburn 1983, Goldgerg 1982, Hodge i wsp. 1988) i są przedmiotem spekulacji. Dzieje się tak w przeciwieństwie do czynników o charakterze demograficznym, społecznym i klinicznym, czyli tzw. predyktorów naturalnego przebiegu schizofrenii,<sup>2</sup> których związek rokowniczy z późnym przebiegiem choroby został w sposób oczywisty

---

<sup>1</sup> Poszukiwania tych czynników są podobne do poszukiwania czynników skutecznych w psychoterapii grupowej opisanych przez Yaloma (1975) lub w milieu opisanych przez Gundersona (1979) i Washburna (1979) lub w leczeniu pacjentów nerwicowych prezentowanych przez Aleksandrowicza i wsp. (1990) na zebraniach Katedry Psychiatrii w Krakowie.

<sup>2</sup> Przez naturalny przebieg schizofrenii rozumie się obserwowane typy przebiegu choroby niejako niezależnie od podjętych sposobów interwencji terapeutycznej, czy też ważnych wydarzeń życiowych (np. Hegerl i Stieglitz 1988).

udokumentowany (np. WHO 1979). Wymienieni powyżej badacze wyrażają nadzieję, że przyszłe badania wyjaśnią jakie czynniki mają największą siłę terapeutyczną w leczeniu dziennym. Według Paula Gordona (1967) pytanie badawcze należałoby poprawnie sformułować uwzględniając "jaka grupa czynników" w "jakim programie terapeutycznym", wobec "jakiej grupy pacjentów" pozostaje w związku z "ostatecznym wynikiem" mierzonym niezależnie w wymiarze psychopatologicznym i społecznym.

Ocena wzajemnych zależności pomiędzy "wybranymi czynnikami" tj. "ilością" i "jakością udziału" przez pacjentów w leczeniu oraz ustalonymi w oddziale dziennym "pośrednimi celami leczenia" a ostatecznymi "efektami leczenia" mierzonymi w płaszczyźnie psychopatologicznej i społecznej pozostaje w opisywanym nurcie badań i jest podstawowym tematem mojej pracy.

Problemem metodologicznym wobec tak złożonego zjawiska jakim jest schizofrenia było wyodrębnienie jednorodnej diagnostycznie grupy, zmotywowanie jej do podjęcia i kontynuacji leczenia w oddziale dziennym oraz stworzenie spójnego programu oddziaływań terapeutycznych.

Wybór tematu badań związany był z faktem iż Krakowska Klinika Psychiatrii Dorosłych od lat rozwinęła program leczenia i rehabilitacji dla chorych na schizofrenię i ich rodzin. Obejmuje on leczenie stacjonarne, intensywny program psychospołecznego leczenia w oddziale dziennym oraz wieloletnią opiekę dla pacjentów i ich rodzin w zindywidualizowanym programie leczenia w ambulatorium. Program ten obok opieki indywidualnej szczególną wagę przywiązuje do form grupowych takich jak: grupy terapeutyczne i treningowe, grupy zainteresowań, kluby dla rodzin i pacjentów, samodzielne zrzeszanie się rodzin pacjentów chorych na schizofrenię, obozy terapeutyczne i hostel.

Badanie tak rozległego i trudnego do obiektywizacji zagadnienia jakim jest ocena wpływu wybranych czynników na uzyskiwane efekty leczenia w oddziale dziennym mogłem się podjąć tylko w zespole, który od lat pracuje w programie rehabilitacji schizofrenii i posiada duże doświadczenie terapeutyczne.

Rozdział I pracy porusza dwa obszary tematyczne. Z jednej strony wprowadza w problematykę leczenia dziennego. Zawiera przegląd badań nad skutecznością częściowej hospitalizacji ze szczególnym uwzględnieniem badań nad czynnikami mającymi wpływ na efekty leczenia w oddziałach dziennych.

Z drugiej strony rozdział I wprowadza w wybrane aspekty wiedzy klinicznej o schizofrenii oraz jej implikacje dla



leczenia i rehabilitacji w lecznictwie dziennym. Szczególną uwagę poświęcono teoretycznym modelom "podatność na zranienie - stres" i wpływom tych modeli na praktykę terapeutyczną w schizofrenii.

Rozdział II zawiera opis celu badań, hipotez badawczych oraz przyjętej metodologii. Omówiono przyjęte kryteria kwalifikacyjne oraz konstrukcję wykorzystywanych narzędzi badawczych. Rozdział zamyka opis analizy regresji krokowej - będącej podstawową przyjętą przeze mnie metodą statystyczną w opracowaniu uzyskanych wyników.

Rozdział III prezentuje badaną grupę poprzez wykorzystanie informacji o tzw. predyktorach czyli danych demograficznych, społecznych i klinicznych pacjentów z okresu przed włączeniem ich w program leczenia w oddziale dziennym.

Opis programu terapeutycznego z uwzględnieniem szerszego kontekstu terapeutycznego, założeń i zasad leczenia oraz "pośrednich celów leczenia" zawiera rozdział IV.

W rozdziale V poddano krótkiej analizie "zmianę" w ilości i jakości udziału w leczeniu (tj. aktywności własnej pacjentów) oraz "zmianę" w wynikach "pośrednich celów leczenia". Rozdział zamyka ocena "efektów leczenia" mierzonych w wymiarze psychopatologicznym i społecznym.

Zasadnicza część pracy - analiza zależności między "udziałem w leczeniu" i "pośrednimi celami leczenia" a "efektami leczenia" jest tematem VI rozdziału pracy. Analiza została przeprowadzona w oparciu o uzyskane oceny ilości i jakości "udziału w leczeniu" oraz oceny "pośrednich celów leczenia" i ostatecznych "efektów leczenia" w oddziale dziennym.

Rozdział VII zawiera zbiorcze omówienie uzyskanych wyników badań wraz z dyskusją. Poprzedzone jest ono rozważaniami nad możliwymi źródłami błędów w ich interpretacji.

Rozdział IX zawiera wnioski końcowe z pracy.

Pracę zamyka wykaz pozycji bibliograficznych oraz aneks zawierający Kartę Leczenia w Oddziale Dziennym (KLOD) wraz z legendą, legendę klinicznej oceny "efektów leczenia", legendę do predyktorów oraz tabele od 1 do 9 z zapisem danych.

## ROZDZIAŁ I Piśmiennictwo

### 1.

#### Wprowadzenie w problematykę leczenia dziennego

Lecznictwo dzienne zdobyło sobie w ostatnich dziesięcioleciach trwałe miejsce w pozaszpitalnym systemie opieki psychiatrycznej i doczekało się w literaturze wielu przeglądów i monograficznych opracowań: Bierer (1951, 1964), Cameron (1947), Farndale (1961), Goldberg (1982), Herz (1975), Bennett (1972), Finzen (1977), Luber (1979, 1984), DieBella (1982), Bosch i Veltin (1983), Mason (1982), Weiss i wsp. (1982), Rossie (1987). Rozwinięto specjalistyczne oddziały dzienne dla pacjentów nerwicowych, geriatrycznych, z otyłością, dla dzieci i adolescentów jak również niepsychiatryczne oddziały dzienne dla pacjentów z padaczką lub cukrzycą. Wszyscy cytowani autorzy zgodnie podkreślają, że chociaż leczenie dzienne zostało rozwinięte z myślą o wszystkich pacjentach psychiatrycznych to największą grupą odnoszącą korzyści z tej formy leczenia są chorzy na schizofrenię.

Przed omówieniem wyników badań nad rolą oddziałów dziennych w leczeniu i rehabilitacji<sup>3</sup> schizofrenii, ze względu

---

<sup>3</sup>W niniejszej pracy nie będzie dyskutowany dosyć jałowy spór, gdzie kończy się leczenie a zaczyna rehabilitacja. Za Finzenem (1983) przyjmuję, że oddziały dzienne zarówno ćwiczą nowe umiejętności - co można nazwać rehabilitacją, zabezpieczają leczenie farmakologiczne i podstawową opiekę medyczną - co należy do leczenia, jak również pracują introspekcyjnie - co można nazwać psychoterapią. Jakakolwiek redukcja jest nieuprawomocniona, ważne jest jednak rozłożenie akcentów. W tym sensie w tej pracy akcent położony jest na rehabilitację.

na prawie zupełny brak publikacji na temat leczenia dziennego w polskiej literaturze fachowej i jej przyczynowy charakter - Jaworska (1970), Kostecka i Żardecka (1970), Szelenberger (1970), Stańczak (1977), Cechnicki (1983, 1984), Konieczńska i wsp. (1986) - przedstawię w koniecznym zakresie pojęcia i definicję oraz rozwój leczenia dziennego. Rozdział kończy opis funkcji i celów częściowej hospitalizacji oraz ocena jej wad i zalet.

### 1.1. Pojęcia i definicje

Oddziały dzienne, nocne i weekendowe rozwijające się od późnych lat czterdziestych obejmowały bardzo szeroki i początkowo bardzo słabo zróżnicowany obszar opieki nad pacjentem. W monograficznych pracach amerykańskich Dibelli (1982) i Lubera (1979) opisywane są one przez bardziej ogólny termin częściowej hospitalizacji "partial hospitalization", który Weiss i wsp. (1982) zastrzegają tylko dla leczenia dziennego. W Polsce np. Konieczńska i wsp. (1986), Cechnicki (1983, 1984), Cechnicki i Zadęcki (1985) używają bardziej pojemnego pojęcia "formy pośrednie" obejmując nim wszystkie formy pracy w środowisku, hostele czyli mieszkania terapeutyczne, kluby byłych pacjentów i obozy terapeutyczne. Rossie (1987) podaje definicję częściowej hospitalizacji, opublikowaną przez założone w 1979 roku Amerykańskie Stowarzyszenie d/s Częściowej Hospitalizacji (AAPH): "Częściowa hospitalizacja jest programem leczenia ambulatoryjnego, który obejmuje diagnostykę oraz medyczne, psychiatryczne, psychospołeczne i przygotowujące do zawodu formy leczenia. Jest on zaprojektowany dla pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, którzy wymagają skoordynowanego, intensywnego całościowego i wielodyscyplinarnego leczenia nie stosowanego w leczeniu ambulatoryjnym. Pozwala to na bardziej elastyczną i mniej restrykcyjną propozycję leczenia niż ma to miejsce w leczeniu zamkniętym". Weil (wg. Rossie 1987) opisuje unikalną cechę częściowej hospitalizacji, w której pacjent połowę czasu spędza we własnym środowisku a połowę w oddziale dziennym i stwierdza, że tej czasowej równowagi i intensywności nie można osiągnąć ani w leczeniu całodobowym ani w klasycznej opiece ambulatoryjnej. Dalej od szpitala a bliżej codziennego życia - na tę funkcję przybliżającą chorego do społeczeństwa zwraca uwagę Rewerzy (1979) definiując formy pośrednie jako "każdą

wspólnotową niewielką przestrzeń maksymalnie wtopioną w życie społeczne i mogącą służyć jako pośrednik we wszystkich sytuacjach, kiedy dochodzi do zerwania więzi z życiem społecznym".

W ramach leczenia dziennego w zależności od spełnianych przez ośrodki funkcji i celów terapeutycznych rozwinęły się według Rossie (1987) trzy formy: szpitale dzienne (day hospital), centra dziennego leczenia (day treatment center) oraz dzienna opieka (day care). W krajach niemieckojęzycznych pierwsze dwa typy ośrodków nazywane są szpitalami dziennymi (Tagesklinik) z zaznaczeniem, że jedne służą przeważnie interwencji kryzysowej inne zaś rehabilitacji, a trzeci typ służący stalej podtrzymującej opiece określany jest (Bosch i Veltin - 1983) jako miejsca dziennego pobytu (Tagesstätte). Historycznie należy wspomnieć o przeglądzie Farndala (1961), który zebrał dane ankietowe dotyczące 65 oddziałów dziennych w Anglii. Dorobek angielskiego leczenia dziennego już w tym okresie był imponujący. Uderza różnorodność organizacyjna i terapeutyczna. Jednak propozycja podziału na 8 podtypów wydaje się wobec współczesnych ujęć zbyt drobiazgową. W skromnej polskiej<sup>4</sup> literaturze używa się wspólnej nazwy "oddziały dzienne", zaś dla programów dziennej opieki dla chronicznych pacjentów "dzienne ośrodki zajęciowe" (Staniczak 1984).

## 1.2. Historia i rozwój

Pierwszy dzienny szpital założony został w Moskwie w 1933 roku przez Dzhagarowa (wg. Luber 1984), jako alternatywa dla stacjonarnej hospitalizacji. Było to podyktowane raczej permanentnym brakiem miejsc dla ostro zaburzonych pacjentów niż filozoficznymi lub teoretycznymi przesłankami sformułowanymi przez prekursora ruchu. Dzhagarow opisuje 1225 pacjentów leczonych w latach 1933-37. W grupie tej ponad połowa to pacjenci chorzy na schizofrenię. Możliwość leczenia w oddziale dziennym tak dużej grupy pacjentów chorych na schizofrenię w czasach przed wprowadzeniem neuroleptyków wydaje się godna

---

<sup>4</sup> Będę w mojej pracy używał określenia "oddział dzienny" zgodnie z naszym językowym uwarunkowaniem, a opisywany ośrodek jest najbliższy w swojej strukturze "ośrodkowi dziennego leczenia".

podkreślenia. Po wojnie oddziały dzienne równoległe rozwijali Cameron (1947) w Montrealu i Joshua Bierer (1951, 1964) w Londynie. O ile Cameron rozwijał oddziały dzienne dla pacjentów kończących leczenie stacjonarne i wiązał je zarówno organizacyjnie jak i przestrzennie ze szpitalem psychiatrycznym o tyle Bierer rozwijał w Malborough Day Hospital ideę szpitala alternatywnego proponując nazywać "szpitalem dziennym" tylko taki ośrodek, który w pełni "zastąpi szpital psychiatryczny" (Bierer 1964). Te dwa podstawowe kierunki rozwoju obserwujemy do dzisiaj - z jednej strony leczenie dzienne rozwija się jako alternatywa z drugiej zaś jako forma komplementarna wobec leczenia stacjonarnego. Rosch (1983) słusznie zauważa, że ośrodki, które określają się jako "alternatywne" przyjmują często pacjentów po krótkotrwałej hospitalizacji całodobowej - tak więc podziały bywają pozorne. Charakteryzując rozwój leczenia dziennego Linn (1979) spostrzega, że w Rosji położono akcent na pracę, w Kanadzie na psychoterapię a w Anglii na socjalizację. Wydaje się, że Linn znalazł najslabiej kontekst rosyjski.

Prawdziwie niezwykle rozwój leczenia dziennego obserwowano w Anglii w latach 60 - tych. Finzen (1977) podaje, że w 1968 roku blisko 35.000 pacjentów tj. co piąty leczony był w różnych formach dziennych. Dążono do hospitalizacji 40% pacjentów w leczeniu dziennym i uzyskania proporcji 0,65 "miejsca" w porównaniu do 0,5 "łóżka" stacjonarnego na 1000 mieszkańców. W tamtych latach Anglia była niedoścignionym wzorem bardziej humanitarnej psychiatrii. Bennett (1972) w swoim sprawozdaniu wymienia chorych na schizofrenię jako największą grupę (szacując ją na 30%) pacjentów leczonych w częściowej hospitalizacji. Ilość przyjęć do oddziałów dziennych w stosunku do przyjęć do oddziałów całodobowych w różnych krajach była dosyć odległa od wzorów angielskich i wynosiła z końcem lat 70 - tych w USA - 6% wg. Klar i wsp (1982), w latach 80tych w RFN 3 - 4% wg. Boscha i Steinhardta (1983) a w Polsce 3,3% (Konieczńska i wsp. 1986).

Pierwszy w Polsce "Oddział Dzienny Terapii Zabiegowej", prowadzony przez dr. Henryka Zajączkowskiego powstał w 1947 roku w Warszawie. Konieczńska i wsp. (1986) omawiają 59 polskich oddziałów dziennych, z których większość została otwarta w latach 70tych. Obecnie obserwuje się znacznie wolniejsze tempo ich powstawania. Zebrano dane z 5 oddziałów pozapsychiatrycznych, z 7 oddziałów dziecięcych i młodzieżowych oraz 47 oddziałów dla dorosłych - w tym 35 dla psychicznie chorych, 8 leczenia nerwic i 4 leczenia uzależnionych od

alkoholu lub leków. Co trzeci leczony pacjent (34,1%) leczony był z powodu schizofrenii, a w 35 oddziałach przeznaczonych dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi procent ten rośnie do 63,2%. Analogiczne dane cytowane przez Glasera (1972) mówią o 40% a Bosch i Steinhardt (1983) podają, że jest to największa diagnostycznie grupa leczona w oddziałach dziennych w RFN. Konieczńska i wsp. (1986) w podsumowaniu raportu zwracają uwagę na dwa fakty odnotowywane powszechnie w światowej literaturze, które mają kapitalne znaczenie dla dalszego rozwoju częściowej hospitalizacji. Uzmysławiają, że w oddziałach dziennych leczona jest znikoma część chorych (3,3% przyjęć do oddziałów całodobowych) a zatem częściowa hospitalizacja nie uzupełnia w sposób znaczący leczenia w szpitalach psychiatrycznych w skali kraju. Finzen (1977) ocenia, że dopiero 10% przyjęć w opiekę dzienną w danym rejonie w stosunku do leczenia stacjonarnego pozwala zauważyć leczenie dzienne jako istotny element w całościowym systemie opieki. Powstaje problem oceny jaki procent pacjentów kierowanych zazwyczaj do leczenia stacjonarnego mógłby być leczony w oddziałach dziennych. Oceny są bardzo zróżnicowane: Kraft (wg. Bennett 1972) uważa, że 50%, Zwerling i Wilder (1964) - 66%, Epps i Hanes (wg. Morrice 1973) 50 - 75%, Washburn (1976) 59%, Herz i wsp. (1971) - 42%, Platt (wg. Klar i wsp. 1982) - 15%, zaś krytyk leczenia dziennego Dekwitz tylko 1% (wg. Bosch i Veltin 1983). Ostatnio Gudeman i wsp. (1985) udowodnili, że program środowiskowego leczenia w Massachusetts mógł skutecznie objąć opieką dzienną 72% pacjentów wymagających leczenia. 28% ze względów zarówno diagnostycznych jak i terapeutycznych wymagało leczenia całodobowego. Finzen (1977) wyraża opinię, że stopień wykorzystania leczenia dziennego świadczy o rozwoju humanitarnej, środowiskowej psychiatrii. Uchtenhagen (1983) twierdzi, że zależy on od całościowych rozwiązań systemowych - w tym wypadku od tego czy w danym rejonie pacjenci przyjmowani są głównie do szpitala i potem poddawani selekcji, czy główny ciężar opieki leży w środowisku i tylko ci, którzy nie mogą utrzymać się w leczeniu otwartym są kierowani do szpitala.

Drugi problem odnotowany również w polskim raporcie to niedostateczne wykorzystanie miejsc w istniejących już oddziałach. Opinie Finzena i Uchtenhagena wyjaśniają go już częściowo a Mosher (wg. Rossie 1987) przypomina, że 70% wszystkich nakładów finansowych w USA wydawanych jest na opiekę całodobową. Wielu psychiatrów woli pracować w szpitalach, gdyż czują się wówczas ściślej związani z powszechnie

respektowanymi, naukowymi aspektami medycyny. Bosch, Bauer i Finzen (Bosch i Veltin 1983) upatrują dodatkowej przyczyny tego zjawiska w postawach terapeutów z oddziałów stacjonarnych, dla których "łóżka" są głównym źródłem prestiżu zawodowego. Spostrzegają, że dla mniej zaangażowanych terapeutów skierowanie pacjenta do oddziału dziennego jest dodatkową pracą przed którą się bronią, a dla bardziej zaangażowanych terapeutów "utrata" własnego sukcesu leczenia. Dick i wsp. (1985) stwierdzili, że jedynym i najważniejszym czynnikiem wpływającym na skierowanie na oddział dzienny były wizyty na oddziałach zamkniętych psychiatrów z oddziału dziennego. Herz (1971) podkreśla psychologiczny mechanizm polegający na wybieraniu przez specjalistów oddziału stacjonarnego jako bezpieczniejszej formy leczenia, zaś Glaser (1972) za jedną z podstawowych przyczyn uważa brak integracji opieki nad pacjentem, która jest jedynie wówczas możliwa, gdy ten sam zespół odpowiedzialny jest za leczenie stacjonarne, dzienne i ambulatoryjne - żądanie, które Bennett (1972) stawia całemu lecznictwu psychiatrycznemu.

### 1.3. Funkcje i cele leczenia w częściowej hospitalizacji.

Glaser (1972) uważa, że lecznictwo dzienne zostało zapoczątkowane bez jednolitej funkcji, przez co rozumie brak określonego miejsca w całościowym systemie leczenia psychiatrycznego, oraz bez jednolitego programu co wyrażało się głównie brakiem adekwatnie sformułowanych celów i terapeutycznych zadań. Na początku wszystkie typy dziennych programów leczenia proponowane były każdemu pacjentowi bez weryfikacji komu, jaki typ leczenia służy najlepiej. Klar, Frances, Clarkin (1982) wyrażają opinię, że rozwój nowych form leczenia w psychiatrii odbywa drogę od zachwytu przez zwątpienie do zdystansowanego powrotu opartego o myślenie kliniczne. W wypadku chorych na schizofrenię dopiero myślenie oparte o doświadczenie kliniczne pozwoliło skonstruować cele i programy terapeutyczne specyficzne dla tej grupy pacjentów oraz wyodrębnić ich z ogólnej grupy pacjentów leczonych pod "wspólnym szyldem" w lecznictwie dziennym. Wspomniani autorzy uważają, że kiedy przestajemy się pasjonować, a zaczynamy analizować jaka forma leczenia, kiedy i dla jakich pacjentów jest najbardziej użyteczna - to wówczas znajdujemy się w rozwoju w fazie zdrowego rozsądku. Postępowanie takie jest zgodne z pytaniem badawczym sformułowanym dwadzieścia lat wcześniej przez Paula Gordona (1967), które omawiam we wstępie

do mojej pracy.

Casarini i wsp. (1979) dokonując wyboru, który bardziej odzwierciedlał potrzeby osób leczonych niż diagnozę nozologiczną opisali trzy generalne cele każdej interwencji terapeutycznej:

a/. Wyleczenie (Resolution, Heilung) - kiedy celem jest eliminacja dysfunkcji i powrót do przedchorobowego poziomu życia w rodzinie, społeczności, pracy i nauce.

b/. Rehabilitacja (Rehabilitation) - odbudowanie funkcjonowania na poziomie umożliwiającym niezależne życie, maksymalną redukcję zaburzeń, i wzrost aktywności.

c/. Podtrzymanie (Maintenance) - gdzie celem jest redukcja zaburzenia tak dalece, aby powstrzymać konieczność rehospitalizacji.

W odniesieniu do schizofrenii pełne wyleczenie wydaje się celem maksymalistycznym, ale możliwym w stosunku do blisko 1/3 pacjentów. Takie są wyniki wieloletnich katamnez Bleulera i Hubera (1976) oraz Ciompięgo (1976). W programach leczenia dziennego dominują pozostałe dwa cele tj. rehabilitacja i podtrzymanie.

W ostatnich latach dokonano wysiłku klasyfikacji wszystkich programów dziennych według funkcji, co jest wg. Rossie (1987) istotne dla zapewnienia optymalnej opieki pacjentom, dla wzajemnej komunikacji i dla badań. AAPH wyodrębnia trzy główne funkcje lecznictwa dziennego (wg. Rossie 1987):

1/. Intensywne leczenie w ramach częściowej hospitalizacji. Funkcja ta wiąże się z opanowaniem sytuacji kryzysowej i obejmuje leczenie pacjentów w ostrej fazie choroby. Ośrodki, które ją realizują określono mianem "szpitala dziennego".

2/. Rehabilitacja osób chorych psychicznie po ostrej fazie choroby lub z utrzymującym się długo społecznym lub zawodowym deficytem. Realizują ją różnorodne "programy dziennego leczenia" pomyślane jako forma przejściowa między oddziałem całodobowym i ambulatorium lub jako alternatywa leczenia ambulatoryjnego.

3/. Trzecia funkcja opisywana jest jako program podtrzymania dla osób chorych żyjących poza szpitalem. Ta ciągła opieka w ramach częściowej hospitalizacji uwzględnia indywidualne niedobory społeczne i zawodowe chronicznie chorych i realizuje się ją w "ośrodkach dziennej opieki".

Nazwa ośrodka powinna zdaniem AAPH odzwierciedlać charakter stosowanego tam programu, ale często decyduje o niej przypadek np. w Zjednoczonym Królestwie ze względu na podział



na służby medyczne i społeczne, oraz odmienne ich finansowanie, wszystkie programy opłacane przez służbę zdrowia znajdowały się pod szyldem "szpitala dziennego", a opłacane z funduszu rehabilitacji pod nazwą "dziennej opieki". Klar, Frances i Clarkin (1982) wyrażają przekonanie, że zastosowanie jednej funkcji w kontekście innej może być szkodliwe dla dobrej opieki nad pacjentem. Opracowali oni bardzo szczegółowe kryteria kwalifikacyjne dla każdego z trzech typów programów, aby uniknąć np. włączenia chronicznego pacjenta z utrzymującymi się objawami psychiatrycznymi, wymagającego wieloletniej "podtrzymującej opieki dziennej" w intensywny werbalnie "program rehabilitacji". Autorzy uważają, że w praktyce oddziały akcentują swoją główną funkcję, a grupy pacjentów są wymieszane - tak więc obok głównej funkcji rehabilitacyjnej dany oddział bardzo często prowadzi grupę pacjentów w indywidualnej ciągłej opiece a wobec nielicznych jest alternatywą całodobowej hospitalizacji. Fakt ten utrudnia rzetelną ocenę skuteczności programu i prowadzenie badań.

W miarę kolejności w jakiej funkcje oddziałów dziennych zostały wymienione nacisk w programach przesunięty jest z "wyleczenia" na "trenowanie" i "zatrudnienie". Luber (1984) spostrzega, że o ile w programach alternatywnych najważniejszym celem jest ustąpienie objawów, to zarówno w programach mających na celu rehabilitację jak i podtrzymanie głównym celem może być wsparcie.

#### 1.4. Zalety i wady lecznictwa dziennego.

##### 1.4.1. Zalety lecznictwa dziennego.

Finzen (1977) uważa, że jedną z największych wartości oddziału dziennego jest realizowany przez niego otwarty model psychiatrii. Dzieje się tak ze względu na jego strukturę. Najważniejszą wydaje się być zmiana relacji między pacjentem a terapeutami. Pacjent codziennie rozstrzyga czy oferta terapeutyczna jest dla niego wystarczająco atrakcyjna. Terapeuta musi o wiele większym zaufaniem obdarzyć samego pacjenta i jego bliskich, a tym samym o wiele większą współodpowiedzialnością za leczenie. Wychodząc do domu pacjenci mogą podejmować różne społeczne role. Sytuacja ta jest bardziej naturalna i przypomina wyjście do pracy albo do szkoły. Według Herza (1971) oczekiwanie zdrowszego funkcjonowania prowadzi do zmniejszenia regresywnych zachowań. Herz podkreśla również, że jeżeli oddział dzienny pozwala uniknąć hospitalizacji

całodobowej to przeciwdziałała się pewnemu stereotypowi, że każdy kryzys musi skończyć się w oddziale całodobowym, którego środowisko sprzyja zachowaniom regresywnym. W oddziale dziennym pacjenci doświadczają mniejszej seksualnej frustracji. Dla pacjenta taki oddział jest niewątpliwym ułatwieniem w przejściu do ambulatoryjnej opieki.

Inny typ korzyści Finzen (1977) wiąże z faktem, iż koncepcja leczenia dziennego zakłada włączenie rodziny i krewnych w leczenie pacjenta. Fakt, że pacjent spędza połowę dnia i weekendy w domu powoduje, że zarówno sposób spędzania czasu, stopień aktywności i samodzielności jak i wzajemne relacje z domownikami są -jak podkreśla Glaser (1972) - przez ciągle sprzężenie zwrotne przepracowywane i przenoszone na sytuację grupową na oddziale. Tematyka rodzinna jest z natury rzeczy ciągle obecna. Herz (1971) spostrzega, że rodzina i przyjaciele są włączani w system emocjonalnego podtrzymania i nie mogą całej odpowiedzialności przesunąć na instytucję. W badaniach walijskich Hewitt (wg Rossie 1987) krewni pacjentów chorych na schizofrenię leczonych w oddziale dziennym rozwinęli bardzo dużą tolerancję wobec zaburzonego zachowania.

Trzecia grupa korzyści opisana przez Finzena (1977) wiąże się z rolą oddziału dziennego jako szkoły dla terapeutów. Oddział dzienny jest instytucją, która stawia wymagania dużej terapeutycznej odpowiedzialności. W żadnej innej instytucji -pisze Finzen - terapeuci nie spędzają z pacjentem tyle czasu w bezpośrednim kontakcie. Możliwości wycofania się są wyraźnie zawężone. Terapeuta musi nauczyć się ciągłego przekazywania informacji z całego dnia, z różnych sytuacji terapeutycznych na forum grupy, gdyż inaczej cały system terapeutyczny nie jest w stanie dobrze funkcjonować. Musi również nauczyć się filtrować te informacje do najważniejszych. Tak więc każdy z terapeutów odpowiedzialny jest za przepływ informacji, kształtowanie klimatu oddziału i przebieg programu dnia. Wszystkie sytuacje -zarówno formalne jak i nieformalne rozmowy w małych grupach składają się na program terapii. Jest to więc rozległe pole kształcenia nowych pracowników zwłaszcza tam gdzie, jak sądzi Finzen, trzeba balansować między przeciążeniem a pustką, stawianiem wymagań i udzielaniem wsparcia, terapią a edukacją.

Czwarta grupa korzyści, którą wyodrębnia Herz (1971) wiąże się z oddziaływaniem na ogół ludności. Mieszkańcy mogą się uczyć włączając swoich współmieszkańców w obszar własnego życia, mogą przestać się ich bać. Trzeba docenić rolę oddziałów dziennych w kształtowaniu bardziej realistycznych postaw wobec chorych psychicznie.

Ostatnia grupa korzyści, którą wymieniają wszyscy autorzy (szerzej opisana w rodz. 2.3) wiąże się z niższymi kosztami finansowania lub też z możliwością zatrudnienia pielęgniarek, które nie są w stanie podjąć pracy zmianowej.

#### 1.4.2. Wady leczenia dziennego.

Wady leczenia dziennego grupują się wokół podobnych obszarów co zalety tylko optyka spojrzenia jest inna. Tak więc Herz (1971) uważa, że niepokój w rodzinie pacjenta jest często tak duży, że niekorzystne jest pozostawienie pacjenta w domu. Czasami wręcz oddzielenie go od patologicznych interakcji w rodzinie jest korzystne terapeutycznie. Finzen (1977) problematykę rodzinną widzi w perspektywie powszechnie dzisiaj stawianego pytania o obciążenie krewnych chorobą jednego ze swoich członków. To obciążenie dotyczy przestrzeni społecznych i międzyludzkich, swobodnego dysponowania swoim czasem, życia osobistego, również sytuacji ekonomicznej rodziny. W tym sensie leczenie dzienne powoduje wzrost społecznych kosztów i może prowadzić do nadmiernego przeciążenia rodziny. Herz podnosi również większą możliwość rezygnacji z leczenia oraz ograniczenia związane z organizacją i transportem. Bardzo intensywna psychoterapia może też prowadzić do dekompensacji pacjenta i lepiej żeby była prowadzona w szpitalu. Mcgrath i Tantom (1987) donoszą o pacjentach w oddziałach dziennych o długim, ponad rocznym okresie pobytu przestrzegając przed nowym wydaniem hospitalizmu.

2.

## Przegląd badań nad leczeniem dziennym

Przedstawione wyniki badań ograniczone są do populacji chorych na schizofrenię. Powszechnie dominują - zdaniem Hersena (1979), Masona (1982), Lubera (1984), Rossie (1987) - trzy nurty badań będące szeroką i wystarczającą dokumentacją zarówno skuteczności jak i niższych kosztów leczenia dziennego. Obejmują one:

- a/ ocenę skuteczności częściowej hospitalizacji jako alternatywy leczenia stacjonarnego.
- b/ ocenę częściowej hospitalizacji jako formy przejściowej po leczeniu stacjonarnym lub jako alternatywy leczenia ambulatoryjnego.
- c/ badanie kosztów leczenia.

### 2.1. Leczenie dzienne jako alternatywa leczenia stacjonarnego

Klasycznym już badaniem porównującym skuteczność leczenia dziennego w porównaniu z leczeniem stacjonarnym są prace opublikowane przed 25 laty przez Zwerlinga i Wildera (1964) oraz przez Wildera, Levina i Zwerlinga (1966). Badanych podzielono na dwie grupy: eksperymentalną -skierowaną do leczenia w programie dziennym i kontrolną leczoną w oddziale stacjonarnym. Obie grupy leczone były przez ten sam zespół terapeutów i nie różniły się pod względem wieku, płci, rasy, religii, stanu cywilnego i diagnozy. Większość ze 189 pacjentów w każdej z grup stanowili chorzy na schizofrenię.

W dwa lata po pierwszym badaniu przeprowadzono badanie katamnesticzne obejmujące ocenę ilości rehospitalizacji, czasu spędzonego poza szpitalem w okresie katamnezy oraz poziomu funkcjonowania społecznego i obrazu psychopatologicznego. Wnioski są sformułowane oddzielnie w stosunku do kobiet i mężczyzn.

Porównując mężczyzn chorych na schizofrenię (n=60) w obu grupach nie znaleziono różnic istotnych statystycznie, ale znaleziono tendencję do wcześniejszych i częstszych rehospitalizacji w grupie leczonej w "szpitalu dziennym". Ta sama tendencja utrzymywała się odnośnie poziomu funkcjonowania społecznego jak i stopnia zatrudnienia w tej grupie. Tylko dwie

trzecie badanych pozostawało poza szpitalem w okresie katamnesticznym a 5 -ciu pacjentów spędziło w szpitalu całe dwa lata. Tak więc chorzy na schizofrenię mężczyźni byli podgrupą diagnostyczną, która odniosła najmniejsze korzyści z leczenia dziennego i pomimo braku różnic istotnych statystycznie między grupami autorzy wyciągnęli słuszny wniosek, że wartość dziennego leczenia dla tej grupy pacjentów w ostrej fazie choroby jest wątpliwa.

Zupełnie przeciwne wnioski dotyczą kobiet chorych na schizofrenię. Zarówno pacjentki jak i ich rodziny ocenili leczenie dzienne jako niezwykle pomocne. Aż 93% kobiet znajdowało się w środowisku w okresie katamnesticznym w porównaniu z 69% leczonych w oddziale całodobowym. Są to różnice istotne statystycznie na korzyść grupy leczonej w oddziale dziennym. Sześć kobiet z grupy kontrolnej a tylko jedna z grupy badanej nie opuściły szpitala aż do dnia katamnezy. Autorzy wyciągają wniosek, że leczenie dzienne powinno być preferowane we wszystkich fazach choroby wobec kobiet chorych na schizofrenię. Niestety w badaniu tym nie prowadzono kontroli podawanych leków.

Herz i wsp. (1971) podzielili 90 osobową grupę, z przewagą chorych na schizofrenię, losowo do dwóch form leczenia. Autorzy stwierdzili, że leczenie dzienne może być skutecznie wykorzystywane jako alternatywa leczenia szpitalnego, ale badania w przyszłości powinny równocześnie oceniać społeczny koszt tej formy leczenia, czyli obciążenie członków rodziny psychiatrycznym pacjentem, który pozostaje w domu.

W badaniach Michaoux i wsp. (1973) ocenie poddanych zostało 50 pacjentów w szpitalu dziennym i 56 w leczeniu całodobowym. Bezpośrednio po zakończeniu leczenia stwierdzono u pacjentów chorych na schizofrenię różnice na korzyść grupy leczonej całodobowo w następujących ocenach: pobudzenie, lęk, urojenia i poczucie dyskomfortu. Po 12 miesiącach nie było różnic między grupami ani w obrazie psychopatologicznym ani w ilości nawrotów.

Washburn i Vannicelli (1976) objęli badaniami 93 pacjentki leczone w trzech grupach: w trybie "całodobowym", "dziennym" oraz "całodobowym i dziennym". W badanej grupie 50% diagnozowano jako chore na schizofrenię. W okresie 18 -to miesięcznej katamnezy pacjentki leczone w trybie "dziennym" wypadli lepiej w ocenie: subiektywnego poczucia przygnębienia, funkcjonowania w społeczności i obciążenia rodziny. Po dwóch latach różnice znikaly. Badanie było szczególnie ważne, gdyż

uwzględniało postulat Herza i wsp. (1971) i oceniało stopień obciążenia rodziny.

Prezentowane badania wskazują na celowość krótkiej hospitalizacji całodobowej w okresie ostrych objawów dużej grupy pacjentów. Herz (1977) pisze w podsumowaniu swoich badań: "Jeśli hospitalizacja stacjonarna jest konieczna, to generalnie powinna być wykorzystywana tylko w okresie ostrych objawów. Po ich ustąpieniu pacjenci powinni być przeniesieni do dziennych form leczenia, które są mniej represyjne wobec autonomicznego funkcjonowania i bardziej dostosowane do podtrzymania i pobudzania jego zdrowych obszarów". Weiss (1982) dodaje, że częściowa hospitalizacja wydaje się być tak samo skuteczna jak leczenie stacjonarne tych psychotycznych pacjentów, u których nie występują zachowania agresywne i tendencje samobójcze.

## 2.2. Leczenie dzienne jako forma przejściowa i alternatywa opieki ambulatoryjnej.

Jedne z pierwszych badań Meltzoffa i Blumenthala (1966) porównujące oddział dzienny z opieką ambulatoryjną udowodniło, że źle przystosowani schizofreniczni pacjenci odnoszą większą korzyść z opieki dziennej. Przez okres 18 miesięcy katamnezy tylko 19% dziennych pacjentów było rehospitalizowanych zaś aż 76% z grupy ambulatoryjnej. Dzienni pacjenci polepszyli swoje przystosowanie społeczne, poprawił im się obraz siebie, relacja z rodziną i generalnie nastrój. W grupie ambulatoryjnej we wszystkich tych obszarach stwierdzono pogorszenie. Obie grupy nie ujawniły żadnego polepszenia w kontaktach pozarodzinnych oraz w motywacji do nowych osiągnięć.

Guy i wsp. (1969) porównując skuteczność oddziału dziennego z ambulatoryjnym leczeniem farmakologicznym stwierdził we wnioskach, że oddziały dzienne są najlepszą formą leczenia dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, a szczególnie z rysami schizoafektywnymi. Korzystne zmiany w porównaniu z grupą ambulatoryjną odnotowano w obrazie psychopatologicznym w obszarach- wrogość, podejrzliwość, wycofanie.

Sheldon (1964 -cyt. za Freedmann i Kaplan 1984) opisuje przebieg choroby po leczeniu całodobowym u 83 pacjentów w tym 51 z diagnozą schizofrenii. Pierwsza- będąca zarazem kontrolną - grupa pacjentów leczona była w kontakcie indywidualnym przez lekarza psychiatrę w ambulatorium, dwie następne w oddziale dziennym, opiekowane były kolejno przez psychiatrę i

pielęgniarkę. Pacjenci z grupy kontrolnej byli dłużej i częściej rehospitalizowani (54%) w porównaniu z pacjentami z obu grup leczonych w oddziale dziennym (22%). Nie stwierdzono żadnych różnic między grupą drugą i trzecią. Wynik tego badania jest szczególnie ważny, gdyż potwierdza kliniczne intuicje o olbrzymiej celowości przejmowania przez nielekarski personel np. pielęgniarki - indywidualnej, wieloletniej opieki nad pacjentami chorymi na schizofrenię.

W tej grupie badań najpoprawniejszą metodologicznie i najcenniejszą jest praca Linna i wsp. (1979), którzy zbadali 162 chorych na schizofrenię kierowanych po leczeniu stacjonarnym albo do opieki ambulatoryjnej (kontakt indywidualny + farmakoterapia) albo do jednego z 10 ośrodków leczenia dziennego. Większość grupy stanowili chorzy chronicznie. Ośrodki miały swobodę w kształtowaniu programu leczenia tylko musiały go szczegółowo opisać. Co pół roku przez dwa lata dokonywano oceny w trzech wymiarach: psychopatologii, funkcjonowania społecznego oraz postaw. Za główne kryterium sukcesu przyjęto czas spędzony poza szpitalem w okresie dwuletniej katamnezy. Wyniki:

a/ Po dwóch latach obie grupy nie różniły się ani ilością czasu spędzonego poza szpitalem, ani ilością ponownych przyjęć do szpitala, ani ilością nawrotów. Ilość nawrotów wynosiła odpowiednio 58% dla leczonych w oddziale dziennym i 66% dla grupy ambulatoryjnej. Autorzy zwracają uwagę, że po dwóch latach poziom nawrotów w grupie ambulatoryjnej jest zbliżony do poziomu nawrotów w grupach pacjentów zażywających placebo.

b/ Oddzielnie oceniono obie podgrupy bez nawrotu w okresie katamnezy i nie stwierdzono żadnych różnic istotnych statystycznie w żadnym z badanych wymiarów.

c/ Społeczne funkcjonowanie zostało ocenione na korzyść pacjentów leczonych w oddziałach dziennych w sposób istotny statystycznie. Wyniki dotyczyły wszystkich oddziałów dziennych niezależnie od prowadzonych przez nie programów leczenia.

d/ Nie było istotnych różnic w ocenie psychopatologii mierzonej skalą BPRS, ale są sfery w których oddziałyienne były lepsze i autorzy sugerują dalsze badania.

e/ W niektórych ośrodkach dziennego leczenia poprawiono postawy w stosunku do pracy.

f/ Nie było statystycznie istotnych różnic pomiędzy tymi dwoma formami leczenia pod względem kosztów.

Podsumowując ten kierunek badań trzeba stwierdzić, że

wszyscy dotychczas cytowani badacze są zgodni, że pacjenci chorzy na schizofrenię są największą grupą odnoszącą korzyści zarówno w oddziałach dziennych będących uzupełnieniem całodobowej hospitalizacji jak i w stałej dziennej opiece jako alternatywie indywidualnej opieki w ambulatorium.

### 2.3. Badania kosztów leczenia dziennego.

Badanie kosztów leczenia w oddziale dziennym zostanie jedynie skrótowo zasygnalizowane. Należy jednak przypuszczać, że wyniki tych badań będą coraz bardziej wpływały na rosnące znaczenie częściowej hospitalizacji dzięki pojawiającej się w Polsce możliwości przeprowadzenia rachunku ekonomicznego.

Koszty te są przeciętnie 2,5 raza mniejsze w porównaniu z leczeniem całodobowym (Guillette i wsp. 1978). Endicott, Herz i Gibbon (1978) oceniali, że koszty leczenia w lecznictwie dziennym są zredukowane do 50% kosztów w porównaniu z opieką stacjonarną.

Jeszcze precyzyjniejsze wyliczenie kosztów podaje Dick i wsp. (1985). Obliczono, że koszt leczenia dla niepsychotycznych pacjentów leczonych w oddziale stacjonarnym wyniósł 464,47 dol. a dla pacjenta leczonego w oddziale dziennym 307,32.dol. Obliczenia te nie wymagają komentarza.

### 2.4. Podsumowanie.

Dla uzupełnienia całości obrazu należy również wspomnieć o badaniach wykazujących, iż pacjenci chorzy na schizofrenię odnoszą mniejsze korzyści z leczenia w częściowej hospitalizacji w porównaniu z innymi grupami diagnostycznymi. Wyniki takie cytuje np. Davis i wsp. (1978) oceniając skuteczność 34 programów dziennych w USA. Największe korzyści ze wszystkich grup diagnostycznych odnosiły kobiety z różnymi zespołami depresyjnymi. Badania te obrazują jedynie ciężkość zaburzeń jakie kryją się za diagnozą schizofrenii.

W podsumowaniu omawianych dotychczas badań dwie refleksje bardziej ogólnej natury. Pierwsza dotyczy sposobu prezentacji wyników badań w późniejszych przeglądach literatury (np. Gunderson i Carroll 1985). Uderza pewna dowolność i selektywność informacji jakie wykorzystywane są z danego źródłowego badania np. klasyczna praca Zwerlinga i Wildera (1964) jest najczęściej dowodem dla braku korzyści z leczenia dziennego w ostrej fazie choroby dla chorych na schizofrenię



mężczyzn. W tym skrócie zapomina się dodać, że opinie te nie były oparte na różnicach istotnych statystycznie i że leczenie dzienne było szczególnie korzystną formą leczenia dla kobiet chorych na schizofrenię w każdej fazie choroby.

Druga refleksja dotyczy samych badań nad skutecznością częściowej hospitalizacji. Przekonująca jest myśl Finzena (1977, 1986) z którą się w pełni solidaryzuję, że w tych badaniach trudno o metodologiczną poprawność, zwłaszcza, gdy leczenie dzienne pomyślane jest jako część systemu terapeutycznego i nie występuje w bezpośredniej konkurencji z innymi formami psychiatrycznego leczenia. Sukces dziennego leczenia polega wówczas ostatecznie na tym, że pacjent jest odpowiednio wcześnie leczony w oddziale stacjonarnym, odpowiednio szybko przyjęty na oddział dzienny, który przygotowuje go do pracy i nauki, pomaga rozwiązać problemy z otoczeniem rodzinnym, rówieśnikami i otoczeniem zawodowym i że wreszcie po opuszczeniu oddziału dziennego ma zapewnioną różnorodną i ciągłą terapię ambulatoryjną.

## 3.

**Czynniki wpływające na skuteczność leczenia chorych na schizofrenię w oddziałach dziennych.**

Ostatnia grupa badań związana jest bezpośrednio z podjętym przeze mnie tematem badawczym. Są one fragmentem szerszego zagadnienia jakim jest poszukiwanie czynników mających rokownicze znaczenie zarówno dla tzw. naturalnego przebiegu schizofrenii jak i dla jej leczenia w wieloletnich programach opieki .

Omawiane badania zawężone są do oddziałów dziennych i próbują odpowiedzieć na pytanie jakie specyficzne cechy programu lub środowiska terapeutycznego w oddziale dziennym wpływają korzystnie na przystosowanie chorych na schizofrenię w społeczności i jakie czynniki demograficzne czy też związane z przebiegiem choroby były predyktywne dla korzystnych efektów leczenia dziennego.

Rossie (1987) uważa, że wiele programów dziennego leczenia posiada cechy krótkoterminowej psychoterapii i należałoby wykorzystać tę analogię w badaniach poszukujących predyktorów dobrego wyniku leczenia. Takim poszukiwaniem czynników mających terapeutyczne znaczenie w częściowej hospitalizacji są badania Hodga i wsp. (1988). Wyniki uzyskano w półstrukturyzowanych wywiadach z pacjentami oddziału dziennego - w 50% chorymi na schizofrenię i ich terapeutami. Szukano jakie specyficzne składowe programu terapeutycznego mają swój udział w "czynnikach" uznanych za terapeutyczne. I tak np. opisywane przez pacjentów różne elementy programu związane z codzienną rutyną, kierowaniem pacjentem, mobilizacją do aktywności i dostarczaniem celu ujęto jako jeden czynnik "struktura". W ten sposób powstało 14 czynników i badacze określili jaki procent pacjentów i terapeutów przypisuje danemu czynnikowi znaczenie w leczeniu w oddziale dziennym. Trzy pierwsze wymienione zostały w następującej kolejności: struktura - 95%, kontakt interpersonalny - 95% i leki - 85%.

Istnieje bliska analogia między opisywanymi tutaj

---

*Ten bardziej ogólny aspekt poruszam w kolejnym podrozdziale 4.4., który jest poświęcony zagadnieniu przebiegu schizofrenii i niektórym czynnikom mającym wpływ na rokowanie.*

czynnikami a wyłonionymi przez Yaloma (1975) dla psychoterapii grupowej oraz przez Gundersona (1978) i Washburna (1979) dla aktywnego środowiska terapeutycznego. Ten kierunek badań pozwala lepiej zrozumieć jak specyficzne składowe programu terapeutycznego w oddziale dziennym np. pomaganie drugiemu pacjentowi w ramach społeczności terapeutycznej - "altruizm" - pomagają pacjentowi się zmienić, np. poprawić umiejętności społeczne. Ostatecznie przedmiotem badań są bardzo złożone czynniki np. "negocjacja" lub "dostarczanie nadziei" nastęrczające trudności przy próbie ich obiektywizacji i pomiaru.

Hersen (1979) uważa, że należy badać specyficzne cechy programów lub też środowiska terapeutycznego, które poprawiają przystosowanie w środowisku chorych na schizofrenię. Powinno się poszukiwać najbardziej korzystnych form aktywności terapeutycznej lub ich kombinacji. Według Hersena badaniem powinna być objęta również sama ocena ostatecznego efektu. Szerzej o wzajemnych zależnościach między badanymi "czynnikami" a np. "efektami" leczenia piszę w rozdziale II pracy w rozważaniach o metodologii. May (1976) dokonał przeglądu badań nad skutecznością różnych form leczenia schizofrenii i w podsumowaniu stwierdził, że programy poszpitalne pomogły pacjentom pozostać w środowisku jeżeli skupiały się na rozwiązaniu problemów, na społecznym przystosowaniu, sprawach mieszkaniowych, zatrudnieniu, pomocy w utrzymaniu farmakoterapii, ale nie pomagały, kiedy były skoncentrowane na psychoterapii.

Badania Linna i wsp. (1979), które porównywały korzyści z leczenia dziennego w stosunku do podtrzymującej terapii ambulatoryjnej osób chorych na schizofrenię w 10 dziennych centrach wykazują, że w 6 ośrodkach odnotowano sukcesy w postaci zmniejszenia liczby nawrotów, poprawy społecznego funkcjonowania, redukcji objawów i zmiany postaw. Z ośrodkami mającymi słabe wyniki korelowały także zjawiska jak: duża ilość godzin pracy profesjonalistów, terapia grupowa, poradnictwo rodzinne i idea leczenia propagująca dużą ilość zmian u pacjentów. Więcej terapii zajęciowej i utrzymująca się

---

*Omówienie "czynników" mających siłę terapeutyczną wyłonionych przez Yaloma (1975), Gundersona (1978) i Washburna (1979) zawarte jest w rozdziale IV przy opisie założeń pracy oddziału dziennego.*

niełękotwórcza atmosfera oddziału to główne cechy ośrodków mających sukcesy w wynikach. Linn opisuje populację chronicznych pacjentów - mężczyzn. W badaniach Linna brak współpracy pacjentów w zażywaniu leków (noncompliance) i motywacja pacjentów przy przyjęciu nie miały znaczenia dla wyników. Predyktywne dla gorszych wyników natomiast okazały się pewne obszary z psychopatologicznej skali BPRS jak: wycofanie, zahamowanie ruchowe i lęk. Ten kierunek badań koncentrował się nad czynnikami demograficznymi lub związanymi z przebiegiem choroby i ich wpływem na efekt leczenia w oddziale dziennym.

Bender i Pilling (1985) stwierdzili, że częste absencje i rezygnacje w oddziałach dziennych związane były z niską samooceną, wcześniejszym brakiem zatrudnienia i niską zdolnością do werbalizacji - szczególnie w programach intensywnych i zorientowanych werbalnie.

Jedne z pierwszych badań w oddziale dziennym, mające na celu odpowiedzieć na pytanie czy specyficzne behavioralne podejście do leczenia jest skuteczniejsze niż eklektyczne, zorientowane na milieu, przeprowadził Austin i wsp. (1976). Pacjenci pochodzili z różnych grup diagnostycznych. Chorych na schizofrenię było 40%. W kolejnych okresach katamnestycznych nie było różnic między dwoma grupami w ocenie efektów mierzonych za pomocą Skali Osiągnięcia Celów.

W szerokim omówieniu skuteczności programów zogniskowanych na trenowaniu umiejętności u pacjenta Andermayer (1987) podkreśla brak związku między bezpośrednimi efektami w postaci poprawy konkretnych umiejętności a ostatecznymi celami leczenia takimi jak ilość rehospitalizacji czy dni spędzonych w szpitalu. Klasycznym przykładem są badania Bellacka (1986), który porównywał grupy pacjentów chorych na schizofrenię leczonych w oddziale dziennym w intensywnym programie rehabilitacyjnym oraz z dodatkowymi bardzo ustrukturowanymi zajęciami trenującymi społeczne umiejętności. W ocenie bezpośrednich efektów opisano różnice między grupami tylko w niektórych wymiarach obrazu psychopatologicznego, które utrzymywały się również w rocznej katamnezie. Nie stwierdzono natomiast różnic ani w całościowej ocenie społecznych umiejętności, ani w ilości rehospitalizacji (około 50% w obu grupach), ani w ilości dni spędzonych w szpitalu w ostatnim roku.

Davies i wsp. (1978) badający związek między wynikami leczenia i a zmiennymi demograficznymi i dotychczasowym przebiegiem choroby stwierdzili, że najlepszym prediktorem był stan pacjenta przy przyjęciu do oddziału.

Heinemann (1975) i wsp. opisują, że chorzy zamężni i żyjący w szerszym gronie rodzinnym funkcjonują lepiej po leczeniu w oddziale dziennym niż samotni i żyjący w pensjonatach. Nie znaleziono znaczącej korelacji między wynikami leczenia a zmiennymi demograficznymi.

Podsumowując ten kierunek badań trzeba zgodzić się z opinią Masona i jego współpracowników (1982), którzy dokonując szerokiego przeglądu czynników wpływających na skuteczność częściowej hospitalizacji podkreślają, że ciągle jeszcze nie znamy ani czynnika ani konstelacji czynników wpływających na skuteczność tej formy leczenia.

4.

#### Wybrane aspekty wiedzy klinicznej o schizofrenii.

Schizofrenia jest syndromem o niejednorodnym obrazie fenomenologicznym, wieloczynnikowej etiologii, różnorodnym przebiegu i zejściu (WHO 1979). Wielu psychiatrów jak Janzarik (1986), Wing (1986), Zubin (1986), Ciompi (1981) uważa, schizofrenia jako jednostka chorobowa nie istnieje, co Mc Glashan (1986) wyraża jeszcze dobitniej, że "schizofrenia jest tak heterogenna jak różne są chorujące osoby". Prawdopodobnie ten ostatni fakt sprawa, że schizofrenii towarzyszy wiele przesądów. Jednym z najbardziej krytykowanych przez Winga (1984) jest przedstawiający schizofrenię jako zwierciadło społeczeństwa, w którym może zostać odkryta prawda o nas samych i naszej przyszłości o ile tylko potrafimy "prawidłowo zinterpretować zamazane obrazy". Równie niebezpieczne wydają się poglądy np. Szasza (1961) kwestionujące w ogóle istnienie choroby psychicznej i obciążające psychiatrów odpowiedzialnością za stworzenie mitu schizofrenii. Najsilniejszym przeciwstawieniem się tym przekonaniom są rozliczne świadectwa samych pacjentów i ich krewnych o chorobie dokumentujące ogrom cierpienia i realność schizofrenicznego przeżycia. Książki takie jak "Moja schizofrenia" - zapis przeżyć chorobowych pacjentów, lub "Schizofrenia w domu" - zapis przeżyć krewnych towarzyszących chorym w ich codziennym życiu. Książki, wydane przez National Schizophrenia Fellowship (1984) są wymownym zapisem dramatu tej choroby z dwóch uzupełniających się perspektyw.

---

*National Schizophrenia Fellowship - brytyjska organizacja samopomocy krewnych chorych na schizofrenię. W Polsce pierwszy klub dla krewnych chorych na schizofrenię założyła dr Krystyna Zawadzka w 1983 roku w Krakowie a pierwsze Stowarzyszenie Krewnych zarejestrowało się w sądzie w 1990 z inspiracji zespołu oddziału dziennego krakowskiej Katedry Psychiatrii.*

#### 4.1. Okres przed wybuchem schizofrenii - perspektywa kliniczna.

Manfred Bleuler (1986) uważa, że schizofrenia jest szczególnego rodzaju rozwojem, szczególną drogą życiową człowieka. W okresie prepsychotycznym toczy on ciężką walkę o harmonizację swojego wewnętrznego świata i dopasowanie się do świata zewnętrznego. Jest to walka podobna do walki jaką toczy każdy człowiek tylko o niezwyklej intensywności. Zmagania ze sprzecznościami zewnętrznego i wewnętrznego świata osiągają w pewnym momencie wartość progową poza którą konfrontacja osobowego świata z rzeczywistością oraz konieczność integracji sprzeczności staje się zbyt bolesna i prowadzi do rezygnacji. Następuje dysharmoniczny rozwój osobowości. Manfred Bleuler uważa, że przyszły chory na schizofrenię konfrontowany był ze sprzecznościami analogicznymi do tych, które my wszyscy musimy pokonać w przebiegu naszego rozwoju.

Zadęcki (1972, 1983) opisuje dwa warianty stylu życia przyszłych chorych na schizofrenię: sztywny - związany z zawężeniem obszaru życia do działań podyktowanych dominacją wybranego celu np. nauki przy olbrzymich trudnościach w pełnieniu innych ról społecznych oraz chaotyczny, w którym dominują liczne zmiany i jakby przypadkowe mieszanie się motywów, decyzji i celów życiowych. W obu stylach życia relacje z ludźmi są nietrwałe. W związkach z innymi ludźmi ze względu na ów brak trwałości nie uzyskują oni wystarczającego poczucia bezpieczeństwa. Przeciwnie, przeżywają stopniowo narastające zagrożenie. Niemożności porozumienia z innymi towarzyszy stałe przeświadczenie o swojej obcości w środowisku społecznym. Przy zachowanych pozorach komunikacji istnieje przepaść między tym co jest przeżywane wewnątrz a tym co jest okazywane na zewnątrz. Przyszli pacjenci stosują się najczęściej do narzuconych im ról i oczekiwań.

## 4.2. O predyspozycji do schizofrenicznej psychozy - teoretyczne modele podatności na zranienie <sup>8</sup>.

*Teoria bez uwzględnienia faktów jest tylko intelektualną grą, ale fakty bez teorii są ślepe. J.S. Strauss (1989).*

### 4.2.1. Wprowadzenie.

Häfner (1987) uważa iż pomimo narastających lawinowo wyników badań w dziedzinie psychologii, fizjologii, neurobiologii, opisowej genetyki i molekularnej biologii nasza wiedza na temat etiologii schizofrenii i związanego z nią uszkodzenia od czasu Kraepelina nie pozwala nam na lepsze jej rozumienie. Dzięki zastosowaniu nowych metod (np. CT lub PET) uzyskano wiele izolowanych danych ale nie udało się stworzyć nowego, całościowego teoretycznego podejścia. Przyczyniło się to raczej do zwiększenia wrażenia chaosu niepowiązanych ze sobą wyników badań, które trudno jest zintegrować w jeden spójny model. Ciompi (1986) przypisywał trudności w uchwyceniu istoty schizofrenicznych zaburzeń m.in. brakowi hipotetycznych modeli, które ujmowałyby możliwe interakcje pomiędzy czynnikami biologiczno - somatycznymi i społecznymi, wrodzonymi i nabytymi, między intrapsychicznymi i międzyludzkimi, w tym szczególnie rodzinnymi procesami, między procesami poznawczymi (myślenie) i emocjonalnymi (uczucia), między aspektami strukturalnymi - (trait), opisywanymi jako stałe wskaźniki podatności na zranienie a aspektami dynamicznymi (state), będącymi wskaźnikami bieżącej symptomatologii, oraz w płaszczyźnie objawowej ostrym, tzw. pozytywnym syndromem i chronicznym tzw. negatywnym. Wzajemne zależności są bardzo złożone i takie powstające modele przy obecnym stanie wiedzy

---

<sup>8</sup>W trakcie pisania pracy doktorskiej podrozdział ten opublikowałem w *Psychoterapii* (1990) pod tytułem "Model podatności na zranienie w schizofrenii".

<sup>9</sup> Szerszy opis pozytywnego i negatywnego syndromu zawiera kolejny podrozdział 4.3. w rozdziale I.



należy rozumieć jako tymczasowe i hipotetyczne a szereg postulowanych zależności jako czystą spekulację. Według Ciompiego(1986) istnieje obecnie co najmniej osiem powiązanych ze sobą niezwykle interesujących modeli:

1 .Model "Stres - Diathesa": Schizofreniczne zaburzenia powstają na gruncie wrodzonej dyspozycji (Diathese) w wyniku stresu. Udział w tworzeniu modelu Ciompi przypisuje Falconerowi, Rosenthalowi, Gottesmannowi i Shieldsowi.

2. Model "Stimulus - Window": Chorzy na schizofrenię reagują patologicznie zarówno na hypo jak i hyperstymulację. Postępowanie w tej sytuacji wobec nich Wing (1984) określił jako "taniec na linie". Twórcami są Wing i Brown.

3. Hipoteza o neuronalnej plastyczności - interakcja pomiędzy niespecyficznymi wrodzonymi i nabytymi wpływami może prowadzić u chorych na schizofrenię na drodze neuronalnej plastyczności przez zmiany struktury mózgowej do specyficznej podatności na zranienie. (Haracz)

4. Koncepcja tzw. zaburzeń bazalnych: Przed, w trakcie i po ostrym epizodzie znajduje się u wielu chorych na schizofrenię ukryte zaburzenia myślenia, uczuciowości i cielesne. Manifestacja schizofrenicznych objawów powstaje w oparciu o te podstawowe - bazalne zaburzenia. Twórcami są Huber i Sullwold.

5. Interakcyjny model rozwojowy: Schizofreniczne i inne zaburzenia rozwijają się w wyniku ciągłych, złożonych, wzajemnych oddziaływań korzystnych i niekorzystnych wpływów środowiskowych. Za twórców uważa się Straussa i Carpentera.

6. Hipoteza oparta o zaburzenia procesu przetwarzania informacji: Chorzy na schizofrenię cierpią przede wszystkim na zaburzenia w procesie przetwarzania informacji z powodu jego przeciążenia. - m.in. Venables, Chapman, Nuchterlein i Dawson.

7. Integracyjny psycho - biologiczny model schizofrenii Ciompiego.

8. Hipoteza podatności na zranienie: Centralnym zaburzeniem w schizofrenii jest po części nabyta a po części wrodzona podatność na zranienie - ranliwość (Vulnerability, Vulnerabilität, Verletzbarkeit) a do wybuchu schizofrenii dochodzi pod wpływem stresu. Twórcą tej hipotezy jest amerykański psycholog z Pittsburga Joseph Zubin.

Ciompi przypisuje wkładowi Zubina centralną rolę w rozwoju własnej koncepcji. Neuchterlein i Dawson (1987) oraz Liberman i wsp. (1982,1984,1986) czyli grupa badaczy z UCLA w Kalifornii zostali zainspirowani przez model Zubina i nie ulega wątpliwości, że w ich modelu podatność na zranienie - stres doszło do dalszego rozwoju jego koncepcji. Na hipotezach Zubina oparli się również Strauss i Carpenter (za Shepherd 1987) w

swoim interakcyjnym modelu. Jak słusznie zauważa Olbrich (1987) w codziennej praktyce psychiatrzy posługują się pojęciem podatności na zranienie bez znajomości i odniesienia do Zubinowskiego modelu. Wraz z coraz częstszym używaniem tego pojęcia rośnie jego definicyjna nieostrość i zróżnicowanie w jego interpretacji.

Model podatności na zranienie i zewnętrznego stresu jest modelem klinicznym, w którym schizofrenia rozumiana jest jako zaburzenie związane z istnieniem uszkodzenia, deficytu, podatności na wystąpienie choroby. Jest rozumiana jako zło któremu należy zapobiegać, jako zaburzenie przynoszące cierpienie, które należy leczyć i rehabilitować. Wielu badaczy np. McGlashan (1986) lub Andermayer (1987) twierdzi, że model ten stał się powszechnie teoretyczną podstawą dla większości programów leczenia i rehabilitacji schizofrenii. Wspólnym celem tych programów jest pomoc udzielana pacjentowi i rodzinie w celu lepszego "kierowania" chorobą<sup>10</sup>.

#### 4.2.2. Model podatności na zranienie Josepha Zubina.

Model podatności na zranienie został pomyślany przez Zubina (1986, 1987) jako model "wyższego rzędu", porządkujący dla innych modeli. Pierwsze opublikowanie modelu nastąpiło w 1977 roku wspólnie ze Springiem a kolejne już bardziej spójne w 1981 roku ze Steinhauerem. U podstaw modelu leżało przekonanie jego twórcy, że długoterminowa prognoza potwierdzona przez katamnestyczne badania Bleulera i Hubera (1976) oraz Ciompięgo (1976) wbrew ogólnie panującemu pesymizmowi jest optymistyczna. W przeciwieństwie do modelu biologicznego, kraepelinowskiego-model podatności na zranienie widzi pacjenta jako zasadniczo zdrowego. Schizofrenia jest epizodyczną chorobą jak epilepsja, alergia czy też depresja. W przeciwieństwie do modelu biologicznego, ale również modelu środowiskowego Winga (1986) model podatności na zranienie postuluje nie stałą chorobę tylko stałą podatność na zranienie. Ranliwość istnieje tylko jako potencjalne ryzyko i manifestuje się jedynie wówczas jeżeli stres i obciążenia działają na pacjenta w wystarczającej sile. Model jest próbą konfrontacji z dwoma obszarami tematycznymi

---

<sup>10</sup> Przez pojęcie "kierowanie schizofrenią" (management, Bewältigung) Wing (1986) rozumie całościową pomoc udzielaną pacjentowi, jego rodzinie i gminie w której żyje pacjent celem lepszego pokierowania chorobą.

tj. etiologią i przebiegiem choroby i konstytuuje się wokół trzech pojęć: podatności na zranienie, stresów i zmiennych pośredniczących (moderator variablen).

Treściowe określenie podatności na zranienie przez Zubina brzmi: "obniżenie progu reagowania przez osobę na społeczne bodźce". Przez to obniżenie progu reagowania bodźce społeczne nawet na niskim poziomie stymulacji stają się stresorami i prowadzą do psychozy. Dla opisu zaburzeń leżących u podstaw podatności na zranienie Zubin wprowadza pojęcia: deficytu przeciwregulacji, zakłócenia równowagi, kryzysu, oraz stresu, ale nie podaje dla tych pojęć w swoim projekcie żadnych operacyjnych definicji. Sama ranliwość nie jest empirycznie uchwytaną wielkością a raczej konstruktem logicznym. Zubin (1987), w jednej z ostatnich wypowiedzi, jak się wydaje, przyjmuje zasymilowaną do modelu przez Nuechterleina i Dawsona hipotezę o leżących u podłoża zaburzeniach procesu przetwarzania informacji.

Jeśli chodzi o drugie pojęcie - stresu - w pierwszym rzędzie jako stresory włączał tzw. ważne wydarzenia życiowe (live events), których właściwości charakteryzowane są jako "nieoczekiwane", "nieżyczone", "niemożliwe do przewidzenia", "niekontrolowane". Tutaj włączył Zubin również endogenne stymulacje w sensie biochemicznych przemian. Badania nad rolą stresorów czy też jak je nazywa Katschnig (1987) "wyzwalaczy" (triggers) doczekały się również uzupełnień w modelu. Określenie wyzwalacze miało jeszcze wyraźniej uświadamiać ich niezbędną i wyzwalającą epizod psychotyczny rolę w modelu.

Trzecią wielkością, którą wprowadza model Zubina jest pojęcie zmiennych moderujących odbierających część ostrości społecznemu stresowi, zanim osiągnie on osobę podatną na zranienie. Zubin (1989) wymienia trzy zmienne:

- a) przedchorobową osobowość - przedchorobowy poziom funkcjonowania obejmował obszar kompetencji i mechanizmów radzenia sobie.
- b) sieć społeczną.
- c) ekologiczną niszę, w której dana osoba żyje.

Jeżeli kształtują się one korzystnie będą chronić przed rozwojem epizodu schizofrenicznego nawet osobę bardzo podatną na zranienie, która znajdzie się w stresowej sytuacji. O ile są niekorzystne mogą przyczynić się do wyzwolenia epizodu. Epizody psychotyczne przemijają i pacjent całkowicie lub częściowo wraca do swojego stanu przedchorobowego. Niekorzystny stan przedchorobowy może być odpowiedzialny za brak poprawy nawet po przeminięciu epizodu psychotycznego i taki stan jest wg. Zubina często mylony z chronicznym przebiegiem samej choroby.

Inne modele podatności na zranienie posługują się również pojęciem podatności na zranienie, zmiennych pośredniczących i środowiskowego stresu.

Wkład Zubina nie ograniczał się do modelu, zajął się również genezą podatności na zranienie. W centrum uwagi postawił pozagenetyczne czynniki prowadzące do schizofrenii na co zwraca uwagę podtytuł pracy z 1981 roku "Spojrzenie poza genetykę". Zaproponował bardzo heterogenną listę tzw. wskaźników podatności na zranienie (vulnerability markers), biorąc pod uwagę wszystkie istniejące etiologiczne modele schizofrenii (genetyczny, ekologiczny, rozwojowy, biochemiczny, wywodzący się z teorii uczenia się, neurofizjologiczny i neuroanatomiczny). Zestawienie tych potencjalnych wskaźników przez Zubina oddaje całą mieszankę, niekiedy spekulację na temat usiłowań badawczych nad genezą schizofrenii: więzi krwi, antygen HLA, migracja, socjalny margines, socjoekonomiczny status, społeczna izolacja, emocjonalny klimat w rodzinie, zaburzona sieć społeczna, pora roku urodzenia, okółoporodowe uszkodzenia mózgu (związane z niedotlenieniem), zaburzenia ruchu gałek ocznych u krewnych i pacjentów, brak głębszych, osobistych związków w młodości, ciężkie zaburzenia komunikacji w rodzinie, niezdolność do uczenia się z doświadczeń, nieadekwatne wzmocnienia, monoaminoooksydaza, dopamin - beta - hydroksylaza, O - metylotransferaza w erytrocytach, fosfataza kreatyninowa w surowicy, monoaminoooksydaza w trombocytach, reakcja źrenic, spowolniały ruch wodzenia, wydłużony wskaźnik czasu reakcji, rozszerzone komory mózgowe, anomalie mięśniowe i zaburzenia mózgowe transportu krwi. Według Zubina wskaźniki te powinny stać się instrumentem, służącym do identyfikowania osoby ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na psychozę. Dzieli je na wskaźniki podatności na zranienie (vulnerability markers), które występują w okresie prepsychotycznym, w czasie psychotycznego epizodu i w remisji, oraz wskaźniki epizodu (episode markers), występujące tylko w okresie stanu psychotycznego. Kolejną próbą porządkowania jest podział zaproponowany przez Neuchterleina (1986) na wskaźniki stale- niezależne od psychotycznego epizodu, pośredniczące wskaźniki podatności- również występujące stale, ale zależne od psychotycznego stanu i epizodyczne- występujące jedynie w czasie ostrej psychozy. Katschnig (1987) w krytycznej analizie koncepcji Zubina podkreśla, że minimum wymagań, które muszą spełniać badania nad czynnikiem podatności na zranienie wiąże się z pomiarem tego czynnika przed wybuchem schizofrenii - inaczej mogą być one wskaźnikiem epizodu, konsekwencją choroby lub leczenia. Zubin wprowadził jeszcze drugą typologię

wskazników na "rodzinne", o ile występują u klinicznie zdrowych krewnych, i "nie - rodzinne". Wskazniki "nie - rodzinne" przemawiałyby za tym, że podatność na zranienie jest w olbrzymim stopniu zaburzeniem nabytym. Zestawieniu Zubina zarzuca się (m. in. Olbrich 1987), że miesza on wskaźniki charakteryzujące podatność na zranienie i zmienne moderujące umieszczając np. sieć społeczną w obu miejscach modelu. M. Bleuler (1986) zauważa, że żaden z opisywanych wskaźników podatności na zranienie nie jest specyficzny dla schizofrenii i, że są chorzy, u których nie są one znajdowane. Dotychczasowe badania prospektywne identyfikują jedynie nieliczne z wymienionych wskaźników a listę zaproponowaną przez Zubina należy widzieć jako projekt przejściowy.

#### 4.2.3. Spojrzenie poza genetykę.

Wielu autorów używając terminu "podatność na zranienie" rozumie go wyłącznie jako genetycznie uwarunkowane zaburzenie. Jak już wspomniano Zubin preferuje bardzo szerokie uwarunkowanie dla ranliwości a pewne potwierdzenie dla swojego stanowiska znajduje właśnie w badaniach nad udziałem czynnika genetycznego w etiologii schizofrenii. Jak twierdzi Rosenthal (1971 - cyt. za Tienari i wsp. 1975) badania te potwierdziły jego znaczenie i dostarczyły znakomitych dowodów na udział czynników rodzinnych i społecznych. Przegląd tych badań dokonany przez Kringlana (1987) pozwala na weryfikację wcześniejszych klasycznych badań nad bliźniętami Kallmanna (1946 - cyt. za Kępiński 1972). Kringlan na podstawie oceny czterech poprawnych metodologicznie badań (angielskich - Gottesmana i Shieldsa - 1966, norweskich - Kringlana 1967, duńskich - Fischera 1973 i fińskich Tienariego 1975) przyjmuje średnią zgodność w zachorowaniu na schizofrenię około 30% dla bliźniąt jednojajowych i około 10% dla bliźniąt dwuzygotycznych. Ten duży obszar wpływów środowiskowych wyjaśniają fińskie badania Tienariego i wsp. (1985, 1989, 1990) - losów dzieci z grupy ryzyka <sup>11</sup> w rodzinach adopcyjnych. Badania te zaplanowane prospektywnie oceniały zarówno adoptowane potomstwo z grupy ryzyka i kontrolną grupę dzieci adoptowanych od zdrowych matek jak również rodziny adoptujące dziecko. Niezależni badacze (1990) ocenili poziom zaburzeń w

---

<sup>11</sup>Przez grupę ryzyka w badaniach genetycznych rozumie się najczęściej grupę dzieci matek chorych na schizofrenię.

rodzinach dzieląc je na 44 "poważnie zaburzone" rodziny, 36 "neurotycznych" i 60 "zdrowych". W grupie badanej oceniano 140 a w grupie kontrolnej 175 adoptowanych przed laty dzieci. W grupie ryzyka wychowywanej w rodzinach "zdrowych" stwierdzono wystąpienie psychozy schizofrenicznej w 1,7% zaś w grupie "zaburzonej" 18,2%. Przy włączeniu głębokich zaburzeń osobowości i stanów z pogranicza<sup>12</sup> - czyli spektrum schizofrenii, odpowiednie procenty rosną do 6,1% i 65,1%. W grupie kontrolnej w "zdrowych" rodzinach nie stwierdzono żadnego przypadku zachorowania na schizofrenię, zaś w grupie rodzin "zaburzonych" procent zachorowań rośnie do 4,7% a w spektrum schizofrenii do 34,9%. Badania fińskie potwierdzają, że działalność prewencyjna kształtująca stosunki środowiskowe powinna przede wszystkim dotyczyć związków wewnątrzrodzinnych. Do ciężkich zaburzeń dochodziło wówczas, jeżeli dzieci z grupy ryzyka zostały zaadoptowane przez rodziny "głęboko zaburzone" charakteryzujące się brakiem jasnych granic między osobami, wysokim poziomem lęku i brakiem podstawowego zaufania we wzajemnych związkach.

W prospektywnym projekcie w Kalifornijskim Uniwersytecie w Los Angeles ( Doane 1981, Goldstein 1985) oceniano 64 adolescentów z grupy ryzyka (tym razem grupa została dobrana wg. innego kryterium.) Konstelacja czynników, która doprowadziła do rozwoju "spektrum schizofrenii" w tej grupie, a więc szczególnie niekorzystna obejmowała: wcześniejszą psychiatryczną historię rodziny, wysoki wskaźnik ekspresji emocji<sup>13</sup> (UU), wysoki poziom zaburzeń komunikacji w rodzinie i wysoki poziom "negatywnego stylu uczuciowego" czyli krytycznego werbalnego zachowania powodującego poczucie winy u dziecka. Dopiero te prospektywne badania pozwalają na weryfikację poprzednich np. Wendera (1968 - wg Hirscha i Leffa 1975) gdzie zaburzenia adoptujących rodzin interpretowano wpływem przyszłych chorych. Dopiero dzisiaj wiemy, że są to rodziny od

---

<sup>12</sup>Stany z pogranicza, głębokie zaburzenia osobowości typu osobowości schizotypicznej oraz psychoza schizofreniczna określane są w literaturze (Mirsky i Duncan 1986) mianem spektrum schizofrenii.

<sup>13</sup>Wskaźnik ekspresji emocji pozwala ocenić i zmierzyć uczucia ujawniane przez bliskich krewnych w stosunku do pacjenta. W literaturze przypisuje się mu istotną rolę w prognozowaniu przebiegu schizofrenii. (Barbaro, Cechnicki, Rostworowska 1986).

początku zaburzone. Ostatnie opisane badanie spełnia postulat Katschniga (1987) w poszukiwaniu wskaźników kształtujących przedchorobową "podatność na zranienie w schizofrenii".

#### 4.2.4. Kierunek rozwoju modelu podatności na zranienie w Los Angeles.

Libermann i wsp. (1982, 1984, 1986) posługują się hipotetycznym modelem Neuchterleina i Dawsona, w którym przyjmuje się, że osoby zagrożone schizofrenią mają prawdopodobnie wrodzoną albo nabytą przez pre lub postnatalne urazy specyficzną psychobiologiczną "podatność na zranienie". Stan ten wg Neuchterleina i Dawsona charakteryzuje się:

- a) ograniczoną możliwością przepracowywania otrzymywanych informacji w wyniku m. in. łatwości odwracania uwagi i braku zdolności do selekcji bodźców
- b) tendencją do autonomicznego i nadmiernego wzbudzenia CSN
- c) osłabioną społeczną kompetencją i brakiem umiejętności radzenia sobie w złożonych obciążających sytuacjach społecznych.

Ta indywidualna charakterystyka pozostaje we wzajemnej relacji z czynnikami społecznymi opisanymi przez Zubina jako zmienne moderujące. Złożona interakcja między niespecyficznymi psychospołecznymi stresorami i czynnikami ochronnymi a specyficzną psychobiologiczną podatnością na zranienie determinuje wybuch i różnorodność przebiegu i ostatecznego obrazu schizofrenii. Libermann i wsp. uważają, że w związku z brakiem umiejętności radzenia sobie w sytuacji stresu zmiana w biologicznych lub też środowiskowych warunkach może prowadzić do autonomicznego nadmiernego wzbudzenia CSN, które z kolei zwiększa siłę społecznego lub biologicznego stresu i pogłębia istniejące deficyty poznawcze. Ten interakcyjny proces prowadzi do wybuchu objawów schizofrenicznych. Omawiani autorzy podkreślają, że model związku między stanem przeładowania informacyjnego a symptomatologią jest spekulatywny. Przyjmują, że różnicowanie w przebiegu i sile bodźców wywołujących stres oraz stopień i typ indywidualnej podatności na zranienie mogą wpływać na rozwój zaburzeń. Zakładają, że możliwości społecznego uczenia się, podtrzymujące społeczne środowisko (sieć społeczna), jak również społeczne umiejętności wyrażające się radzeniem sobie w sytuacjach interpersonalnych mogą łagodzić wpływ czynników obciążających. Tak więc podatna na zranienie osoba nie jest bezradna wobec zachodzących wydarzeń, ale jest zdolna do korzystania z podtrzymujących związków środowiskowych i wykorzystywania swych społecznych kompetencji

do modulowania i eliminowania stresu.

#### 4.2.5. Kierunek rozwoju modelu podatności na zranienie w Bernie.

Ciampi (1982, 1986, 1989) w swoim zintegrowanym psychobiologicznym modelu schizofrenii stwierdza, że biologiczno - genetyczna dyspozycja nie jest czymś "chorobliwym". Jest to szeroko pojęty wariant normalności, który w innych warunkach mógłby się rozwinąć np. w uzdolnienie. W tym sensie pisze Ciampi o "szczególnej podatności na zranienie" w schizofrenii. Ta specyficzna podatność na zranienie kształtuje się w okresie przedchorobowym i można ją najlepiej klinicznie opisać jako szczególną otwartość, niezwykłą wrażliwość, wzmożoną receptywność, przepuszczalność, "cienką skórę". Jeżeli taka osoba trafia w otoczenie, które nie dostrzega jej potrzeb, ale zaburza w chaotyczny sposób kształtowanie relacji (związków), wówczas przed wybuchem choroby spotykamy człowieka, który ma szczególnie labilne granice - JA, szczególnie niejasny obraz samego siebie i otoczenia, brak stabilnie wykształconego poczucia tożsamości i reaguje zgodnie ze swoją naturą szczególnie wrażliwie zarówno na zewnętrzne jak i wewnętrzne wpływy i nie może ich uporządkować.

Manfred Bleuler (1986) określa to jako niezdolność dopasowania "wewnętrznych potrzeb" do rzeczywistości. Za stworzenie tej "specyficznej podatności na zranienie" Ciampi czyni odpowiedzialne obok biologiczno - genetycznej dyspozycji niejasne, chaotyczne, rozszczerzone stosunki w rodzinie. Relacje w rodzinie nie są jednokierunkowe. Ciampi widzi je raczej jako cyrkularne, wzajemne, zapętłone zależności. Uważa, że zgromadzono bardzo wiele informacji zarówno o czynnikach biologiczno - genetycznych jak i rodzinno - społecznych kształtujących ową "specyficzną podatność na zranienie schizofrenią", aby ogłosić koniec "ery endogenii" w myśleniu o schizofrenii i dokonać nowej klasyfikacji uwzględniając nową wiedzę na temat jej etiopatogenezy i przebiegu. Dotychczasowa klasyfikacja opierała się jedynie na obrazie syndromologicznym.

#### 4.2.6. Podsumowanie.

1. Aktualnie istnieje szereg modeli podatności na zranienie - stres dla których punktem wyjścia był model Zubina. Prawdopodobnie stałe zaburzenia w procesie przetwarzania



informacji, uwagi, i w autonomicznym systemie nerwowym konstytuują specyficzną wrażliwość na niespecyficzne bodźce środowiska powodując przeciążenie informacyjne i wyzwolenie psychozy. W przeciwieństwie do Zubina i Springa (1977) większość badaczy (Katschnig 1987, Boker i Brenner 1986) uważa, że ranliwość może się zmieniać wraz z wiekiem ze względu na powolne zmiany osobowości i "wypalanie" się biologicznej podatności na zranienie w systemie dopaminergicznym w CSN.

2. Katschnig (1987) opisuje trudności w zdefiniowaniu i pomiarze bodźca, który może wyzwać schizofreniczny epizod. Z jednej strony wiąże się to niewątpliwie z trudnościami oceny początku zachorowania (badania Tsuga wg. Katschniga 1987). Powstaje trudność przy ocenie czy ważne wydarzenia życiowe wystąpiły przed początkiem zachorowania a więc miały wpływ na wybuch psychozy czy też już są konsekwencją choroby. Istnieje też konieczność jasnego oddzielenia między ostro działającymi stresorami (np. krytycznymi wydarzeniami życiowymi) i chronicznie działającymi stresorami w sensie powtarzających się codziennych obciążeń np. EE.

3. Katschnig (1987) wskazuje na zależność między stresowymi wydarzeniami życiowymi, siecią społeczną i przedchorobową osobowością - co oznacza, że wiele wydarzeń życiowych nie jest "niezależnych" Np. jeżeli ilość i typ wydarzeń życiowych mogą być zależne od rozmiaru sieci społecznej a ta zależy od osobowości pacjenta, zaś z kolei cechy osobowości są rozważane jako predyspozycja do rozwoju schizofrenii to powoduje to trudności w oddzieleniu czynników predysponujących od wyzwalających chorobę.

4. Boker i Brenner (1986) zwracają uwagę na fakt iż punkt ciężkości w dotychczasowych badaniach nad podatnością na zranienie leżał w poszukiwaniu pojedynczych wskaźników i korelacji. Badania te nie wносиły istotnych zmian, gdyż natrafiały na granicę wyznaczaną przez newtonowski naukowy paradygmat o linearnej przyczynowości. Ponieważ jednak ranliwość jest rezultatem złożonej interakcji między rozlicznymi czynnikami, nie może sama zostać ujęta jednowymiarowo. W dalszych badaniach duże znaczenie będzie miała strategia równoczesnej oceny możliwie wielu czynników. W tym systemowym podejściu otwarte pozostaną pytania o związki między poszczególnymi wskaźnikami, o związki między różnymi konstelacjami wskaźników a symptomatologiczną manifestacją, czy też udział wskaźników środowiskowych itp

5. Innym jak się wydaje ważnym aspektem modelu "podatność na zranienie - stres" jest fakt, że uwaga przesunęła się od opisywania struktur psychopatologicznych do śledzenia ich

rozwoju tzn. związku między zaburzeniami psychologicznych i psychobiologicznych procesów a specyficznymi objawami schizofrenii. Wydaje się, że związki jakie istnieją między zaburzeniem procesu przetwarzania informacji - rozważanym jako centralne zaburzenie w modelu - a zachowaniem lub przeżywaniem mają bardzo złożoną naturę i wydaje się nieprawdopodobne, aby mogły być wyjaśnione w obrębie czysto poznawczego modelu - wyłącznie w ramach modelu przetwarzania informacji.

6. Modele podatności na zranienie stały się teoretyczną podstawą dla wielu praktycznie zorientowanych programów leczenia chorych na schizofrenię a odwołanie się do tego modelu np. w krakowskim modelu leczenia schizofrenii (Cechnicki i wsp. 1986) związane było między innymi z uznaniem jego wartości w tworzeniu pragmatycznego programu terapii.

#### 4.3. Wybuch choroby i spotkanie z pacjentem.

Bleuler (1986) obserwując w codziennym kontakcie z pacjentem "symptomy" choroby wydobywa to co w nich wspólne i istotne. Wraca do ujęcia z początku wieku uważając, że najważniejszy w obrazie chorobowym jest rozpad związków w życiu psychicznym - rozkojarzenie i rozszczepienie w myśleniu, w przeżywaniu, w woli, w zachowaniu i działaniu chorego. Nieuporządkowane, rozszczepione psychodynamiczne życie - pisze Bleuler - warunkuje rozwój autyzmu. Dochodzi do zajęcia się samym sobą w dystansie do innych ludzi a wycofanie w obszar własnego wewnętrznego przeżywania nasila wewnętrzne rozszczepienie. Wing (1974) -powołując się na międzynarodowe badanie przeprowadzone przez WHO w 9 krajach - grupuje objawy opisywane przez pacjentów w dwa syndromy: ostry i chroniczny schizofreniczny syndrom. Ostry schizofreniczny syndrom zawiera objawy opisywane przez 2/3 badanych zwany jest też syndromem pozytywnym albo centralnym. Modestin (1987) sądzi, że grupuje on głównie pierwszorzędowe objawy Kurta Schneidera takie jak: ugięcie myśli, odciąganie i przesyłanie myśli, rozprzestrzenianie myśli, głosy dialogujące lub komentujące własne działania lub spostrzeżenia, spostrzeżenia urojeniowe, cielesne przeżycie wpływu, poczucie pasywności i zarazem wpływu na uczucia, dążenia i wolę. Z kolei u 1/4 badanych ujawnił się chroniczny syndrom, zwany też negatywnym, w którym dominuje stłumienie, spowolnienie myślenia i poruszania się, beczynność i zubożenie napędu, zubożenie mowy i wycofanie się. Te zjawiska występują wspólnie i upośledzają wszystkie obszary życia chorego. Wing (1984) do tego syndromu włącza jeszcze:

niemożność doprowadzenia myśli do końca, zbaczanie z tematu przez wpływ przypadkowych bodźców lub skojarzeń, otamowanie, rozmowy ze sobą i nieumotywowany śmiech do własnych skojarzeń. Berner i wsp. (1983) opisali 15 różnych diagnostycznych klasyfikacji i poddali je krytycznej ocenie. Berner dowodzi, że kryteria rozwinięte przez amerykańskich badaczy prowadzą często do tzw. "szerokiej" diagnozy schizofrenii w porównaniu z "wąską" europejską diagnozą. W tej sytuacji Katschnig (1984) proponuje w badaniach korzystanie z kilku diagnostycznych klasyfikacji równocześnie.

Dla Bleulera (1986) jest oczywiste, że od "książkowej diagnostyki" ważniejsza jest próba zrozumienia wewnętrznego życia chorego i współodczuwanie z jego światem uczuć. Badanie, wczucie się i przeżycie - pisze Bleuler - są ze sobą nierozdzielnie splecione. Dopiero takie doświadczenie pozwala na wyciągnięcie dwóch decydujących dla terapii wniosków. Po pierwsze, że "chore symptomy" posiadają związek z wewnętrznym życiem chorego i że za szleniństwem chorego, za tym co odbieramy jako niezrozumiałe, schowany jest człowiek, który posiada wewnętrzne życie takie samo jak nasze. Rozpoznanie tego typu związków płynie ze wspólnoty terapeutycznej z chorym i żąda tego typu wspólnoty.

Podobnie dla Kępińskiego (1972) diagnoza i terapia dokonuje się przez umiejętność wczucia się, emocjonalnej empatii a więc we wspólnocie z pacjentem. W wyniku tego wstępnego i koniecznego warunku dochodzi do rozumienia świata schizofrenicznego przez unaocznienie jego sensu. Tak przedstawił to Zadęcki (1983) w swoim krytycznym szkicu o Kępińskim.

#### **4.4. O przebiegu schizofrenii i niektórych czynnikach mających wpływ na rokowanie.**

Oceny przebiegu schizofrenii w polskim piśmiennictwie dokonała ostatnio Rzewuska (1988) podkreślając, że możliwości porównywania badań są w znacznym stopniu ograniczone ze względu na stosowanie przez autorów odmiennych kryteriów doboru badanych, z powodu różnic w ujęciu diagnostycznym i różnych kryteriów ocen ostatecznych efektów.<sup>14</sup> Wyniki trzech wielkich europejskich badań katamnestycznych Bleulera (1972), Ciompięgo

---

<sup>14</sup> Szczegółowo omawiam konsekwencje tych rozbieżności dla badań w rozdziale II poświęconym metodologii.

i Müllera (1976) i Hubera i wsp. (1973) wskazują na 20 - 30% wyleczeń oraz na fakt, że dwie trzecie pacjentów potrzebuje pomocy przez całe swoje życie ze względu na różnorodny, ale nawracający przebieg choroby. Przebieg ten jak wynika z cytowanych katamnez jest w następnych 30% korzystny a szczególnie ciężki, katastroficzny przebieg Bleuler odnotował w 1%, Huber w 4%, a Ciompi w 8%.

W oparciu o długi -przeciętnie 36,9 lat -czas katamnezy, Ciompi (1989) formułuje wniosek, że w praktyce długoletni przebieg choroby nie jest możliwy do przewidzenia a wszystkie powszechnie uznane prediktory dla raczej korzystnego lub raczej niekorzystnego przebiegu choroby takie jak np. dobre lub złe przedchorobowe przystosowanie społeczne, ostry lub powolny początek choroby, przeważający w przebiegu syndrom pozytywny lub negatywny, epizodyczny lub też ciągły typ przebiegu choroby mają jedynie wartość statystyczną i zawodzą wobec konkretnej osoby.

W polskim piśmiennictwie przeglądu czynników o rokowniczym znaczeniu w schizofrenii dokonuje m.in. Kalinowski (1981) i Słupczyńska (1975c). Słupczyńska (1975c) w przeglądzie jak również Goldberg i wsp. (1977) w wyniku przeprowadzonych badań podkreślają, że istnieją prediktory generalne i prediktory, które przepowiadają tylko jeden z badanych obszarów. Tak więc np. kontakty społeczne przed chorobą są rokownicze dla różnych obszarów przyszłego przystosowania zaś przedchorobowe funkcjonowanie zawodowe przepowiada jedynie przyszłe funkcjonowanie zawodowe.

McGlashan w ponad 20 letniej katamnezie 163 chorych na schizofrenię diagnozowanych wg kryteriów DSM III udowodnił, że typ i siła wpływu predyktorów na przebieg schizofrenii zależy od czasu trwania katamnezy. W pierwszych dziesięciu latach istotne było przedchorobowe funkcjonowanie w drugiej dekadzie korzystne relacje w rodzinie a w trzeciej istotnym okazał się czynnik genetyczny.

Schubart i wsp. (1987) zwraca uwagę, że związek między prediktorem i "zejściem" musi być oparty o analizę wzajemnych zależności między zmiennymi. Np. gorsza perspektywa dla mężczyzn chorujących na schizofrenię skorelowana jest z wiekiem i dotyczy tylko młodych mężczyzn. Znajduje to kolejne uzupełnienie w badaniach Leffa (1972), który stwierdził, że lepszy przebieg choroby u kobiet związany był z bardziej sumiennym zażywaniem neuroleptyków. Kiedy badano grupy przyjmujące neuroleptyki w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu opisywane różnice zanikły.

Według Ciompiego (1990) po wybuchu psychozy czynniki

psychospołeczne w decydującym stopniu wpływają na jej dalszy przebieg. Mówiąc o przebiegu Ciompi ma na myśli nie tylko obraz psychopatologiczny, ale też sytuację mieszkaniową, zawodową, umiejętności życia w społeczeństwie i jego jakość. Różne kryteria efektu leczenia istotne dla badań nad predyktorami przebiegu dyskutowane są w rozdziale II o metodologii. Tutaj chcę jedynie zwrócić uwagę na "czynnik społeczny Winga". Badania Winga i Browna (1970) i Winga (1986) udowodniły decydujący wpływ psychospołecznych czynników na długotrwały przebieg schizofrenii. Sztwyne, stereotypowe, ubogie w stymulacje i chłodne emocjonalnie środowisko prowadzi do spowolnienia, spadku aktywności, zblednięcia życia uczuciowego, wycofania i utraty nadziei czyli do zespołu "społecznego załamania". Z kolei środowisko w którym dominuje lęk, napięcie, różnorodność trudnych do przewidzenia bodźców, anonimowość, dużo zmian, brak zaufania, nietolerancja prowadzi do ponownego wzbudzenia ostrych objawów choroby. Równocześnie badania Browna i wsp. (1972) oraz Vaughn i Leffa (1976) wskazują, że największe ryzyko nawrotu objawów dotyczyło grupy pacjentów, którzy pozostawali w bezpośrednim kontakcie z nadmiernie krytycznymi lub też nadmiernie uwikłanymi emocjonalnie krewnymi.

Podsumowując tę część refleksji należy za Müllerem i wsp. (1988) powiedzieć, że do czasu przeprowadzenia rzetelnych badań prospektywnych należy ostrożnie interpretować uzyskiwane zależności. Dla lepszego zrozumienia jaka konstelacja predyktorów ma istotny wpływ na przebieg schizofrenii, nawroty choroby czy też przebieg leczenia należy uwzględnić bardziej złożone, cyrkularne, interakcyjne procesy między wieloma zmiennymi.

## 5.

## Wybrane aspekty leczenia schizofrenii.

## 5.1.

## Ogólne zasady związane z leczeniem schizofrenii.

Formułując ogólne zasady leczenia schizofrenii wielu autorów np. Wing (1986), Ciompi (1986), Zubin (1986), Hirsch i wsp. (1986), Hogarthy i Anderson (1986), Finzen (1986), McGlashan (1986) podkreśla, że ze względu na jej heterogenność - etiopatogenezy, przebiegu i zejścia - nie ma pojedynczej lub preferowanej formy leczenia tylko podejście kompleksowe. W tym kompleksowym programie leczenia trzy ogólne zasady wymagają zasygnalizowania: rola związku z terapeutą indywidualnym, znaczenie farmakoterapii i zależność sposobów leczenia od fazy choroby.

## 5.1.1. Centralna rola związku z terapeutą w leczeniu

Bleuler (1986) uważa, że stały związek z drugą osobą, który nie jest przeciążony nadmiernymi emocjami, ani nie jest zimno i logicznie planowany, włączenie chorego w akceptowaną przez niego aktywną wspólnotę, ciągła aktywizacja zdrowych sił w chorym człowieku i mobilizacja ukrytych możliwości rozwojowych przez kryzysowe przemiany jest oddziaływaniem zwróconym ku istocie choroby, gdyż wpływa na "harmonizację wewnętrznego rozszczepienia". Skuteczne są te sposoby oddziaływania - twierdzi Bleuler - które działają i w samym procesie dojrzewania. Rodzaj optymalnej relacji między rodzicami i dziećmi w okresie ich dojrzewania Rosenmayer i Kockeis nazywają "intymnością na dystans" a Townsend "wspieraną niezależnością" (wg Katschnig 1984). W terapii chorych na schizofrenię Zadecki (1982) opisuje tę relację jako "bliski dystans", uważając, że jest to najważniejsze i najtrudniejsze zadanie dla terapeuty i zespołu terapeutycznego jako całości. Wing (1984) podkreśla, że stymulacja wobec pacjenta powinna wychodzić od człowieka budzącego zaufanie, o niezbyt dużym emocjonalnym zaangażowaniu i uwzględniać decyzję własną chorego. Później - przez pewną analogię - terapeutci pracujący w modelu psychoedukacyjnym będą mówić o nienarzucającej się, niekontrolującej a wykazującej zainteresowanie obecności rodzica charakteryzującego się niskim wskaźnikiem UU (Ch. Vaughn i J.P. Leff 1976). Zadecki, Cechnicki i Bielańska (1984)

podkreślają, że osoba chorująca na schizofrenię, która ma mało szans na zerwanie związku z instytucją leczniczą na zawsze, w pewnej fazie leczenia, powinna przeżyć doświadczenie możliwie jak największej autonomii i niezależności w relacjach z terapeutą, instytucją leczniczą i społecznym otoczeniem. Dlatego też w programach terapeutycznych kategoria "wolności", czy, aby rzec mniej patetycznie, aktywności własnej pacjentów, jest równie ważna jak kategoria "zdrowia". Kępiński przestrzega przed przesadną nieco szczodrością terapeutyczną w wypadku leczenia schizofrenii. Od terapeuty oczekuje przede wszystkim, aby starał się poznać i zrozumieć świat przeżyć chorego, był z nim bezpośredni i stwarzał atmosferę ciepła i szacunku. Uważał, że należy szanować poczucie wolności chorego człowieka a nie wprowadzać go na siłę do klatki normalnego życia. Benedetti (1964) żąda od terapeuty dającej poczucie bezpieczeństwa, nieegoistycznej obecności a Scharffeter (1986) uważa, że oddziaływanie terapeuty leczącego chorych na schizofrenię w mniejszym stopniu zależy od profesjonalnego wykształcenia co od samej osoby terapeuty. McGlashan (1986a) w szerokiej ocenie psychospołecznych interwencji w schizofrenii uznaje, że związek interpersonalny z terapeutą jest "jądrem leczenia". Od terapeuty oczekuje się, że będzie odporny na dążenia ze strony pacjenta do niedojrzalej bliskości, że będzie elastyczny i unikający polaryzacji w myśleniu, zorientowany realistycznie, tolerancyjny na psychopatologię, zachowujący optymizm i szanujący prywatność, autonomię i potrzebę dystansu u pacjenta.

### 5.1.2. Rola farmakoterapii w leczeniu

Bleuler (1986) podkreśla, że leczenie farmakologiczne jest komplementarne a nie konkurencyjne z szeroko rozumianym leczeniem psychospołecznym. Ten pogląd jest powszechnie przyjęty przez cytowanych powyżej autorów: Wing (1986), Ciompi (1986), Zubin (1986), Hirsch i wsp. (1986), Hogarthy i Anderson (1986), Finzen (1986), McGlashan (1986). Równocześnie Bleuler zauważa, że działanie środków neuroleptycznych nie jest specyficzne dla psychoz schizofrenicznych. Dalszych wątpliwości dostarcza fakt, że 20 do 30% chorych na schizofrenię leczy się także bez środków neuroleptycznych, zaś u następnych około 10% obserwujemy niekorzystny przebieg choroby pomimo neuroleptycznego leczenia. Pozostałe 60% korzysta z neuroleptyków, ale nie jest to wystarczające dla powstrzymania kolejnego nawrotu choroby. Równocześnie badacze np. Hirsch i wsp. (1986), Van Putten (1978) stawiają kluczowe pytania: jak długo należy stosować neuroleptyki w leczeniu, jaka jest rola alternatywnych strategii takich jak stosowanie leków tylko przy pojawiających się objawach prodromalnych lub stosowanie dawek minimalnych i jak osiągnąć podstawowy cel - czyli współpracę pacjentów przy zażywaniu leków?.

Zubin (1986) szczególną rolę dla psychospołecznych

oddziaływań widzi tam gdzie rola neuroleptyków jest szczególnie wątpliwa - wobec pacjentów, którzy rozwinęli tzw. negatywny chroniczny syndrom.

### 5.1.3. Zależność celów leczenia od fazy choroby

Kolejna ogólna zasada leczenia schizofrenii każe uwzględniać dynamikę choroby i synchronizować cele leczenia zgodnie z tą dynamiką. Uwzględniając dynamikę przebiegu schizofrenii, poczynszy od ostrego stanu psychotycznego do remisji objawowej Ciompi (1986) eksponuje znaczenie optymalnego środowiska terapeutycznego. Jego charakterystyka ulega zmianie w zależności od kolejnej fazy choroby : w okresie ostrych objawów - odprężenie, cisza, poczucie pewności, spokój, redukcja bodźców, osobowy kontakt, mało zmian, mała grupa, proste, klarowne, możliwe do przewidzenia zachowania otoczenia, stabilność, ciągłość, pewność i zaufanie, jasne skupianie uwagi na jednej sprawie, nadawanie ważności spostrzeżeniom, myślom, uczuciom, tolerancja, zrozumienie - jest to faza uspokojenia odpowiadająca ostremu stanowi psychotycznemu.

W drugim okresie stopniowej aktywizacji - obejmującej okres ewentualnej depresji popsychotycznej i remisji objawowej - jeszcze w obrębie wspomagających struktur psychiatrycznych cechy optymalnego milieu powinno charakteryzować - udzielanie wsparcia, zaangażowanie, dialog, wyjaśnienie, jasne odgraniczanie osób poprzez uznawanie różnic w opiniach, uczuciach i zachowaniach, racjonalność, jednoznaczność nakazów i zakazów.

W trzeciej fazie włączania pacjenta w środowisko - autonomia, odpowiedzialność, ruchliwość i elastyczność ról, zmienność, intelektualna i emocjonalna stymulacja, otwartość. Jak widać akcent w kolejnych fazach rozłożony jest od ochraniań - przez wspieranie - do stymulacji chociaż pewne jego cechy mają charakter uniwersalny.

### 5.1.4. Podsumowanie

Lamb (1986) przestrzega przed zbyt nierealistycznymi celami stawianymi pacjentom i sobie samym przez terapeutów, przed trudnościami w czerpaniu gratyfikacji w pracy z chronicznym pacjentem, nieumiejętnością zaakceptowania potrzeby zależności u pewnej grupy pacjentów oraz niedocenieniem obciążenia rodziny chorobą. Może to prowadzić do frustracji, utraty nadziei i zespołu wypalenia wśród terapeutów, którzy pracują z osobami chorymi na schizofrenię.



## 5.2.

### Wpływ modeli "podatność na zranienie - stres" na praktykę terapeutyczną w schizofrenii.

Jak już wspomniano w rozdziale I 4.2, opisując modele podatności na zranienie, mają one olbrzymi wpływ na praktykę terapeutyczną w schizofrenii i tylko nieliczne wartościowe programy leczenia jak np. Alanena i wsp. (1985) nie odwołują się do tego modelu.

Szeroki przegląd tych programów zawiera praca Andermayera (1987), który dzieli je na zogniskowane na pacjencie lub rodzinie i nieliczne, które próbują integrować oba te podejścia. Przegląd tych prac wskazuje na wzrost znaczenia podejścia behaviorального i edukacji rodzin oraz wyraźnie zarysowaną opozycję podejścia rehabilitacyjno - edukacyjnego w stosunku do dynamicznie zorientowanej terapii schizofrenii.

#### 5.2.1. Znaczenie podejścia behaviorального i edukacji rodzin.

Klasycznym przykładem rozwoju programów skoncentrowanych na pacjencie są prace Libermana i wsp. zaś integracji pracy z pacjentem i rodziną program Hogarthiego i Anderson.

Podejście behavioralne proponowane przez Libermana dostarczyło zdaniem Eckmana (1979) alternatywnych programów dla leczenia (patrz ustęp 2.4) w stosunku do leczenia opartego o społeczność terapeutyczną i milieu. Programy te służą pacjentom o dużych brakach w społecznej kompetencji. Program proponowany przez Libermana i wsp. (1975) jest prosty. Może być prowadzony przez specjalnie przeszkolone osoby np. pielęgniarki lub pedagogów niezależnie od bieżącego programu leczenia. Pacjenci są traktowani jako "studenci" a terapeuci jako "konsultanci". Program jest bardzo ustrukturuwany i każdy obszar umiejętności społecznych ma dokładnie zaplanowany trening: gotowanie, umiejętności konwersacji, nawiązanie kontaktu, przygotowanie do zawodu, radzenie sobie z lękiem, prowadzenie finansów. W późniejszych pracach Liberman i wsp. (1984a, 1984b) wskazują na duże trudności z przenoszeniem nabytych umiejętności poza sytuację treningową i konieczność wydłużania czasu trwania treningu od dwóch do czterech lat. Przegląd programów behavioralnych dla pacjentów chorych na schizofrenię w oparciu o prace Libermana i wsp. zawiera skrypt pod redakcją Axera (1988).

Hogarty G. i C. Anderson (1986) dzielą pracę z rodziną na cztery fazy i planują ją - co wydaje się bardzo ważne - na dwa lata. W pierwszej fazie dążą do podjęcia kontaktu z rodziną, włączenia ją w program, obniżenia poczucia winy, negatywnych reakcji na chorobę i redukcji rodzinnego stresu. W drugiej fazie starają się o zrozumienie przez rodzinę choroby i potrzeb pacjenta i rozszerzenie społecznej sieci rodziny. W następnym

okresie wzmacniają koalicję małżonków, dążą do wzrostu tolerancji i stopniowego przekazywania odpowiedzialności pacjentom. W ostatniej podtrzymującej fazie, kiedy pacjent częściowo lub całkowicie wraca do pełnionych wcześniej ról społecznych celem jest coraz większa samodzielność rodziny w skutecznym rozwiązywaniu powstających problemów. Program zakłada wykłady i seminaria w grupach wielorodzinnych a w późniejszym okresie bardziej zindywidualizowane podejście do poszczególnych rodzin.

Równocześnie prowadzona jest opieka nad pacjentem, którą autorzy dzielą na 5 etapów. Celem pierwszego etapu jest nawiązanie kontaktu i ocena zachowań, które wywołują wysoki poziom reakcji emocjonalnej wśród krewnych (krytykę lub naduwikłanie). W drugiej fazie ćwiczenia obejmują głównie gotowość alternatywnych odpowiedzi na wrogie zachowania, mówienie komplementów, uświadamianie sobie jaką wartość, zainteresowanie budzą we mnie inni. W trzeciej fazie zajęcia dotyczą głównie rozwiązywania konfliktów przez poprawę werbalnego i niewerbalnego zachowania. Ćwiczeniom w zakresie społecznego spostrzegania, prawidłowej identyfikacji kontekstu i treści przekazu poświęcona jest faza czwarta i wreszcie w ostatniej fazie główny nacisk położony jest na związki poza rodziną, ćwiczenia konwersacji i kontaktów zawodowych.

W opisywanym programie wzięło udział 64 pacjentów podzielonych na cztery grupy. Obok grupy kontrolnej, losowo skierowano jednych do grupy w której prowadzono tylko trening z pacjentami lub tylko program edukacyjny z rodziną lub całościowy program wobec pacjentów i rodzin.

W czasie dwuletniej katamnezy wyniki mierzone ilością nawrotów były najgorsze w grupie kontrolnej - 75% - zbliżone do grup zażywających placebo. Tam gdzie stosowano sam trening społecznych umiejętności z pacjentami było 35% nawrotów, intensywny dwuletni program dla rodziny - 25% i przy połączeniu obu podejść - 22%. Ilość nawrotów rosła wraz z wydłużaniem się czasu badań katamnestycznych.

### 5.2.2.

#### Model rehabilitacyjny - edukacyjny - w leczeniu schizofrenii

Anthony i Nemeč (1984) podkreślają, że w modelu rehabilitacyjnym poprawa zdrowia wiąże się nie tylko ze złagodzeniem objawów lub uzyskaniem wglądu w psychozę, ale również ze wzrostem zdolności i umiejętności, który pozwala osobie chorej na schizofrenię lepiej radzić sobie w jej społecznym otoczeniu. Formułują 7 zasad rehabilitacji psychiatrycznej wobec chorych na schizofrenię.

1/ Niezbędne jest zaangażowanie i współudział pacjenta. Należy uwzględnić jego oczekiwania i "odtajemniczyć" proces

rehabilitacji. Rehabilitacji dokonuje się z pacjentem a nie dla pacjenta.

2/. Trzeba ćwiczyć nowo nauczone umiejętności poza ośrodkiem leczenia, w naturalnym środowisku np. w domu.

3/. Każdy pacjent musi mieć zdiagnozowane umiejętności, których powinien się uczyć. Nie może obowiązywać zasada, że wszyscy uczą się wszystkiego.

4/. Redukcja objawów u pacjenta i zmniejszenie niepokoju w środowisku nie daje automatycznie poprawy umiejętności u pacjenta.

5/. To co nazywamy "ograniczeniem" płynącym ze środowiska jest funkcją cech charakterystycznych zarówno dla środowiska jak i dla pacjenta np. najmniej ograniczające dla pewnej grupy pacjentów może być środowisko szpitalne i nie będą chcieli go opuścić.

6/. Zwiększona zależność pacjenta może spowodować jego lepsze funkcjonowanie w innych obszarach życia. Zależność powinna przestać być "brzydkim słowem".

7/. Nadzieja jest istotnym, decydującym składnikiem rehabilitacji psychiatrycznej.

Kai Erikson (1972) zauważa, że wraz z rozprzestrzenianiem się psychiatrii społecznej wiele programów leczenia bardziej podkreśla edukację a nie leczenie, kładzie nacisk na rozwój umiejętności i trening a nie reintegrację procesów JA, na środowisko terapeutyczne z jego korzeniami w społeczeństwie a nie na szpital z jego specyficzną kulturą.

Andermayer (1987) uważa, że można mówić o zmianie paradygmatu w leczeniu schizofrenii -zwłaszcza jeżeli porówna się dynamicznie zorientowaną terapię schizofrenii z nowym psychospołecznym podejściem w terapii:

a/ z jednej strony ramy teoretyczne tworzy psychodynamiczny rozwojowy model z drugiej zaś modele podatności na zranienie.

b/ z jednej strony celem leczenia jest zmiana intrapsychicznej struktury, "leczenie przyczyny" z drugiej zaś "radzenie sobie" z chorobą i rehabilitacja.

c/ terapia ogniskuje się na nieświadomych procesach, "wewnętrznym życiu", symbolicznym znaczeniu choroby, przeszłości albo na "realnym życiu", konkretnych problemach i bieżącej sytuacji.

d/ empiryczną bazę z jednej strony stanowią dowody kliniczne i dane zbierane w trakcie psychoterapii z drugiej zaś strony empiryczne badania, wyniki psychofizjologicznych eksperymentów i badania nad społecznym stresem.

e/ w patogenezie uważa się w jednym podejściu, że czynniki psychospołeczne mają specyficzny, przyczynowy udział zaś w drugim przypisuje się im niespecyficzny udział jako stresorom i moderatorom procesu chorobowego.

f/ środowisko rodzinne z jednej strony jest uważane jako czynnik etiologiczny z drugiej jako źródło chronicznego stresu

lub system oparcia determinujący przebieg.

g/ pierwsze podejście unika etykietyzacji w drugim dochodzi do jednoznacznej etykietyzacji symptomatycznego zachowania jako objawu schizofrenii.

h/ i wreszcie farmakoterapia rozważana jest jako konieczna a w podejściu psychospołecznym jest zintegrowaną częścią interwencji mającej na celu redukcję podatności na zranienie.

McGlashan (1986a) uważa, że opisana dychotomia powinna zostać zmieszona. Uważa, że terapeuta powinien być aktywny choć nie natarczywy, musi bardziej wspierać niż interpretować a w terapii chorych na schizofrenię pozostanie zawsze ważne: zbudowanie związku terapeutycznego, doświadczenie kontaktu "tu i teraz" oraz umiejętność tolerowania pojawiającego się przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Psychoterapia grupowa z pacjentami chorymi na schizofrenię powinna być bardziej wspomagająca, interakcyjna, ustrukturowana, zorientowana na zadanie.

Kontrowersje te według Gunderson i Carrol (1985) ulegają rozwiązaniu jeżeli w oparciu o kliniczne problemy wyciągniemy następujące wnioski:

1/. Leczenie schizofrenii jest długotrwałym procesem wymagającym podtrzymania i ciągłości niezależnie od tego czy celem jest obniżenie ilości nawrotów czy osiągnięcie niezależnego funkcjonowania.

2/ Są dwie podstawowe strategie leczenia: zaaranżowanie specjalnego środowiska celem zmniejszenia stresorów albo próba zmiany intrapsychicznych procesów u pacjentów. Obie wydają się skuteczne i umożliwiają zmiany w innych obszarach.

3./ Dla chronicznych pacjentów wydają się sensowne bardziej ustrukturowane, "nieosobowe" strategie lecznicze.

4/. Dla pacjentów, którzy przeważnie rozwijają ostre objawy sensowny wydaje się proces terapeutyczny pozwalający budować trwale, nowe związki oraz skierowany na pogłębianie samoświadomości.

5/ Programy psychospołecznego leczenia są kosztowne jeśli są nieskuteczne. Przeciwnie - jeżeli są dobrze zaplanowane i przeprowadzone w ogólnym rozrachunku pozwalają na zwrot kosztów.

6/. Jeszcze musimy wiele nauczyć się o tym jakie strategie i terapeutyczne metody są pomocne odpowiednim podgrupom pacjentów i jakie kombinacje różnych metod są możliwe.

## ROZDZIAŁ II Cel badań, hipotezy badawcze i metoda

1.

### Cel badań

Celem badawczym pracy jest ocena w jakim stopniu "zmiany" w wybranych czynnikach związanych z przebiegiem leczenia wpływają na "efekt leczenia" osób chorych na schizofrenię (wg kryteriów DSM - III). - leczonych w oddziale dziennym.

Wybrałem dwie grupy czynników będące przedmiotem oceny tj. "udział w leczeniu" i "pośrednie cele leczenia". Na "udział w leczeniu" składają się dwa czynniki:

- a/ "ilość" udziału w leczeniu
- b/ "zmiana jakości" udziału w leczeniu tj. aktywność własna pacjenta w programie leczenia.

Na "pośrednie cele leczenia" składa się osiem czynników:

- a/ "zmiana motywacji do leczenia"
- b/ "zmiana we współpracy w zażywaniu leków"
- c/ "zmiana wglądu w chorobę"
- d/ "zmiana umiejętności życiowych"
- e/ "zmiana umiejętności społecznych"
- f/ "zmiana ekspresji pozawerbalnej"
- g/ "zmiana satysfakcji z leczenia"
- h/ "zmiana kontaktów w rodzinie"

"Zmiana" w badanych czynnikach jest różnicą w ocenie między rozpoczęciem leczenia w oddziale a jego zakończeniem.

Przyjąłem, że oceny "efektów leczenia" dokonam oddzielnie dla obszaru psychopatologicznego i obszaru funkcjonowania społecznego. Oba obszary efektów leczenia oceniłem przy pomocy dwóch miar: prostej oceny klinicznej oraz skal: psychopatologicznej - (BPRS) i aktywności społecznej (SAS).

Następnie po wstępnej analizie materiału, sformułowałem pytania badawcze i hipotezy.

## 2.

**Analiza wstępna materiału i pytania badawcze**

Analizy wstępnej materiału dokonano poprzez ocenę ilości i jakości udziału w leczeniu oraz ocenę osiągniętych celów leczenia przy przyjęciu i wypisie pacjenta z oddziału dziennego. Obliczono różnicę między oceną przy przyjęciu i przy wypisie, aby ocenić zakres i kierunek zmian w trakcie leczenia w oddziale dziennym. Oceniono efekty leczenia po wypisie z oddziału dziennego w obszarze psychopatologicznym i społecznym z uwzględnieniem oceny klinicznej oraz skal: BPRS i SAS. Dla pełniejszego opisu badanej grupy zebrano informacje o 25 predyktorach mających rokownicze znaczenie w schizofrenii.

Uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie trzech problemów badawczych:

Pierwszy dotyczy związku między "udziałem w leczeniu" a osiąganymi "pośrednimi celami leczenia" i zawiera następujące pytania badawcze:

a/ czy istnieje związek między ilością i zmianą w jakości leczenia tj. aktywnością pacjentów w leczeniu a końcową oceną każdego z ośmiu pośrednich celów leczenia tj. - motywacji, współpracy w zażywaniu leków, wglądu, umiejętności życiowych, umiejętności społecznych, ekspresji pozawerbalnej, satysfakcji z leczenia i kontaktów w rodzinie ?

b/ jeżeli związek taki istnieje to w jakim stopniu uzyskiwane rezultaty w pośrednich celach leczenia wyjaśniane są (kontrolowane są) przez ilość i zmianę w jakości leczenia ?

c/ czy czynnikiem istotnym jest ilość czy zmiana w jakości leczenia oraz jaka jest hierarchia ważności badanych czynników w zależności od stopnia w jakim wyjaśniają uzyskiwane pośrednie cele leczenia ?

d/ czy zakres w jakim zachodzi ewentualny wpływ badanych zmiennych na pośrednie efekty leczenia zbliża się do wyników wartościowych poznawczo<sup>15</sup> ?

---

<sup>15</sup> Wg. Hayesa (1973) zakres wyjaśnianej rzeczywistości przez badane zmienne powinien wynosić powyżej 15 procent, aby było celowe poddawać analizie uzyskane wyniki. Problem ten szerzej

Druga grupa pytań dotyczy ewentualnego związku między zmianą w "udziale w leczeniu" i w "pośrednich celach leczenia" a uzyskanymi "efektami leczenia":

a/ czy istnieje związek pomiędzy zmianą w udziale i w pośrednich celach leczenia a efektami leczenia w obszarze psychopatologicznym i społecznym ?

b/ jeżeli związek taki istnieje to w jakim stopniu uzyskiwane efekty leczenia w badanych obszarach - psychopatologicznym i społecznym wyjaśniane są (kontrolowane są) przez zmianę w udziale i pośrednich celach leczenia uzyskiwaną podczas leczenia w oddziale dziennym ?

c/ jaka jest istotna konstelacja udziału i pośrednich celów leczenia wpływających na efekty leczenia w zależności od badanego obszaru (psychopatologia lub funkcjonowanie społeczne) oraz jaka jest hierarchia ważności poszczególnych pośrednich celów w zależności od stopnia w jakim wyjaśniają uzyskiwane efekty leczenia ?

d/ czy zakres w jakim zachodzi ewentualny wpływ badanych zmiennych na efekty leczenia zbliża się do wyników wartościowych poznawczo ?

Trzeci obszar tematyczny wiąże się z różnym sposobem pomiaru "efektów leczenia". Cel badawczy można sformułować poprzez następujące pytanie badawcze:

a/ - jeżeli istnieje istotna zależność między zmianą w "udziale w leczeniu" i w "pośrednich celach leczenia" a uzyskanymi "efektami leczenia" to czy istnieją różnice i jak duże związane z różnymi sposobami pomiaru "efektów leczenia" tj. z oceną kliniczną lub też przy użyciu skal: BPRS i SAS ?

Odpowiedzi na powyższe trzy grupy pytań w oparciu o dane empiryczne uzyskane od 37 osobowej grupy pacjentów - po sformułowaniu odpowiednich hipotez <sup>16</sup> są zasadniczą treścią podjętej przeze mnie pracy badawczej.

---

omawiam w rozdziale VI przy omawianiu uzyskanych wyników.

<sup>16</sup> Dla pełniejszego obrazu badanych zależności przeprowadzono ocenę wpływu 25 wybranych predyktorów na uzyskane w oddziale dziennym "efekty leczenia". Wyniki badań przygotowuję do odrębnej publikacji.



3.

### **Hipotezy badawcze**

W stosunku do każdej grupy pytań sformułowano hipotezę badawczą.

#### **Hipoteza I**

Pomiędzy "ilością" i "zmianą jakości udziału" w leczeniu a "pośrednimi celami leczenia" występuje istotna statystycznie zależność tego typu, że narastającemu "udziałowi" w leczeniu towarzyszy wzrost osiągniętych "pośrednich celów leczenia" a wkład badanych zmiennych w wyjaśnienie wyników "pośrednich celów leczenia" wynosi blisko 15%.

#### **Hipoteza II**

Między zmianą w "udziale" i w "pośrednich celach" leczenia a "efektami leczenia" występuje istotna statystycznie zależność tego typu, że narastającej zmianie towarzyszy wzrost osiągniętych "efektów leczenia" zaś wkład badanych zmiennych w wyjaśnienie wyników "efektów leczenia" wynosi blisko 15%.

#### **Hipoteza III**

Konstelacja i siła wpływu zmiany w "udziale" i "pośrednich celach" leczenia na "efekty leczenia" mierzone w obszarze psychopatologicznym i społecznym będą zależały od sposobu pomiaru "efektów leczenia".

4.

### **Kryteria kwalifikacyjne do badanej grupy**

Od stycznia 1986 roku do grudnia 1987 roku przeprowadzono eksperyment badawczy wobec 40 pacjentów leczonych w oddziale stacjonarnym Kliniki Psychiatrycznej AM w Krakowie, którym zaproponowano następnie kontynuację leczenia w oddziale



dziennym bez wcześniejszej selekcji i uwzględniania wskazań klinicznym. 37 pacjentów wyraziło zgodę na kontynuację leczenia i oni stanowią grupę badaną. Pacjenci ci zostali objęci leczeniem stacjonarnym według kolejności zgłoszeń również z zawieszeniem preselekcji wstępnej o ile spełniali trzy kryteria badawcze:

1. Diagnoza schizofrenii wg. kryteriów DSM - III.
2. Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna.
3. Zamieszkiwanie wraz z rodziną prokreacyjną lub generacyjną na terenie miasta Krakowa.

W ten sposób uzyskano dosyć jednorodną populację pacjentów, których można było poddać opisanemu w rozdziale IV kompleksowemu programowi leczenia. Przyjęte kryteria badawcze wymagają krótkiego omówienia.

### Kryterium diagnostyczne

Pierwszym i najważniejszym z przyjętych kryteriów badawczych było kryterium diagnostyczne. Cancro (1984) omawiając kryteria diagnostyczne dla schizofrenii proponowane przez APA w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM III (1980) wśród pozytywów tego systemu diagnostycznego podkreśla przede wszystkim jego wielowymiarowość. Autorzy DSM - III piszą, że diagnoza wielowymiarowa polega na ocenie każdego pacjenta w pięciu "wymiarach", z których każdy dotyczy innej klasy informacji. Pierwsze trzy stanowią klasyczną ocenę diagnostyczną: wymiar I - zespoły kliniczne (symptomatologia), wymiar II - zaburzenia osobowości (specyficzne zaburzenia rozwoju), wymiar III - zaburzenia fizyczne. Wymiary: IV - siła stresora psychospołecznego i V - maksymalny poziom funkcjonowania w minionym roku stanowią dodatkową informację, która może być użyteczną w planowaniu leczenia i ocenie progностycznej<sup>17</sup>. Stosowanie wielowymiarowej diagnozy zabezpiecza przed sytuacją, kiedy uwaga skoncentrowana jest na pewnych typach zaburzeń, a

---

<sup>17</sup> Ocena wszystkich pięciu "wymiarów" wg. kryteriów DSM -III została uwzględniona w pracy przy konstruowaniu listy czynników mających rokownicze znaczenie dla przebiegu choroby. Omówienie ich w badanej grupie zawiera rozdział III.

przeoczone mogą być pewne aspekty środowiskowe lub pewne obszary funkcjonowania. Wymiar I - diagnostyka schizofrenii opiera się na operacyjnych, deskryptywnych kryteriach. Odróżnione są objawy produktywne zgodne przeważnie z pierwszorzędowymi kryteriami Kurta Schneidera (konieczne występowanie przynajmniej jednego objawu z 6 wymienionych) od objawów rezydualnych lub prodromalnych, które obok niespecyficznych zaburzeń zachowania obejmuje niektóre osiowe objawy Bleulerowskie (np. zaburzenia afektu). Kryterium zawiera konieczność choćby krótkotrwałej obecności objawów produktywnych, minimalny ciągły 6 miesięczny czas trwania choroby, obecność pogorszenia wcześniejszego poziomu funkcjonowania, eliminację organicznego uszkodzenia CSN i początek przed 45 rokiem życia.

Jak dalece istniejące systemy diagnostyczne formują różne grupy chorych na schizofrenię obrazują badania Bernera i wsp. (1983). Wśród 200 pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy z tzw. endogenną psychozą u 121 stwierdzano przynajmniej jeden objaw pierwszorzędowy Kurta Schneidera, u 91 przynajmniej jeden objaw podstawowy Bleulera, u 80 zespół schizofrenopodobny wg. DSM - III, u 53 przynajmniej dwa objawy z grupy podstawowych określanych popularnie w angloamerykańskiej literaturze jako 4 "A" (tj zaburzenia asocjacji, afektu, ambiwalencja lub autyzm), u 49 można byłoby diagnozować schizofrenię wg. kryteriów DSM - III a u 36 endogenomorficzny schizofreniczny osiowy syndrom według kryteriów wiedeńskich. Modestin (1987) komentując aktualną sytuację w zakresie diagnostyki schizofrenii stwierdza, że nie ma obecnie optymalnej i powszechnie uznanej definicji schizofrenii a systemy diagnostyczne nie są wymienne (wyodrębniają różne grupy pacjentów). W porównaniu z innymi operacyjnymi definicjami schizofrenii, definicja DSM - III obejmuje około 30 - 40% pacjentów, którzy przy pomocy innych kryteriów są diagnozowani jako chorzy na schizofrenię. Katschnig (1984) ocenia, że np. 60% pacjentów z diagnozą Schneiderowskich objawów pierwszorzędowych byłoby diagnozowanych jako chorzy na schizofrenię wg. kryteriów DSM - III.

Powyższe dane uzasadniają nieufność (Hegerl, Stieglitz - 1988) wobec definicji schizofrenii w oparciu o kryteria objawowe i poszukiwanie innych np. psychofizjologicznych dla wyłonienia bardziej homogennych grup pacjentów zwłaszcza w celach badawczych. Vailant (1984), Modestin (1987), Katschnig (1984), Sass (1987), Berner (1983) zgodnie podkreślają, że

choć diagnoza według kryteriów DSM - III zwiększa znacznie rzetelność- zgodność przy ocenie /reliability/ - to nie zapewnia ona równocześnie wzrostu trafności diagnozy /validity/<sup>18</sup>. Wspomniani powyżej autorzy uważają, że kryteria DSM III implikują selekcję chorych na schizofrenię o "złej prognozie" zarówno przez wymaganie 6 miesięcznego czasu trwania objawów jak również kryterium "pogorszenia poziomu funkcjonowania". Krytykowaną jest przede wszystkim granica wieku - Volavka (1985) nie mógł dla niej znaleźć żadnego empirycznego uzasadnienia, pominięcie schizofrenii, która manifestuje się jedynie symptomami negatywnymi mającymi wg. Andreasen i Olsena (1982) nawet większą prognostyczną wartość niż objawy pozytywne, oraz odrzucenie powszechnie uznawanego bleulerowskiego autyzmu.

Katschnig (1984) postuluje posługiwanie się równocześnie wieloma diagnostycznymi kryteriami w analizie danej grupy chorych ("polydiagnostische Ansatz") zaś Modestin (1987) widzi dużą korzyść w zawężeniu diagnostycznym przy podejmowaniu prac badawczych na bardziej homogennych podgrupach chorych. Konkludując należy każdorazowo precyzować jaką definicję schizofrenii używa się w badaniu, gdyż przyjęte kryteria diagnostyczne stają się automatycznie jednym z predyktorów dalszego przebiegu choroby i uzyskiwanych efektów leczenia.

### **Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna**

Przyjęcie kryterium pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej eliminuje automatycznie olbrzymią różnorodność wynikającą z przebiegu choroby i leczenia. Poza eliminacją szeregu czynników różnicujących grupę podjęcie badań pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy pozwala śledzić ich dalsze losy w wieloletnich badaniach katamnesticznych.

Shepherd (1987) formułując nowe strategie dla badań nad schizofrenią uważa, że muszą one spełniać cztery założenia: 1. obejmować całą populację pacjentów z danego terenu w

---

<sup>18</sup> Kendell i wsp. (1971) przedłożyli taśmę video z pacjentem u którego 95% amerykańskich psychiatrów diagnozowało schizofrenię brytyjskim psychiatrom, którzy mogli potwierdzić tę diagnozę jedynie w 20%. DSM-III jest niewątpliwie wysiłkiem na drodze do ujednolicenia kryteriów diagnostycznych.

określonym czasie 2. przyjąć określone kryteria diagnostyczne o znanej rzetelności 3. objąć pacjentów badaniem prospektywnym od pierwszej hospitalizacji przez okres przynajmniej 5 lat w możliwie jednorodnym programie leczenia 4. oraz stosować niezależne, wystandaryzowane metody pomiaru w obszarze psychopatologicznym i społecznym.

Schubart i wsp (1987) sugerują, że jedną z trudności przy porównywaniu różnych badań są różne ilości w badanych grupach pacjentów chronicznych i po pierwszym wybuchu choroby. Przyjęcie kryterium pierwszej hospitalizacji ogranicza to zróżnicowanie<sup>19</sup>.

### Zamieszkanie na terenie miasta

Przyjęcie kryterium zamieszkania na terenie miasta Krakowa miało na celu ograniczenie grupy do populacji miejskiej, dla której zaplanowane jest leczenie dzienne. Z kolei mieszkanie wspólnie z rodziną generacyjną lub prokreacyjną eliminuje, jak wskazuje dotychczasowe wieloletnie doświadczenie, nieliczną grupę pacjentów mieszkających samodzielnie przed pierwszą hospitalizacją. Już z pierwszych badań Browna i jego współpracowników z Londynu (1958, 1959) wiadomo, że losy pacjentów, którzy wracają do bardziej samodzielnego życia przebiegają korzystniej niż grupy pacjentów, którzy wracają do rodzinnego domu. Spostrzeżenia te posłużyły rozwojowi hipotezy o wpływie emocji ujawnianych przez bliskich krewnych na nawroty choroby (Barbaro, Cechnicki, Rostworowska 1986). Pozwala to również śledzić wpływ sytuacji rodzinnej na przebieg choroby i leczenia.

Podsumowując różnorodne kryteria kwalifikacji do badanej grupy trzeba jeszcze raz podkreślić, że służyły one wyodrębnieniu spośród chorujących na schizofrenię maksymalnie homogenicznej grupy jedynie przy pomocy kryteriów psychopatologicznych i społecznych.

---

<sup>19</sup>Ogranicza, ale nie eliminuje gdyż w grupie badanej znalazła się niewielka podgrupa, dla której pierwsza hospitalizacja psychiatryczna nie jest równoznaczna z wybuchem schizofrenii. Pacjenci ci albo leczyli się ambulatoryjnie albo do chwili hospitalizacji nie leczyli się psychiatrycznie.

## 5.

### Metodologia badań

#### 5.1.

#### Wprowadzenie

Zanim przedstawię przedmiot badań, zastosowane narzędzia i metody badań chciałbym zwrócić uwagę na trzy bardziej ogólne problemy metodologiczne związane z przeprowadzonymi przeze mnie badaniami. Pierwszy dotyczy przyjętych kryteriów oceny efektów leczenia /outcome/, ich pomiaru a szczególnie jego społecznego komponentu oraz oceny dokonanego pomiaru. Drugi można za Turnerem (1986) określić jako problem odpowiedzialności /responsibility/ przy ocenie wpływu psychospołecznego leczenia na chorych na schizofrenię, a trzeci dotyczy wzajemnych interakcji różnych form terapii w kompleksowym programie leczenia.

##### 5.1.1. Kryteria oceny "efektów leczenia" i jego pomiar

Anthony (1972, 1978) twierdzi, że rozwój psychospołecznych programów leczenia spowodował, że badania klasycznych wyników rehabilitacji opartych na ocenie nawrotu i zatrudnienia są już niewystarczające. Postuluje on cztery dodatkowe kryteria efektów leczenia poza psychopatologicznym: a/ rozwój umiejętności życiowych, b/ ocenę korzyści w relacjach między pacjentem a środowiskiem, c/ jakość życia pacjenta, d/ subiektywną satysfakcję z opieki psychiatrycznej.

Sullivan i Feldman (1979) nazwali problem zdobycia adekwatnych wskaźników dla oceny społecznych efektów problemem pomiaru. Samo społeczne przystosowanie nie jest stanem, ale złożonym procesem wzajemnej zależności pomiędzy jednostką i jej społecznym środowiskiem co znacznie utrudnia trafną ocenę. Należy uwzględnić trzy różne perspektywy - terapeuty, pacjenta i najbliższego otoczenia.

Platt i wsp. (1980) uważają, że w praktyce badacze koncentrują się na społecznych zachowaniach pacjenta i pomijają jego wpływ na znaczące osoby z otoczenia. Proponują wartościową skalę ( SBAS - Social Behaviour Assesment Schedule) pozwalającą mierzyć zarówno zaburzenia zachowania pacjenta, jego społeczne funkcjonowanie i niekorzystny wpływ na domowników /family

burden/.

Katschnig (1985) postuluje wybranie jednej skali (promuje "Skalę Społecznego Wywiadu" - SIS Clare i Cairnsa 1978) i jej europejską standaryzację na wzór wcześniej dokonanych standaryzacji skal psychopatologicznych. W polskiej literaturze psychiatrycznej szerokiego przeglądu tej problematyki dokonuje Słupczyńska (1985 a, b, c) opisując zarówno niejednoznaczność terminu - społeczne przystosowanie - jak i trudności w konstrukcji i wyborze adekwatnej skali do jego pomiaru. Autorka wskazuje na trzy obszary w jakich najczęściej dokonuje się pomiaru efektów, aby ostatecznie skonstruować tzw. wskaźnik przystosowania społecznego - globalny czas hospitalizacji, aktywność społeczną i objawy psychopatologiczne. Proponuje też (1983) własną trzyczęściową skalę funkcjonowania społecznego zawierającą ocenę: obrazu psychopatologicznego, aktywności społecznej i obciążenia rodziny. Jedliński (1985) proponuje dla oceny odległych efektów rehabilitacji chorych na schizofrenię wskaźnik oparty na ocenie roli zawodowej, czasu spędzonego w szpitalu i ilości zażywanych neuroleptyków.

Weissman (1975), Platt i wsp. (1980) wskazują, że intensywność i typ psychopatologii z jednej strony a funkcjonowanie w społecznych rolach z drugiej mogą być od siebie niezależne a czynniki wpływające na zły poziom w pracy mogą być zupełnie różne od wywołujących psychotyczne objawy.

Kolejne zagadnienie związane jest z oceną uzyskanych wyników społecznego funkcjonowania. W odróżnieniu od skal psychopatologicznych ocena globalna w skalach społecznych jest krytykowana. Katschnig (1985) uważa, że około jedna trzecia obszarów różnych skal nie stosuje się do wszystkich badanych np. funkcjonowanie w roli rodzica. Wiadomo również, że funkcjonowanie osoby może być znacznie osłabione w jednych obszarach życia a w innych nie. Ocena będzie też ulegać znacznej zmianie ze względu na charakterystykę danej populacji. Katschnig uważa, że nie ocena ilościowa, ale ocena jakościowa jest problemem licznych skal przystosowania społecznego.

W mojej pracy dokonałem oddzielnej oceny efektów w obszarze psychopatologicznym i społecznym. Ocenę w obszarze społecznym ograniczyłem jedynie do oceny aktywności społecznej w rolach (funkcjonowania społecznego). Obciążenie rodziny związane z wieloletnim okresem choroby. zostało pominięte ze względu na czas oceny obejmujący praktycznie pierwszą hospitalizację i miesiąc po wypisie. Pominięte też zostało ze

względu na swoją niejednoznaczność i ogólnikowość pojęcie przystosowania społecznego a dokonano jedynie pomiaru aktywności pacjentów w różnych społecznych rolach.

### 5.1.2. Problem odpowiedzialności w badaniach psychiatrycznych

Postulat odpowiedzialności /responsibility/ pojawia się u Turnera (1986) obok trafności /validity/ i rzetelności /reliability/ przy ocenie efektów psychospołecznego leczenia w schizofrenii. W licznych programach psychospołecznych dla chorych na schizofrenię oceniamy różnego rodzaju zmiany będące wynikiem prowadzonego treningu lub rehabilitacji. Zależy nam na ocenie czy pacjent zdobył np. wystarczającą wiedzę na temat leków i czy bardziej samodzielnie steruje własną farmakoterapią, albo czy w czasie rozmowy mówi płynnie i wystarczająco silnym głosem utrzymując równocześnie kontakt wzrokowy z rozmówcą. Ostatecznie uznamy to za poprawę w zakresie ekspresji pozawerbalnej, lub odpowiednio, umiejętności społecznych. itd. Ocena koncentruje się głównie na wystąpieniu danej umiejętności i to w "sztucznie" stworzonych warunkach treningu lub terapii - np. umiejętności "gotowania" lub "otwartości" i łatwości dzielenia się swoimi problemami w grupie.

Ten poziom zmian w moich badaniach nazywam "pośrednimi celami leczenia". Turner cytuje pracę Kendalla i Nortona Forda (1982), którzy ten poziom pomiaru określają jako szczegółowy /specifying level/. Otóż odpowiedzialność akcentuje fakt, że jest to poziom bardzo ważny, ale niewystarczający. Nie wystarczy wiedzieć czy pacjent ma satysfakcję z leczenia i czy dobrze prowadził zebranie społeczności oddziału lub też rozwiązuje problem rodzinny w warunkach grupy terapeutycznej. Turner uważa, że musimy poznać wpływ tej zmiany na bardziej całościową sytuację społeczną pacjenta w rodzinie i środowisku oraz w odniesieniu do całości psychopatologii. Kendall i Norton dając temu poziomowi nazwę - "poziom wpływu"- /impact level/ podkreślili fakt, że jest on terenem, na który terapeuci chcieliby ostatecznie wpływać przez wcześniejsze "specyficzne" zmiany. W mojej pracy opisuję ten poziom oceny jako "efekty leczenia".

### 5.1.3. Specyfika badań kompleksowych programów leczenia

Problem interakcji różnych form leczenia w kompleksowym

programie stwarza według Finzena (1986) olbrzymie metodologiczne problemy przy próbie oddzielenia efektów psycho, socjo i farmakoterapii. Stosowane formy psycho i socjoterapii nie tylko są bardzo trudne do oddzielenia, ale stosowanie jednej i tej samej formy leczenia np. milieu i społeczności terapeutycznej to nie to samo, co stosowanie tego samego leku w identycznej dawce. Zbyt wiele wiemy dzisiaj na temat wieloczynnikowej genezy i wpływu wielu czynników na przebieg schizofrenii aby był sens rozpatrywać wpływ jednej metody leczenia w oderwaniu od innych. Nie można też zapominać, że łatwiej jest kontrolować dawkę leku zaś oddziaływanie psycho i socjoterapeutyczne jest w dużym stopniu zależne od kompetencji, teoretycznej orientacji i osobowości terapeuty. W mojej pracy opisuję szczegółowo przyjęte założenia, zasady i program leczenia i przyjmuje, że zarówno uzyskiwane pośrednie cele leczenia jak i ostateczne efekty leczenia są wynikiem złożonej interakcji kompleksowego oddziaływania.

## 5.2.

### Przedmiot badań

Przedmiotem badań jest z jednej strony sam pacjent z drugiej zaś zależność między wybranymi czynnikami terapeutycznymi a efektami leczenia:

- a/ Pacjent: jego dane socjo-demograficzne i kliniczne składające się na prediktory przebiegu schizofrenii, ocena jego udziału w leczeniu i stopnia osiagania pośrednich celów leczenia, oraz ocena efektów leczenia w wymiarze psychopatologicznym i społecznym.
- b/ Ocena wpływu zmiany w "udziale w leczeniu" na "pośrednie cele leczenia" oraz wpływu zmiany w "udziale" i w "pośrednich celach leczenia" na efekty leczenia.

## 5.3.

### Narzędzia badawcze

Dane dotyczące anamnezy oraz obrazu psychopatologicznego pacjenta i jego społecznego funkcjonowania były uzyskiwane przez kategoryzację informacji z badania psychiatrycznego, standaryzowanego wywiadu z pacjentem oraz w uzupełniających



spotkaniach i wywiadach z rodzinami. Dane dotyczące okresu anamnestycznego i obrazu klinicznego w chwili hospitalizacji zostały odpowiednio zakodowane na liście predyktorów niezależnych. (Legenda do listy predyktorów oraz zapis danych znajdują się w aneksie pracy). Jest ona modyfikacją analogicznej listy wykorzystywanej w badaniach katamnestycznych oceniających psychospołeczne metody leczenia schizofrenii w Klinice Psychiatrii Dorosłych AM w Krakowie (Program badawczy nr. 501-R-14). Wybór predyktorów znajduje swoje uzasadnienie w przeglądzie piśmiennictwa zaś uzyskane dane zostały omówione w trzecim rozdziale pracy przy opisie badanej grupy<sup>20</sup>.

Ocena stanu psychopatologicznego pacjenta każdorazowo dokonywana była przez kategoryzację na zmodyfikowanej w UCLA (Lukoff i wsp. 1986) skali oceny stanu psychicznego (Brief psychiatric rating scale: BPRS) Overalla i Gorhana (1983) obejmującej w swym rozszerzonym wydaniu 25 objawów ocenianych na 7-stopniowej skali. Skala posiada sprecyzowane kryteria dla "wyceny punktowej". Przyjęto, że pięć obszarów skali (wymiar 13, 14, 17, 18, 20) jest sumą tzw. objawów negatywnych. Stan psychopatologiczny pacjenta oceniano również na uproszczonej trzystopniowej skali (pełna remisja objawów, częściowa remisja, brak remisji) przyjętej w praktyce oddziału dziennego. Skala ta pozwala bardziej globalnie uchwycić dynamikę obrazu psychopatologicznego. Kryteria dla wyceny załączone są w aneksie pracy. Poziom funkcjonowania społecznego pacjenta oceniany był każdorazowo przy pomocy standaryzowanego wywiadu od pacjenta i jego rodziny przez kategoryzację na skali aktywności społecznej (SAS) opracowanej przez Słupczyńską (1983). Stosowane skale są skalami porządkowymi i pozwalają obok średniego poziomu aktywności społecznej ocenić niezależnie poziom aktywności w 7 obszarach funkcjonowania społecznego: aktywności zawodowej i nauce, pracy w domu, samodzielności, udziale w życiu rodzinnym, roli rodzicielskiej, kontaktach społecznych i zainteresowaniach. Równocześnie dla dwóch obszarów opisywanych w literaturze jako szczególnie ważnych przy ocenie programów rehabilitacji tj. pracy i nauki oraz

---

<sup>20</sup> Omawiany przy okazji przeglądu literatury wskaźnik ekspresji emocji (UU) został uwzględniony w grupie predyktorów. Badania nad jego obliczeniem zostały przeprowadzone przez dr. Rostworowską jako część jej pracy doktorskiej.

kontaktów społecznych posłużono się uproszczoną oceną kliniczną na trzystopniowej skali używanej w codziennej praktyce oddziału dziennego.

Dane dotyczące udziału w leczeniu i osiągniętych celów leczenia zostały zebrane w przebiegu obserwacji uczestniczącej i odnotowane na skalach w skonstruowanej przez mnie Karcie Leczenia w Oddziale Dziennym (KLOD). KLOD zawiera dane ogólne, dane dotyczące ilości i jakości uczestnictwa w leczeniu oraz osiągniętych pośrednich celów leczenia. Znajdujące się w karcie analogiczne dane dotyczące rodziny pacjenta nie były przedmiotem analizy w podjętej przez mnie pracy. Skale dotyczące udziału w leczeniu są pięcio - stopniowe zaś dotyczące stopnia osiągnięcia pośrednich celów leczenia cztero - stopniowe. Karta wraz z legendą zawierającą kryteria stosowanej "punktowej wyceny" zamieszczone są w aneksie pracy.

#### 5.4.

##### Metody badań

Wszystkie oceny na skalach psychopatologicznych, społecznych i leczenia w oddziale dziennym były uzgadniane przynajmniej z jednym członkiem zespołu o dużym doświadczeniu terapeutycznym. Przeważnie uzgodnień dokonywano w gronie całego zespołu leczącego.

Przy ocenie zależności czyli w badaniu oddziaływania na siebie różnych zmiennych posłużyłem się metodą regresji krokowej.<sup>21</sup> (Marek i Noworol 1986). Metoda ta pozwala ocenić czy w ogóle istnieje związek między szeregiem zmiennych niezależnych np. "pośrednimi celami leczenia" a zmienną zależną - w tym wypadku "efektami leczenia". Pozwala również ocenić jak dużo zmienności efektów leczenia wyjaśnianych jest przez zmienność w pośrednich celach leczenia. Równanie regresji wyjaśnia jak wygląda związek matematyczny (funkcjonalny) między zmienną zależną tj. efektem leczenia a zmiennymi niezależnymi np. pośrednimi celami leczenia. W wyniku obliczeń otrzymujemy współczynnik korelacji wielokrotnej /Multiple Regression/, którego kwadrat zamieszczany we wszystkich tablicach w aneksie

---

<sup>21</sup> Zarówno wybór metody jak i statystyczne opracowanie wyników zawdzięczam panu dr. Czesławowi Noworolowi z UJ.

pod współczynnikiem korelacji wielokrotnej daje po pomnożeniu przez 100% procent wariancji wyjaśnionej. Na fakt, czy regresja jest istotna statystycznie wskazuje p - opisane w równaniu regresji jako Signif. F.

Wśród różnych metod analizy regresji zastosowana przeze mnie metoda regresji krokowej /step - wise/ pozwala na selekcję zestawu zmiennych istotnych oraz ustalenie hierarchii ważności w zależności od stopnia wyjaśniania (w procentach) uzyskiwanych zmienności. Współczynnik korelacji cząstkowej /Beta/ występujący w równaniach regresji załączonych w odpowiednich tabelach w aneksie pracy informuje o związaniu danej zmiennej w sytuacji gdyby występowała sama, bez wpływu innych zmiennych. Przykładowo w tabelicy 8 w aneksie omawiającej wpływ "udziału w leczeniu" i "pośrednich celów leczenia" na "efekty leczenia" wyizolowana satysfakcja z leczenia (występująca w równaniu regresji jako zmienna niezależna x-9) wyjaśnia 0.55 podniesione do kwadratu razy 100% - czyli około 26 % zmienności efektów leczenia. O ile na ostateczny procent wyjaśnionej rzeczywistości składa się szereg zmiennych niezależnych ich udział musi być interpretowany całościowo a nie w sposób izolowany. Szczegółowy opis analizy przedstawiony jest w rozdziale VII w którym omawiam wyniki badań.

### ROZDZIAŁ III. Opis badanej grupy

Badaniem objęto grupę 37 pacjentów spełniających wszystkie kryteria opisane w poprzednim rozdziale. Trzech pacjentów (co stanowiło 7,5 % wstępnie zakwalifikowanej w oddziale stacjonarnym 40 - to osobowej grupy) nie zostało ujętych w ostatecznej analizie wyników, gdyż z różnych powodów nie spełnili ostatecznego kryterium kwalifikacji odmawiając udziału w programie terapeutycznym oddziału dziennego. Pacjent "Staszek" (nr. 38) został wypisany na żądanie rodziny i nie ukończył leczenia w oddziale całodobowym. Pacjent "Leszek" (nr. 39) po skutecznym leczeniu w oddziale stacjonarnym zdecydowanie odmówił leczenia w oddziale dziennym i podjął pracę zawodową. Trzecia pacjentka "Marzena" (nr. 40) po kilku dniach leczenia przestała przychodzić na oddział dzienny, ale pozostała w kontakcie z różnymi osobami z zespołu terapeutycznego. Pozostałych 37 osób - co stanowi 92,5% kwalifikowanej do badań grupy - podjęło leczenie w oddziale dziennym.

Opisu grupy dokonam przez analizę 25 predyktorów czyli czynników demograficzno-społecznych, którym przypisuje się rokownicze znaczenie w przebiegu (course) i ostatecznym obrazie (outcome) schizofrenii po latach chorowania. Oceny tych czynników dokonano w chwili przyjęcia pacjentów na oddział całodobowy. Poniższa tabela A zawiera zestawienie zbiorcze.

TABELA A. OPIS BADANEJ GRUPY. n =37

1. Płeć	kobiety -22 mężczyźni -15
2. Stan cywilny	kobiety wolne - 13 mężatki - 9 mężczyźni wolni - 12 żonaci - 3 separacja, rozwód - 0
3. Obciążenie dziedziczne I st.	chory jest jeden rodzic - 5
4. Obciążenie dziedzicz. II st.	chorzy są bliscy krewni - 7 (w tej grupie jedna osoba ma równocześnie obciążenie dziedzicz. I st.)
5. Wykształcenie	wyższe -11 średnie -12 zawodowe - 7 wyższe nieukończone - 6 podstawowe - 1
6. Czas od zachorowania do hospitalizacji (w tygodniach). Rozpiętość od 1 do 482 tyg.	do 4 tyg. - 17 od 4 do 52 tyg. - 13 powyżej 52 tyg. - 7

7. Wiek w chwili pojawienia się objawów. od 19 r.ż. do 38 r.ż.
8. Wiek w chwili hospitalizacji od 19 r.ż. do 43 r.ż. średni - 29,6 lat
9. Czy hospitalizacja dotyczy 1-szego rzutu choroby. TAK - 30 NIE - 7
10. Osobowość przedchorobowa wg DSM III - wymiar II. norma - 18 inna patologia - 7 schizoidalna i schizotypowa - 12
11. Funkcjonowanie społeczne wg DSM III - wymiar V. bardzo dobre - 6 dobre - 13 dostateczne - 13 słabe - 5
12. Praca - nauka - ocena kliniczna. w pełnym wymiarze - 26 okresowo na zwolnieniach - 4 zmiany w pracy lub nauce w czasie roku - 0 częściowe zatrudnienie - 1 bezczylny na rencie lub urlopie dziek. - 3 bezczylny bez renty i urlopu dziek. - 3
13. Kontakty społeczne - ocena kliniczna. przynajmniej jeden głęboki i satysf. - 5 liczne, powierzchowne. satysf. - 10 nieliczne, powierzchowne, satysf. - 14 kontakty niesatysfakcjonujące - 4 brak, zerwane - 4

<p>14. Przystosowanie seksualne przedchorobowe  nie podjął współżycia seksualnego - 16  podjął okazjonalne kontakty seks. - 7  podjął i utrzymywał stały związek - 14</p>
<p>15. Diagnoza wg. DSM III wymiar I.- typ.  typ paranoidalny - 35  typ nieodróżnicowany - 2</p>
<p>16. Siła stresora społecznego wg. DSM III - wymiar IV.  brak stresora - 3  minimalny - 1  mierny - 12  średni - 18  znaczny - 2  ekstremalny - 1</p>
<p>17. Początek choroby wg. Kępińskiego (1972)  ostry - 26  przewlekły - 11</p>
<p>18. Czas hospitalizacji (łącznie z oddziałem stacjonarnym)  od 11 tyg. do 32 tyg.  średni czas - 15,9 tyg.  Na oddziale dziennym - od 2 do 23 tyg.  średni czas - 10,9 tyg.</p>
<p>19. BPRS - obj. negatywne przy wypisie z oddz. stacj.  od 2 do 20 pkt.</p>
<p>20. BPRS - suma ogólna objawów przy przyjęciu na oddz. stacj.  od 37 do 99 pkt.</p>
<p>21. BPRS - suma ogólna objawów przy wypisie z oddz. stacj.  od 25 do 52 pkt.</p>

<p>22. Objawy hebefreniczne lub katatoniczne  hebefreniczne - 1  katatoniczne - 4</p>
<p>23. Zaburzenia fizyczne wg DSM III - wymiar III  TAK - 1  NIE - 36</p>
<p>24. Wskaźnik ujawnianych uczuć w rodzinie (UU). <sup>22</sup>  niski - 10  wysoki - 22  brak danych - 5</p>
<p>25. Średni poziom funkcjonowania społecznego przed hospitalizacją mierzony skalą aktywności społecznej (SAS) od 27 do 143 pkt.</p>

---

<sup>22</sup> Wskaźnik (UU) został obliczony przy użyciu Camberell Family Interview (CFI) przez dr Marię Rostworowską.



Uzyskane dane wszechstronnie charakteryzują badaną grupę. Różnica między mężczyznami a kobietami nie jest istotna. Uderza male w stosunku do wyobrażeń na temat schizofrenii obciążenie genetyczne. Wyraźna przewaga osób z wyższym i średnim wykształceniem wskazuje na niereprezentatywność badanej grupy w stosunku do leczonej psychiatrycznie populacji chorych na schizofrenię i jest typowa dla populacji miejskiej.

Wśród 7 osób, których hospitalizacja dotyczy drugiego rzutu choroby a czas między zachorowaniem a hospitalizacją jest dłuższy niż 52 tyg. jest 5 - ciu małżonków. Z jednej strony wskaźnik ten - jak to wynika np. z ostatnich angielskich badań MacMillan i wsp. (1986) - jest jednym z najbardziej obciążających predyktorów przebiegu schizofrenii, z kolei fakt posiadania prokreacyjnej rodziny może mieć korzystny wpływ zwłaszcza na społeczne funkcjonowanie w chorobie.

Sredni wiek badanych wynosi 29,6 lat - ale większość gdyż 27 osób w tej grupie zachorowała przed 30 rokiem życia.

Według badań WHO (1979) przedchorobowa patologiczna osobowość ma złe rokownicze znaczenie dla przebiegu choroby. Blisko u połowy pacjentów stwierdzano patologię osobowości a wśród nich u 12 osobowość schizoidalną i schizotypową należącą już do spektrum schizofrenii.

Trudności w trafnym pomiarze przedchorobowego funkcjonowania społecznego oddaje fakt, że jest on opisywany przez pięć czynników (11, 12, 13, 14, 25). Przed pierwszą hospitalizacją tylko 6 badanych było bezczynnych w stosunku do 31 zatrudnionych lub uczących się. 8 (22%) osób miało niesatysfakcjonujące lub zerwane kontakty społeczne w porównaniu z 29 osobami które je utrzymywały na satysfakcjonującym poziomie. Powyższa charakterystyka wskazuje, że badana grupa miała dosyć wysoką aktywność społeczną w tych dwu najważniejszych dla przyszłego poziomu aktywności społecznej a nawet przebiegu choroby obszarach. Tylko 14 badanych miało stałego partnera seksualnego a aż 16 (43%) było bez inicjacji seksualnej. W bardziej ogólnej ocenie wg DSM III (czynnik 11) gdzie obok aktywności zawodowej i kontaktów społecznych uwzględniane są zainteresowania i umiejętność organizacji wolnego czasu 19 osób ocenianych było bardzo dobrze i dobrze a 18 dostatecznie i słabo. Potwierdza to tylko znane i cytowane już prace, że wynik globalny zamazuje poziom aktywności w poszczególnych istotnych obszarach, które są same

dla siebie ważnymi rokowniczo wskaźnikami późniejszej aktywności. Trudności w interpretacji skali aktywności społecznej SAS powiększa fakt, że obejmuje ona miesiąc przed hospitalizacją stacjonarną a więc czas, kiedy aktywność społeczna mogła być wyraźnie zaburzona przez objawy psychopatologiczne.

Diagnoza wg. kryteriów DSM III wskazuje w 35 przypadkach na paranoidalny typ przebiegu a tylko w dwu wypadkach na niezróżnicowany. W czynniku 22 stwierdzono u jednego pacjenta wyraźne rysy hebefreniczne a u dalszych 4 katatoniczne. Nie wystąpiły one jednak w tak dominującym stopniu aby wysycić typ przebiegu.

Czynnik 17 opisuje siłę stresora psychospołecznego wg DSM III. Tylko u 3 pacjentów nie dopatrzonego się żadnego a u 1 minimalny stres społeczny. Świadczy to o obecności u 33 pacjentów obiektywnie rejestrowanego stresu (nie jest w tym wypadku oceniany subiektywny sposób przeżywania tylko zachodzące fakty) przed pierwszą hospitalizacją psychiatryczną. Nie jest to równoznaczne z budzącą wiele kontrowersji oceną przewlekłego u 11 osób a ostrego u 26 początku zachorowania.

Sredni czas hospitalizacji w oddziale dziennym wynosił 10,9 tygodnia zaś łącznie z oddziałem stacjonarnym 15,9 tyg. Wskazuje to na fakt, że grupa badana, po krótkim - średnio 5 tygodniowym (35 dni) pobycie w oddziale stacjonarnym kontynuowała blisko 3 miesięczny (11,9 tyg.) intensywny program rehabilitacyjny w oddziale dziennym.

Czynnik 19, 20 i 21 to wyniki skategoryzowanych badań obrazu psychopatologicznego przy pomocy BPRS. Szczególnie ważna jest charakterystyka przy wypisie z oddziału stacjonarnego. Pomimo intensywnego leczenia w oddziale stacjonarnym pozostaje grupa pacjentów z utrzymującymi się zarówno objawami pozytywnymi (maksymalny 52 pkt) i negatywnymi (maksymalny 20 pkt). Uwagę zwraca, że na oddział dzienny byli przyjmowani pacjenci z ogólnym nasileniem objawów większym (maks. 52 pkt) niż ilość nasilenia objawów, która już powodowała hospitalizację całodobową (min. 37 pkt.).

Jedynie 10 rodzin zostało w tej grupie sklasyfikowanych przy pomocy CFI jako rodziny o niskim wskaźniku ujawnianych uczuć (UU) a aż 22 (60%) o wysokim. Wskaźnik ten jest ważnym czynnikiem rokowniczym dla ewentualnych nawrotów w dalszym przebiegu choroby.

Jest też oczywistym, że wnioskowanie w niniejszej pracy ze względu na przyjęte kryteria selekcji nie może być uogólniane w stosunku do "reprezentatywnej grupy" chorych na schizofrenię.

## ROZDZIAŁ IV Opis programu terapeutycznego w oddziale dziennym

*Jeszcze trudniej niż dokonać pomiaru "zmiany" w programie rehabilitacji jest ją spowodować.  
Anthony W.A. i wsp. (1972).*

### 1.

#### Kontekst terapii

Opisywany program terapeutyczny realizowany jest w oddziale dziennym krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej przy ul. Zwierzynieckiej 15/8<sup>23</sup>. Jest to oddział specjalistyczny dla pacjentów ze spektrum schizofrenii. Leczona grupa jest więc heterogenna diagnostycznie z wyraźną przewagą pacjentów z diagnozą schizofrenii. Zróżnicowanie grupy pogłębia fakt, że znajdują się w niej pacjenci o różnym czasie trwania choroby i bardzo zróżnicowanej kompetencji społecznej. Udział w terapii jest dobrowolny. Równoległe z pacjentem terapią objęte są rodziny. Terapia odbywa się w małej 12 osobowej grupie w atmosferze przypominającej atmosferę domu rodzinnego. Tydzień zajęć wypełniony jest ustrukturuowanym programem (załączonym w aneksie). Punkt ciężkości położony jest na program rehabilitacyjny dla pacjentów po przeżyciu ostrej psychozy leczonych najczęściej wcześniej na oddziale całodobowym. Dla części pacjentów przyjmowanych z ambulatorium oddział dostarcza dziennej opieki a sporadycznie wykorzystywany jest jako alternatywa hospitalizacji wobec pacjentów znanych wcześniej członkom zespołu z opieki ambulatoryjnej. Lokalizacja w środku miasta w jednej z krakowskich kamienic powoduje, że oddział z natury rzeczy wtopiony jest w lokalną społeczność i przeżywa codzienne problemy wynikające z sąsiedztwa z kilkoma rodzinami

---

<sup>23</sup>W trakcie statystycznego opracowywania materiału uległ zmianie adres oddziału na Plac Sikorskiego 2/8.

zamieszkującymi budynek. W oddziale leczonych jest rocznie około 60 pacjentów i ich rodzin.

Warunkiem prowadzenia otwartej psychiatrii jest bliska współpraca z oddziałem całodobowym Kliniki. Z jednej strony w chwili nawrotu ostrych objawów psychotycznych zwłaszcza zagrożenia samobójstwem pacjenci oddziału dziennego mogą być okresowo rehospitalizowani w oddziale stacjonarnym. Dotyczy to 5 - 10% pacjentów leczonych w ciągu roku (3 - 6 osób). Z kolei bliska współpraca pozwala w optymalny sposób zmotywować pacjentów do kontynuacji leczenia w oddziale dziennym, wybrać najlepszy moment do opuszczenia oddziału całodobowego i intensyfikacji leczenia oraz przygotować rodziny do dalszej współpracy poprzez wstępną edukację (Cechnicki i wsp. 1979, Barbaro i wsp. 1986, Barbaro, Ostoja - Zawadzka 1986). Program leczenia jest kompleksowy, ciągły i powszechnie dostępny.

Oddział dzienny jest częścią Ośrodka Dziennego, na który składają się różne formy pośrednie i ambulatoryjne pozostające w strukturze Państwowego Szpitala Klinicznego i Akademii Medycznej oraz ZOZ nr 1 w Krakowie:

- a/ Oddział dzienny (12 - 16 miejsc)
- b/ Ambulatorium obejmujące ciągłą, intensywną opieką indywidualną i grupową około 200 osób (ZOZ nr 1).
- c/ Hostel - w którym mieszka 6 lub 7 pacjentów.
- d/ Poradnia Rodzinna (ZOZ nr 1).
- e/ oraz Kluby Pacjentów i Rodzin.

Udział w terapii ambulatoryjnej jest w coraz większym stopniu zależny od motywacji własnej pacjentów. Tak więc jednym z istotnych celów leczenia w oddziale dziennym jest zmotywowanie pacjentów do jego kontynuacji. W ośrodku działa 12 ambulatoryjnych grup: terapeutycznych, treningowych lub zainteresowań. Grupy te są zorientowane zadaniowo i zabezpieczają wsparcie dla części bardziej chronicznych pacjentów głównie poprzez dostarczenie struktury. W grupach psychoterapeutycznych: dyskusyjnej i teatralnej (Bielańska i wsp. 1991) jest kontynuowana terapia z elementami terapii wglądowej.

Osobą kluczową w tym wieloletnim, ciągłym i zależnym od przebiegu choroby procesie terapii jest terapeuta indywidualny. To przez niego następuje włączenie pacjenta w grupę i dopiero w oparciu o bliskie i dające poczucie bezpieczeństwa więzi w grupie wprowadzenie go w pole doświadczeń społecznych.

Pierwsze spotkanie z rodziną pacjenta odbywa się w pierwszym tygodniu jego leczenia w oddziale lub w czasie przygotowań w ambulatorium wpisowym i ma na celu wzajemne

poznanie się. Rodziny pacjentów, które przeszły wstępne grupy lub spotkania edukacyjne spotykają się raz w tygodniu w grupach łączonych z pacjentami leczonymi w oddziale dziennym. Ta współpraca z rodziną w grupach łączonych kontynuowana jest często, kiedy pacjent już po wypisie z oddziału mieszka w hostelu lub pozostaje w opiece ambulatoryjnej. Celem pracy z rodziną jest próba zmiany systemu rodzinnego albo też pomoc pacjentowi w opanowaniu umiejętności radzenia sobie z systemem rodzinnym. Ten złożony proces odbywa się często poprzez dostarczanie rodzinie wsparcia, informacji i wiedzy o chorobie, poprzez działanie w kierunku poprawy wewnątrzrodzinnej komunikacji i rozwiązywania problemów. Do chwili obecnej uwaga zespołu koncentruje się przeważnie na pracy z pacjentem i dostarczeniu mu sposobów radzenia sobie z chorobą.

Hostel, jak to opisywano (Barbaro i wsp. 1979, Cechnicki i Zadecki 1985), służy jako doświadczenie wspólnego mieszkania w grupie i zdobywania doświadczeń bardziej samodzielnego życia poza domem. Od kilku lat jest organizacyjnie związany z oddziałem dziennym i służy równocześnie jako miejsce treningu społecznych umiejętności w trakcie pobytu w oddziale dziennym. Wówczas dla części pacjentów udział w zajęciach oddziału dziennego lub ambulatorium traktowany jest jak praca lub nauka, która wcześniej była koniecznym warunkiem zamieszkania w hostelu.

Trzy kluby pacjentów, rodzin i współmałżonków działają w formie zbliżonej do grup samopomocy.

Istotnym celem pracy ambulatoryjnej jest stworzenie szerokiej sieci społecznej, "Bleulerowskiej wspólnoty terapeutycznej" przesuniętej poza mury szpitala, bliżej codziennego życia. Sieć ta działa poprzez inspirację ze strony terapeutów ale również dzięki inicjatywie własnej pacjentów, którzy mają olbrzymi współudział w jej tworzeniu. Przejmują oni inicjatywę i kierują pracami np. grupy fotograficznej, koła PTK, redakcji własnej gazety lub klubu języka angielskiego. Tworzą oni aktywne środowisko terapeutyczne obejmujące jak powiedział McGlashan (1986) "całą przestrzeń życiową".

Zespół terapeutyczny, który prowadzi również badania naukowe oraz dydaktykę przed i podyplomową, składa się z trzech lekarzy, dwóch pracowników społecznych, trzech pielęgniarek i dwóch psychologów. Od lat współpracuje z nami artysta plastyk i reżyser teatralny. Olbrzymie znaczenie przywiązujemy do współpracy z nieprofesjonalistami - głównie studentami psychologii i medycyny. Zespół jest podstawowym wehikulum terapeutycznym w ośrodku. Pracuje w ciągłym, bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Jednym z istotnych problemów takiego

stylu pracy jest świadomość dwóch zagrożeń:

- z perspektywy pacjenta jest to zagrożenie uzależnieniem od tak wszechstronnego i rozbudowanego systemu opieki, dodatkowo pogłębionego pewnego rodzaju opozycją wobec "złego świata codzienności",
- z perspektywy terapeuty jest to zagrożenie "zespołem wypalenia".

2.

## Założenia pracy oddziału dziennego

Program terapeutyczny na oddziale dziennym opiera się na:

1/ Wiedzy o schizofrenii opisanej w ogólnych zasadach terapii i rehabilitacji schizofrenii. (Rozdz. I cz..5.1.).

2/. Wiedzy o znaczeniu aktywnego środowiska terapeutycznego nie tylko dostarczającego wsparcia, ale zgodnie z funkcjami aktywnego milieu wyodrębnionymi przez Gundersona (1978) zapewniającego strukturę, włączenie i zaangażowanie celem przełamania pasywnych postaw i zainteresowania wzajemnymi problemami oraz uznanie indywidualności pacjenta. Dokonuje się to przez indywidualizację celów leczenia, głębokie rozmowy, akceptację błędów i własnych możliwości. Również ważna jest w naszym przekonaniu szósta funkcja - negocjacja opisana przez Washburna (1979) i typowa tylko dla lecznictwa dziennego polegająca na ciągłym negocjowaniu z pacjentem celów leczenia na poszczególnych jego etapach.<sup>24</sup>

3/ Wiedzy o znaczeniu czynników terapeutycznych w terapii grupowej opisanych przez Yaloma (1985) - takich jak zaszczepianie nadziei, uniwersalność, dostarczanie informacji, altruizm, korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, rozwijanie umiejętności społecznych (społeczne uczenie), zachowania naśladowe, uczenie interpersonalne, spójność grupy, katharsis i czynniki egzystencjalne wynikające głównie z konfrontowania się z podstawowymi sprawami własnego życia i śmierci. Ten aspekt zawiera również wiedzę o czynnikach,

---

<sup>24</sup>*Kilkukrotne badania środowiska terapeutycznego naszego oddziału dziennego za pomocą Skali Atmosfery Oddziału -WAS opracowanej przez Moosa (1974) wskazują na olbrzymią zgodność w ocenie w grupie pacjentów i terapeutów. Najwyżej oceniane były organizacja, wsparcie praktyczna orientacja i jasność programu. Najniżej dopuszczanie agresji i kontrola sprawowana przez zespół. (Matkowski- przygotowywane do druku)*

ocenianych subiektywnie przez pacjentów jako terapeutyczne w leczeniu dziennym. Hodge i wsp. (1988) wymieniają za pacjentami kolejno: strukturę, kontakt interpersonalny, leczenie farmakologiczne, altruizm, uczenie się, mobilizację rodzinnego wsparcia i związków ze środowiskiem.

4/. Uznaniu znaczenia terapii behavioralnej opartej na często stosowanym systemie wzmocnień społecznych w rehabilitacji schizofrenii. Znaczenie treningu społecznych umiejętności i jego obszary zostały szczegółowo opisane przez Cechnickiego i wsp. (1986) zaś oddziaływanie psychoedukacyjne wobec rodzin przez Barbaro i Zawadzką (1986).

5/. Doświadczeniu terapeutów wyniesionym z hostelu i obozów terapeutycznych z towarzyszenia pacjentom w ich codziennym życiu i w ten oto "naturalny" sposób dostarczaniu modelu prawidłowego funkcjonowania. Doświadczenie to eksponuje znaczenie "bliskiego dystansu" w budowaniu związku z pacjentem i jego analogię do relacji sprzyjających dojrzewaniu w fizjologicznym procesie rozwoju.

3.

### Zasady leczenia w oddziale dziennym

Omówione tutaj zasady leczenia nie są ani ostateczne, ani niezmiennie. Przeciwnie - podlegają stałej dyskusji i ta dyskusja jest częścią samego procesu terapeutycznego. Ważne jest tylko aby nie zanikały przez zaniedbanie czy zwykłą beztroskę. W otwartej dyskusji, w oparciu o superwizję wszystko może ulegać zmianie. Zostaną one przedstawione tak jak były przyjęte na okres eksperymentu:

1/. Pacjenci przyjmowani na oddział, spotykają się z zespołem na rozmowę kwalifikującą. Uczestniczy w niej zawsze terapeuta aktualnie prowadzący grupę i najlepiej przyszły opiekun pacjenta w oddziale. Oni też podejmują ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta. W razie wątpliwości pacjent jest przedstawiany na wspólnym spotkaniu całego zespołu.

2/. Każdy pacjent kierowany do oddziału, jeżeli nie jest pacjentem naszego ambulatorium, rozstaje się ze swoim dotychczasowym terapeutą i poznaje z nowym. Ten moment pierwszego spotkania jest często decydujący dla dalszej terapii. Często trzeba kilku spotkań aby wynegocjować warunki, ustalić cele leczenia lub pogłębić motywację. Powinno się to dzieć przy bliskiej współpracy z dotychczasowym terapeutą.

3/. Pierwsza rozmowa na którą zapraszana jest rodzina pacjenta



często decyduje o tym czy dajemy się poznać jako "kompetentni sojusznicy". Alians z rodziną będzie często decydował o utrzymaniu się pacjenta w leczeniu. Poza opiekunem pacjenta powinien w niej uczestniczyć terapeuta pracujący aktualnie w grupie rodzinnej.

4/. Ważnym wspólnym zadaniem dla terapeutów i pacjenta jest, aby w pierwszych rozmowach odpowiedzieć na pytanie "co pacjent chce dla siebie w ośrodku osiągnąć". Chociaż taka "inicjacja" czyni wstąpienie do oddziału trudniejszym to zarazem wybór celów na samym starcie włącza od początku pacjenta w odpowiedzialność za leczenie, nadaje decyzji głębszy sens i podnosi atrakcyjność wyboru.

5/. Jeżeli pacjent od samego początku kwestionuje ustalone normy i zasady ośrodka trzeba próbować włączyć współpacjentów jako "kompetentnych fachowców" od kryzysów psychotycznych. Ich opinie np. o potrzebie brania leków będzie trudniej deprecjonować. Jeżeli pacjent od samego początku zyskuje specjalny status w oddziale np. nie bierze leków lub nie uczestniczy w zajęciach ruchowych - musi to być w jasny i przekonujący sposób uzasadnione i zaakceptowane przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego i pacjentów. Niejasności zemszczą się bardzo szybko.

6/. Opiekunem indywidualnym mogą zostać wszystkie osoby z zespołu które dysponują odpowiednim doświadczeniem terapeutycznym (szkolenie i minimum trzy lata pracy w oddziale). Lekarz jest w każdym przypadku konsultantem farmakologicznym. Opiekunowie indywidualni pozostają nimi najczęściej przez wiele lat w dalszej opiece ambulatoryjnej.

7/. W naszym ośrodku o profilu rehabilitacyjnym i terapeutycznym status zawodowy np. lekarza nie decyduje o prestiżu. Decydujące jest nabyte latami doświadczenie terapeutyczne i osobowościowe dyspozycje.

8/. Decydującym czynnikiem w leczeniu jest wytworzenie specyficznej atmosfery, klimatu ośrodka. Polega to na trudnych do zadekretowania reakcjach wskazujących na zainteresowanie i szacunek wobec pacjentów np. przywitania, nieformalne rozmowy, pożegnania przed wyjściem z oddziału, życzenia przyjemnego popołudnia, częste spotkanie wzrokiem na oddziale w ciągu dnia, sposób żartowania przy posiłkach, gościnność itd. Terapeuci 80% swojego czasu pracy powinni spędzać wśród pacjentów.

9/. Zarówno pacjenci jak i terapeuci nie opuszczają ośrodka w czasie godzin wspólnej pracy. O każdym wyjściu musi być powiadomiona społeczność oddziału i musi być ono uzasadnione. Spóźnienia i nieobecności są związane z symbolicznymi finansowymi karami, które obejmują wszystkich członków

społeczności.

10./ W sytuacji niespodziewanej nieobecności starosta - wybrany przez społeczność oraz osoba, która czuje, że już wystarczająco poznała osobę nieobecną - odwiedzają ją i przy okazji zanieśienia leków rozmawiają o przyczynach nieobecności.

11/. Podobnie jak życiu w rodzinie naszej terapii towarzyszy szereg rytuałów, jak np. wspólne posiłki przygotowane przez wachty kuchenne w których biorą udział również terapeuci, świętowanie imienin i urodzin, świąt czy też pożegnalnych uroczystości dla osób odchodzących z oddziału.

12/. Wszyscy członkowie społeczności mogą się do siebie zwracać po imieniu.

13/. Wszystkie zajęcia w oddziale są obowiązkowe. Każdy z terapeutów jest odpowiedzialny za prowadzenie wybranych przez siebie zajęć. Towarzyszy mu zawsze koterapeuta z zespołu i stażyści.

14/. Szereg odpowiedzialności i kompetencji spada w oddziale na osobę aktualnie prowadzącą grupę terapeutyczną. Nie tylko jak już wspomniano kieruje przyjęciami na oddział, ale równocześnie jest odpowiedzialna za sytuację terapeutyczną w hostelu wraz z teamem hostelowym. To ona np. przekazuje na społeczność ustalenia, które zapadają na spotkaniach całego zespołu i prowadzi raz dziennie po psychoterapii krótkie zebranie całego zespołu celem omówienia aktualnej sytuacji w grupie.

15/. Społeczność oddziału wybiera, spośród pacjentów, na okres dwóch tygodni trzy osoby pełniące funkcję - starosty oddziału, kwatermistrza i kaowca. Wokół tych trzech osób pełniących społeczne role i ich zadań koncentruje się społeczne życie oddziału. Role te są pełnione kolejno przez wszystkich pacjentów.

16/. Zajęcia tzw. "trzecie" lub "przedobiadowe" są dla wielu pacjentów często ważniejsze niż psychoterapia - tam ćwiczą adekwatną ekspresję, umiejętność relaksu, wystąpienie z pogadanką o własnych zainteresowaniach, trenują umiejętności konwersacji, sprzeciwu, prawienia komplementów lub omawiają miesięczny budżet. Rozdają zadania domowe. Jest to szczególna okazja, aby w sposób świadomy pacjenci, którym tego typu aktywności nie sprawiają trudności mogli "dawać" pomoc swoim kolegom. (zadania na mieście, nauka tańca, trening w psychodramatycznych scenkach). Za przeprowadzenie tych zajęć są odpowiedzialni nieprofesjonaliści zatrudnieni na oddziale na godziny (malarka, reżyser teatralny, studenci) oraz pielęgniarki i pracownicy społeczni.

17/. Pani salowa pełni w naszej społeczności rolę "gospodyni domu". Wszyscy muszą brać udział w jej niewdzięcznych

zajęciach. Sprząatanie ośrodka zostało włączone jako stały punkt zajęć terapeutycznych. Również w ciągu tygodnia wachta i kaowiec są odpowiedzialni za wyrzucanie śmieci, bieżące odkurzenie czy porządek w kuchni po zakończeniu zajęć.

18/. Chodzenie we własnych pantoflach, wykonywanie drobnych napraw dla ośrodka i wszelakie pomaganie w jego prowadzeniu zostało z jednej strony włączone do rutynowego programu zajęć treningowych, ale co jest równie ważne służy "oswojeniu i zadomowieniu w instytucji".

19/. Po spotkaniu "zapoznawczym" i spotkaniach edukacyjnych następuje zaproszenie rodziny do grupy łączonej razem z pacjentami. O włączeniu do tej grupy decydują wspólnie na zebraniu zespołu terapeuty indywidualny i prowadzący grupę rodzinną. Trzeba wybrać optymalny dla pacjenta czas do jego udziału w tej trudnej grupie.

20/. Terapeuta prowadzący pracę z rodzinami powinien zawsze występować w koterapii. Nie powinien być równocześnie terapeutą indywidualnym pacjentów. Grupa łączona pacjentów i rodzin powinna mieć zawsze obserwatora, który pełni rolę superwizora.

21/. W hostelu raz w miesiącu jest wybierany gospodarz domu, który dba o przestrzeganie norm i ustaleń hostelowych. Dwóch opiekunów z zespołu odwiedza raz w tygodniu hostel i bierze udział w zebraniu mieszkańców hostelu.

22/. W oddziale nie powinno być więcej jak dwóch stażystów. Byłoby zawsze korzystne gdyby mogli mieszkać wspólnie z pacjentami w hostelu. Nie prowadzą oni opieki indywidualnej nad pacjentem, ale biorą udział we wszystkich grupowych formach zajęć w roli aktywnych koterapeutów. Ich głównym zadaniem jest przebywanie wśród pacjentów.

23/. Raz w ciągu dnia po psychoterapii cały zespół zbiera się aby przez pół godziny dokonać bieżącej analizy sytuacji w grupie i wymienić aktualne informacje na temat rodzin i pacjentów. Spotkanie to prowadzi terapeuta prowadzący aktualnie psychoterapię grupową.

24/. Raz w tygodniu odbywa się zebranie całego zespołu z superwizorem z Kliniki. Czas tego spotkania musi być podzielony między:

- a/ sprawozdanie terapeuty grupowego o sytuacji w grupie
  - b/ problemy terapeutów odpowiedzialnych za inne zajęcia w oddziale
  - c/ informacje terapeutów prowadzących grupę rodzinną
  - d/ wypisy i przyjęcia
  - e/ problemy wnoszone przez indywidualnych terapeutów
  - f/ prezentacja pacjenta zakończona rozmową z nim
- 25/. Raz w tygodniu w dniu wycieczki odbywają się:

- a/ rozmowy z osobami kierowanymi do przyjęcia do oddziału
- b/ dydaktyka dla studentów
- c/ planowanie i realizacja badań własnych
- d/ szkolenie wewnętrzne pracowników całego ośrodka
- e/ wymiana informacji o pracy grup ambulatoryjnych, klubów, hostelu.
- f/ sprawy organizacyjne np. remonty, organizacja obozu narciarskiego i terapeutycznego, seminaria organizowane przez ośrodek (20-30 osobowe), kurs ogólnopolski, dydaktyka przeddyplomowa, publikacje.
- g/ oddzielnym zadaniem jest organizacja współpracy międzynarodowej z niemieckimi, angielskimi i włoskimi partnerami ośrodka (współpraca obejmuje terapeutów, pacjentów i rodziny pacjentów zorganizowane w Towarzystwie Rodzin) oraz z Międzynarodową Współpracą Medyków (IMA) z siedzibą w Wiedniu. W naszym ośrodku mieści się sekretariat IMA- Polen..

#### 4.

#### Elementy programu leczenia

Jak już wspomniano założeniem jest integracja oddziaływań farmakologicznych i psychospołecznych oraz integracja pracy z pacjentem i opieki nad rodziną. Kolejdoskopowy przegląd poszczególnych składowych programu leczenia ma na celu uchwycić istotę tych oddziaływań.

##### 4.1. Leczenie farmakologiczne.

W trakcie leczenia poszukuje się optymalnej, możliwie niskiej dawki jednego neuroleptyku. Unika się polipragmazji. Próbuje się wyeliminować leki przeciwparkinsonowskie. Pacjenci są motywowani do przejęcia odpowiedzialności za zażywanie leków. Równocześnie samodzielność w pokierowaniu własnym leczeniem farmakologicznym jest przedmiotem specjalnych zajęć treningowych, często pojawia się jako temat społeczności lub grupy odsłaniając szerszą problematykę stosunku do leczenia i psychiatrii.

##### 4.2. Leczenie psychospołeczne.

###### 4.2.1. Kontakt indywidualny.

Kontakt z terapeutą indywidualnym jest dla chorych na schizofrenię warunkiem koniecznym dla uczestniczenia w leczeniu

społecznym. Jak już pisano przy okazji 6 zasady leczenia jest to najczęściej umowa o pomaganie sobie na długie lata. W oddziale dziennym w zależności od możliwości i motywacji pacjenta kontakt indywidualny polega na wspieraniu pacjenta w uczestniczeniu w bieżącym życiu oddziału lub też na omawianiu problemów osobowościowych, rodzinnych i sposobów przeżywania. W tej fazie leczenia poszukiwanie dobrego emocjonalnego kontaktu doprowadza często do wytworzenia pozytywnej identyfikacji z osobą terapeuty. Wystąpienie wzajemnych przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych emocji jest przedmiotem superwizji. Spotkania odbywają się w przerwach zajęć grupowych przynajmniej raz w tygodniu chociaż czasami stan pacjenta wymaga codziennej krótkiej podtrzymującej rozmowy. Rodzaj relacji między pacjentem chorym na schizofrenię a terapeutą i jego wpływ na przebieg procesu leczenia jest przedmiotem badań w oddziale wspólnie z Kliniką Eppendorf w Hamburgu<sup>25</sup>.

#### 4.2.2. Środowisko terapeutyczne (milieu), zebrania społeczności i role w społeczności.

Milieu ogarnia cały dzień. Jest to najważniejszy element omawianego programu leczenia. Poprzez planowanie popołudnia i weekendu, przez zadania domowe i np. prywatki w domach pacjentów ogarnia praktycznie całościowe kształtowanie wzajemnego współżycia. Zjawiska jakie zachodzą w dużej grupie społeczności są omawiane codziennie na zebraniach w których bierze udział cały zespół terapeutyczny i pacjenci. Chcę tutaj podkreślić trzy cele tego zebrania:

Po pierwsze - jako miejsca wymiany informacji. Oczywiście nie znaczy to, że wymiana informacji jest procesem jedynie poznawczym. Kto, kogo i o czym informuje? Wszyscy, wszystkich ale ilość informacji nie powinna przekraczać możliwości ich asymilacji. Pozostawia się też prawo do intymności. Tak więc na społeczności np. kierownik oddziału informuje o osobach, które mają być przyjęte do oddziału, o problemach omawianych na zebraniach personelu, gościach odwiedzających oddział lub zajęciach ze studentami, w której pacjenci proszeni są o pomoc. Terapeuci indywidualni i ich pacjenci informują o swoich rozmowach indywidualnych i planach leczenia. Terapeuci rodzinni

---

<sup>25</sup> *Badania Starka i Buchkremera (1990) wskazują, że terapeuci mogą pozostawać z chorymi na schizofrenię w relacji równie niekorzystnej jak referowane w piśmiennictwie postawy krewnych o wysokim wskaźniku ujawnianych uczuć.*

o spotkaniach z rodzinami. Pacjenci i terapeuci o tym jak zrealizowali swoje plany popołudniowe i podczas weekendu. Terapeuci odpowiedzialni za swoje zajęcia, o trudnościach z tymi zajęciami lub przeciwnie o postępach jakie widzą u pacjentów.

Po drugie - celem zebrania jest otwarte dyskutowanie zasad i założeń prowadzenia oddziału tak, aby udział w terapii był coraz bardziej świadomy a wpływ grupy na stymulowanie korzystnych zachowań swych członków coraz większy.

Po trzecie - jest to miejsce ćwiczenia funkcjonowania w rolach społecznych: starosty, który zebranie prowadzi, kwatermistrza, który kierują kasą oddziałową i kuchnią i kaowca, który robi codzienny krótki przegląd prasy oraz organizuje wspólne kino lub zwiedzanie wystaw. Trudności przeżywane przez te trzy osoby mogą utrudniać spełnianie pierwszych dwóch celów i powinny być pokonywane przy pomocy innych członków społeczności.

#### 4.2.3. Grupa psychoterapeutyczna.

Odbywa się codziennie i trwa godzinę. Zdarzenia, tematy i przeżycia na psychoterapii grupowej dynamizują i określają często atmosferę panującą w oddziale. Poprzez odwoływanie się do warstwy emocjonalnej grupa może dać silne poczucie przynależności tj. spójności grupy, poprzez doświadczenie wspólnoty w przeżyciach. Tematyka grupy koncentruje się wokół "tu i teraz", aktualnych sytuacji na oddziale, często wokół tematów i problemów wyłonionych na zebraniu społeczności, wokół relacji między członkami grupy, wzajemnego poznawania się itd. Raz w tygodniu grupa ma temat "moja rodzina dziś i jutro". Chociaż temat rodzinny często wypływa w ciągu tygodnia te spotkania dodatkowo przygotowują lub też kontynuują problematykę omawianą na grupach wspólnie z rodzicami lub małżonkami.

#### 4.2.4. Zajęcia terapeutyczne z rodziną.

Pacjenci oddziału dziennego przebywają dwie trzecie czasu z rodziną. Dopiero teraz są naprawdę wyręczani, krytykowani lub odrzucani. Terapeuci oddziału dziennego stają się pośrednimi sprawcami wydarzeń emocjonalnych zachęcając np. do spędzania czasu poza domem w gronie rówieśników lub samodzielnego ugotowania obiadu.

Spotkania w grupie pacjentów i ich rodzin odbywają się raz w tygodniu popołudniami. Mają one za cel dalsze pogłębienie rozumienia przeżyć psychotycznych i radzenia sobie z chorobą,

poprawę komunikacji w rodzinie z uwzględnieniem jej niewerbalnego aspektu, oraz rozwiązywanie rodzinnych problemów zwłaszcza tam gdzie w grę wchodzi krytyka, nadużywanie emocjonalne z uczuciowym szantażem, domaganiem się lojalności przy próbach dążenia do emocjonalnej niezależności.

Grupa jest półotwarta a czas pozostawania w grupie zależy od potrzeb i trudności poszczególnych jej uczestników i waha się od kilku miesięcy do roku. Zdarza się, że grupę opuszcza już pacjent a pozostaje w niej jego matka, gdyż to ona właśnie w tym okresie potrzebuje pomocy całej grupy przez dłuższy okres czasu.

Rodziny, które z powodów czasowych, stopnia zaburzeń, lęku przed sytuacją grupową nie uczestniczą w tych spotkaniach są zapraszane na indywidualne sesje (dla całej rodziny). Podobnie oddzielne spotkania proponuje się małżeństwom.

#### 4.2.5. Hostel.

Trening w hostelu podczas rehabilitacji w oddziale dziennym jest potężną interwencją w cały system rodzinny. Ponieważ jest to bardzo znacząca interwencja terapeutyczna, którą można byłoby ofiarować tylko pojedynczym pacjentom nie został on wykorzystany wobec grupy będącej przedmiotem badań.

#### 4.2.6. Grupa treningowa i trening umiejętności życiowych.

Realizacja celów związanych z umiejętnościami życiowymi często pokrywa się z treningiem w społecznej kompetencji. W treningu umiejętności życiowych "grupa treningowa" prowadzona przez pielęgniarki wspomagana jest innymi, już bardziej praktycznymi zadaniami w ciągu całego tygodnia w oddziale. Należą do nich:

- a/ wachty w kuchni
- b/ sprzątanie oddziału
- c/ pogadanka o hobby i zawodzie
- d/ zadania poza oddziałem (w domu, wobec znajomych lub zakładu pracy).

Celem samej grupy jest trening w zakresie takich umiejętności jak gotowanie, higiena osobista, budżet miesięczny, kierowanie lekami, radzenie sobie z sytuacjami stresowymi, poszukiwanie pracy, prowadzenie rozmowy itd. Tematy i problemy poruszane na tej grupie wracają praktycznie w różnych wersjach na codziennych zebraniach społeczności a w sposób pogłębiony na grupie psychoterapeutycznej.

#### 4.2.7. Zajęcia ruchowe i parateatralne.

Codzienna gimnastyka z elementami zajęć ruchowych, relaks, zajęcia parateatralne, nauka tańca służą poprawie ekspresji pozawerbalnej, którą rozumiemy jako komponent społecznej kompetencji. Zubożenie, bladeść wreszcie nieadekwatność pozawerbalnej ekspresji w schizofrenii powoduje, że ten typ zajęć odgrywa szczególnie ważną rolę w oddziale.

#### 4.2.8. Wycieczki i obozy.

Raz w tygodniu organizowane są wycieczki za miasto. Mają na celu mobilizację pacjentów do rekreacji i przyjemnego spędzenia czasu. Wycieczka powinna być atrakcyjna. Można rozważyć różne formy spędzenia tego dnia w małych grupach.

W czasie trzydniowych wycieczek w góry organizowanych przez oddział dzienny, w których uczestniczą terapeuci, większość zajęć - jak wachta, psychoterapia - przenoszone są w góry. Równocześnie terapii towarzyszy duży wysiłek fizyczny. W dokonywanej przez pacjentów ocenie korzyści z leczenia jest to jedna z najwyżej ocenianych propozycji terapeutycznych. Z kolei terapeuci obserwują wzrost integracji grupy i przyśpieszenie osiągnięcia korzyści w zakresie wielu, opisywanych poniżej, pośrednich celów leczenia w oddziale.

Jeszcze intensywniejszym oddziaływaniem jest udział w dwutygodniowym obozie terapeutycznym. Celem jest nie tylko rekreacja, ale intensywne przebywanie w grupie nastawionej na zadanie. Część pacjentów zaczyna lub kończy w ten sposób pobyt na oddziale dziennym lub też przeżywa obóz jako część pobytu w oddziale. Zdarzało się również, że w trakcie pobytu w oddziale dziennym część pacjentów mogła wziąć udział w obozie narciarskim.

### 5.

#### Pośrednie cele leczenia w oddziale dziennym

Jednym z najważniejszych pośrednich celów leczenia jest rozbudzenie aktywności własnej pacjentów. Wyraża się ona stopniem spontanicznego udziału w programie leczenia. Dotyczy np. samodzielności w organizowaniu własnego popołudnia jak



również stopnia otwartości w sytuacjach grupowych, aktywności w realizowaniu ról społecznych itd. Jak przypuszczamy ta "jakość udziału" w leczeniu pozostaje w związku z 8 pośrednimi celami leczenia wyłonionymi na podstawie wieloletniej praktyki klinicznej. Są to cele pośrednie, gdyż mierzą bardziej szczegółowe efekty programu terapeutycznego, które prawdopodobnie pośredniczą w uzyskiwaniu ostatecznych efektów leczenia mierzonych redukcją objawów chorobowych i poprawą funkcjonowania w środowisku. Te pośrednie cele leczenia obejmują: motywację, stosunek do zażywania leków, wgląd pacjenta, umiejętności społeczne, umiejętności życiowe, ekspresję pozawerbalną, subiektywną satysfakcję i kontakty w rodzinie.

### 5.1. Motywacja

Motywacja do leczenia ambulatoryjnego, dobrowolność uczestnictwa jest często wymieniana jako jedyny cel i największy sukces oddziału dziennego (Woodside 1985). Według Ericksona (za Stierlin 1985) są trzy główne źródła motywacji własnej: ciekawość, związek z grupą i kompetencje społeczne. Fakt ten wskazuje na wzajemną zależność wyodrębnionych pośrednich celów leczenia. Porzucanie przez pacjentów leczenia w okresie pozaszpitalnym jest jednym z głównych problemów terapii schizofrenii i dlatego cel ten został wymieniony jako pierwszy.

### 5.2. Współpraca w zażywaniu leków

Okolo 50% nawrotów choroby wiąże się z odstawianiem leków przez pacjentów (Van Putten -1978). Samodzielne kierowanie leczeniem farmakologicznym jest jednym z kluczowych celów programów dla chorych na schizofrenię. W badaniach Hodga i wsp. (1989) wśród czynników opisywanych przez pacjentów i klinicystów jako terapeutyczne w oddziale dziennym leki były wymieniane w 85% zaraz po strukturze i kontaktach interpersonalnych. W naszej ankiecie pacjenci w 74% przypisywali lekom duże lub bardzo duże znaczenie w poprawie stanu zdrowia, zaraz po kontaktach z terapeutą (94%) i wycieczkach i obozach (82%). Problem współpracy w zażywaniu leków pomaga zrozumieć dlaczego Washburn (1979) wyodrębnił negocjację jako typową dla lecznictwa dziennego funkcję aktywnego milieu. Zarówno rodzaj, sposób zażywania, dawka leku podlegają ciągłej negocjacji. Typowe dla edukacyjnych czy behavioralnych programów dla chronicznych pacjentów bierne i

podporządkowane zażywanie leków (compliance) w naszym programie zamienione jest na świadomy współdział. Axelrod i Wetzler (1988) badając czynniki wpływające na współpracę pacjentów chorych na schizofrenię w opiece pozaszpitalnej wymieniają jako najważniejsze współpracę w zażywaniu leków i nie odrzucanie potrzeby pomocy.

### 5.3. Wgląd

Ten pośredni cel leczenia jest indywidualnie akcentowany w opisywanym programie. Wgląd wiąże się ze sposobem przeżywania choroby, stopień w jakim pacjent integruje chorobę w obraz własnego JA (Wciórka 1986), czyni ją zrozumiałym psychologicznie doświadczeniem i łączy z własną historią życia. Pacjenci, którzy się od swojej choroby odcinają, przeżywają ją jako obcą mają zazwyczaj gorszy przebieg choroby. W pracy nad wglądem w psychozę kluczową rolę odgrywają współpacjenci i grupa terapeutyczna dzięki kontroli poczucia realności i odprywatnieniu, uniwersalizacji przeżycia psychotycznego. Tylko część pacjentów zdolna jest do wglądu w związki między osobowościowymi i rodzinnymi problemami kształtującymi relację Ja - Drugi człowiek a wystąpieniem psychozy. Głębsza analiza tej relacji dokonuje się przeważnie w kontakcie indywidualnym a szereg zajęć grupowych dostarcza społecznego i psychologicznego tła dla tej analizy.

### 5.4. Umiejętności społeczne

Przez kompetencję społeczną rozumiem za Wallace i wsp. (1980) zarówno "interpersonalną kompetencję" tj. umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych lub też czerpania wzmocnień z tych kontaktów jak również "instrumentalne umiejętności" potrzebne do wykonywania zadań i ról społecznych. Dotyczy to takich sytuacji zadaniowych w oddziale dziennym jak konieczność nawiązywania kontaktów w grupie, która wynika z pełnionej roli np. starosty. Najczęściej aspekt instrumentalny i społeczno-emocjonalny ulegają wymieszaniu. Wyodrębnione poniżej dwa kolejne cele pośrednie można rozumieć jako istotne komponenty kompetencji społecznej. Większość programów rehabilitacyjnych opisywanych w teoretycznej części pracy stawia sobie za cel poprawę kompetencji społecznej pacjentów.

### 5.5. Umiejętności życiowe

Zadęcki (1979) opisywał i podkreślał w terapii znaczenie schizofrenicznego apragmatyzmu. Doświadczenia z obozów i hostelu w pełni to potwierdzają. Nasi pacjenci mają najczęściej "dwie lewe ręce i nie sieją ani nie orzą". Żyją bardziej w kręgu wartości deklarowanych a ich realizacja niestety zawodzi. Problemy sprzątnia, gotowania, miesięcznego budżetu są im obce. Dodatkowym i istotnym aspektem w jakim następuje trening tych umiejętności jest konieczność współdziałania, współpracy np. w wachtach, w sprzątniu, we wspólnych zadaniach itp.

## 5.6. Ekspresja pozawerbalna

Ten cel jest związany z udaną komunikacją. W tym wypadku akcentuje się jej aspekt pozawerbalny często decydujący w kontaktach społecznych. Ze względu na jego znaczenie i złożoność postanowiono potraktować ten cel odrębnie w stosunku do bardziej ogólnego celu jakim są umiejętności społeczne. Poprawa ekspresji pozawerbalnej jest częścią składową wielu treningów społecznych umiejętności dla chorych na schizofrenię. Kliniczna, praktyczna ocena poprawy w zakresie niewerbalnej komunikacji powinna uwzględniać mimikę pacjenta, gestykulację, siłę i ton głosu, postawę ciała, kontakt wzrokowy z rozmówcą i zgodność ekspresji emocjonalnej z treścią wypowiedzi.

## 5.7. Subiektywna satysfakcja

Chociaż termin "satysfakcja" jest niejasny to jednak sytuacja, w której pacjenci odnoszą satysfakcję z leczenia przez swoich terapeutów jest ważna dla wiary pacjentów, że ostatecznie odniosą korzyść z leczenia. Anthony (1978) proponuje włączyć subiektywną satysfakcję z serwisu psychiatrycznego na stałe w ocenę efektów leczenia. Conte i wsp. (1989) podkreślają, że relacja ta niesie w sobie także niespecyficzne elementy terapeutyczne jak zaufanie pacjenta do kompetencji terapeuty, wiara, że terapeuta chce pomóc a także uczucie pacjenta, że jest dobrze rozumiany i akceptowany. W badaniu wykorzystano ankietę w której pacjenci obok oceny subiektywnej satysfakcji z leczenia oceniali korzyści z poszczególnych form terapii oraz opisywali dwie z nich, które oceniali, że przynoszą im największe korzyści.

## 5.8. Kontakty w rodzinie

Realizacja tego celu może być szczególnie ważna przy

analizie dłuższego okresu przebiegu leczenia i ewentualnych nawrotów choroby. Jest to próba pomocy pacjentowi i wyposażenia go w umiejętności radzenia sobie ze zbyt obciążającym brzemieniem emocji rodzinnych. Ocena obejmuje informacje uzyskiwane od pacjenta i rodziny oraz obserwację bezpośrednich interakcji podczas spotkań rodzinnych (wizyta rodziny w ośrodku, grupa łączona, wizyty interwencyjne).

Miklowitz i wsp. (1980) zwrócili uwagę, że styl radzenia sobie przez pacjenta w bezpośrednim związku z bliskim krewnym jest powiązany z reakcją krewnych ocenianą później jako krytyczna, odrzucająca lub nadmiernie uwikłana. Postawa ta- mierzona jako wskaźnik UU- może mieć istotne znaczenie dla nawrotu objawów chorobowych. W praktyce chodzi o umiejętność unikania lub też radzenia sobie z krytyką ze strony członków rodziny lub też umiejętność rozrzedzania kontaktu jeśli jest on zbyt obciążony "emocjonalnym naduwikłaniem". Wyraża się to m.in. przez dążenie do równowagi w kontaktach z rówieśnikami, organizowaniem sobie czasu wolnego poza domem lub umiejętnością zachowania bliskiego dystansu w sytuacji np. zamieszkania w hostelu.

Czy wyłonione cele terapeutyczne są poszukiwanymi czynnikami wpływającymi na zmianę w czasie leczenia w oddziale dziennym i w jakim pozostają związku z ostatecznym efektem leczenia powinny odpowiedzieć niniejsze badanie.

## ROZDZIAŁ V Wyniki i przebieg leczenia w oddziale dziennym.

Ocena wyników i przebiegu leczenia w oddziale dziennym obejmuje:

- a/ ocenę "ilości" udziału w leczeniu
- b/ ocenę zmiany "jakości" udziału w leczeniu
- c/ ocenę zmiany "pośrednich celach leczenia"
- d/ ocenę bezpośrednich "efektów leczenia"

Zebrane dane nie będą przedmiotem analizy ani podstawą do opisów klinicznych a jedynie etapem pośrednim pozwalającym na ocenę wzajemnych zależności między badanymi czynnikami którą zawierają kolejne dwa rozdziały.

Dane o przebiegu leczenia zapisano przy pomocy Karty Leczenia w Oddziale Dziennym (KLOD), która wraz z legendą znajduje się w aneksie pracy. Obok danych ogólnych (tabela 1 w aneksie) zapisano w niej dane o "ilości" i "jakości" udziału w leczeniu oraz o osiągniętych "pośrednich celach leczenia" (szczegółowe tabele 2 i 3 -cia w aneksie). Tabela 4 w aneksie zawiera dane szczegółowe dotyczące zmiany w "jakości" uczestniczenia w leczeniu i zmiany w "pośrednich celach leczenia" jaką uzyskiwali pacjenci pomiędzy przyjęciem a opuszczeniem oddziału dziennego.

Bezpośrednie "efekty leczenia" w wymiarze psychopatologicznym i społecznym zapisano na trójstopniowej skali klinicznej (legenda skali znajduje się w aneksie) i na skalach BPRS i SAS. Szczegółowe dane zawiera tabela 5 w aneksie pracy.

Poniżej przedstawiono krótkie omówienie uzyskanych wyników<sup>24</sup>.

### a/ Ocena ilości "udziału" w leczeniu

"Ilość" udziału w leczeniu została obliczona przez

---

<sup>24</sup> Szczegółowa analiza bezpośrednich wyników leczenia w oddziale dziennym jest przedmiotem oddzielnego opracowania, które przygotowuję do druku.

zsumowanie punktów przyznanych za udział w każdej z 9 wyodrębnionych form leczenia w oddziale dziennym. Dziesiąta forma tj hostel - ujęta w KLOD - nie została uwzględniona w okresie przeprowadzania badań: 1/. terapia indywidualna 2/. grupa terapeutyczna 3/. wachty w kuchni 4/. role w społeczności 5/. zajęcia ruchowe i parateatralne 6/. zajęcia terapeutyczne z rodziną 7/. grupy "treningowe" 8/. wycieczki i obozy 9/. trening w hostelu 10/. zadania poza oddziałem.

Postępowanie takie wynika z założenia, że wszystkie formy leczenia uznano za równoważne. Najmniejsza ilość punktów wynosi 48 a największa 235 i oddają one czas leczenia w oddziale dziennym.

Blisko 80% pacjentów leczonych było w oddziale dziennym od 2 do 4 miesięcy. W ocenie klinicznej z czwórki pacjentów hospitalizowanych poniżej jednego miesiąca trójka (nr. 16, 28, 32) już w chwili przyjęcia na oddział miała bardzo wysoki poziom pośrednich celów leczenia i ich sens leczenia w oddziale od początku budził wątpliwości. Wypis przedwczesny czwartej osoby (nr 34) - mężatki o głęboko schizoidalnej osobowości, z olbrzymim lękiem społecznym i tendencją do izolacji - był presją na terapeutów, którzy wyrazili zgodę, aby nie tracić kontaktu i przenieść dalszą terapię do indywidualnego ambulatorium.

Dla czterech pacjentów (nr. 4, 6, 11, 33), którzy pozostawali w oddziale powyżej czterech miesięcy przedłużający się pobyt był związany z nieudanymi próbami podjęcia roli społecznej po wypisie z oddziału. Wynikało to z przejścia na rentę inwalidzką lub wcześniejszą głęboką deterioracją społeczną np. jeden z pacjentów (nr. 4) przed hospitalizacją przez 4 lata nie opuszczał domu.

#### **b/ Ocena zmiany w "jakości" udziału w leczeniu**

Poprzez "jakość" udziału w leczeniu rozumiałem stopień aktywnego i pozytywnego zaangażowania pacjenta w proces terapii. Wyniki badań wskazują (np. Gomez Schwartz 1977), że takie aktywne zaangażowanie pacjenta w terapię może być czynnikiem pozwalającym trafnie przewidywać wynik terapii. Przy ocenie "jakości" leczenia brano pod uwagę - podobnie jak przy ocenie "ilości" - udział w 9 formach leczenia.

Konstrukcja pięcio-punktowej skali zakłada następujący udział pacjenta w leczeniu: destruktywny = 0 pkt., 1 - 2 pkt. udział bierny a 3 i 4 pkt. oddają udział czynny oparty na aktywności własnej. Globalną "jakość" udziału w leczeniu uzyskano sumując wyniki ze wszystkich skal przy przyjęciu i wypisie pacjenta z oddziału. Minimalny wynik wynosi 0 pkt. a

maksymalny 36 pkt.

Ocenę powyższą wykorzystano dla globalnej oceny zmiany w "jakości" udziału w leczeniu. Zmiana jest różnicą między wynikiem przy przyjęciu na oddział i w chwili wypisu. Praktycznie pacjenci uzyskiwali zmianę od 0 do 12 pkt. 50% badanych uzyskało brak lub małą zmianę (0 do 4pkt.). W tej grupie byli pojedynczy pacjenci o dużej aktywności już od chwili przyjścia na oddział - tak więc zmiana nie mogła się praktycznie dokonać.

Należy podkreślić, że "zmiana" w wypadku wszystkich pacjentów miała charakter dodatni tzn. w ocenie globalnej nie stwierdzono u nikogo spadku aktywności własnej w leczeniu. Podobny dodatni wynik uzyskano w ocenie zmiany w "pośrednich celach leczenia". Ten fakt będzie miał istotne znaczenie w interpretacji uzyskanych wyników.

### **c/ ocena "zmiany" pośrednich celów leczenia**

Szczegółowy zapis osiągniętych celów leczenia zawiera tabela 3 (dane zawarte w KLOD od pozycji 22 do 39). Analizowanych 8 pośrednich celów leczenia - motywacja, współpraca w zażywaniu leków, wgląd, umiejętności życiowe, ekspresja pozawerbalna, satysfakcja z leczenia, kontakty w rodzinie - zostało zapisanych na czteropunktowej skali. Minimalna ocena =1 jest niekorzystna a maksymalna =4 bardzo korzystna przy ocenie osiąganego celu leczenia. Globalny stopień osiągnięcia pośrednich celów leczenia uzyskano sumując poszczególne skale przy przyjęciu i wypisie z oddziału. Minimalny wynik wynosi 8 a maksymalny 32 pkt.

Maksymalna zmiana w każdym z pośrednich celów leczenia wynosi 3 pkt. a maksymalna globalna zmiana w osiągniętych celach leczenia 24 pkt. Dane szczegółowe są zawarte w tabeli 5 w aneksie. Praktycznie pacjenci osiągnęli zmianę w granicach od 0 do 11 pkt. Największa grupa pacjentów osiągnęła zmianę w zakresie motywacji (80%), wglądu (77%), satysfakcji (77%) i umiejętności społecznych (70%). Jeżeli ocenić tę zmianę na trzystopniowej skali - mała, średnia, duża - to zmianę średnią i dużą w zakresie motywacji osiągnęło 24% pacjentów, wglądu 21% a satysfakcji 32%. W zakresie umiejętności społecznych dominowała mała zmiana i tylko 2,7% pacjentów osiągnęło zmianę na poziomie średnim.

Jest uderzające, że tylko u 17% pacjentów odnotowano - i to tylko małą - zmianę w zakresie umiejętności radzenia sobie z trudną sytuacją rodzinną. Jest to ocena zgodna z subiektywnym

odczuciem pacjentów, którzy we wspomnianej w poprzednim rozdziale ankiecie wypełnianej przez nich w chwili opuszczania oddziału dziennego odnotowywali na ostatnim miejscu terapię rodzinną wśród form leczenia, które mogły mieć duże lub bardzo duże znaczenie dla poprawy ich stanu zdrowia. Prawdopodobnie w okresie badań preferowano model edukacyjny, w którym największe korzyści odnoszą rodziny a pacjenci niejako pośrednio z nich korzystają. Przypuszczalnie dokonanie korzystnej zmiany w zakresie radzenia sobie np. z krytyką i naduwikaniem przez pacjentów wymaga dłuższego programu leczenia.

#### **d/ ocena bezpośrednich "efektów leczenia"**

Szczegółowe dane o uzyskiwanych "efektach leczenia" w oddziale dziennym w ocenie klinicznej i przy pomocy skal BPRS i SAS zawiera tabela 5 w aneksie. W tym wypadku celem pracy nie była ocena zmiany w obrazie psychopatologicznym i społecznym przed leczeniem i po wypisie z oddziału dziennego a jedynie ostateczny "efekt leczenia".<sup>25</sup>

W klinicznej ocenie psychopatologii tylko jeden pacjent (nr. 19) dostał najniższą ocenę odpowiadającą brakowi remisji objawowej. Pacjent ten dostał od innych oceniających osób najwyższą ilość punktów w skali BPRS (52 pkt) w chwili wypisu. Uderza jednak rozbieżność między oceną kliniczną a skalą BPRS. W ocenie klinicznej aż 50% pacjentów dostaje najwyższą ocenę - odpowiadającą pełnej remisji - a tylko 22% z tej grupy osiąga podobne wyniki w skali BPRS (25 lub 26 pkt.).

Przy ocenie objawów negatywnych 5 pacjentów, którzy otrzymali wysoką ocenę w BPRSie - od 11 do 20 pkt. - czterech zostało ocenionych jako "częściowa remisja" a jeden jako "brak remisji" w ocenie klinicznej. Z porównania tego wyniku, że ocena kliniczna (kodowana na trzystopniowej skali) była "łagodniejszą" w stosunku do oceny w skali BPRS.

---

<sup>25</sup> *Ogólnej oceny efektów leczenia w oddziale dziennym dokonano w raporcie programu resortowego 501/R/14 w 1990 roku. Należy odnotować, że różnice w skali BPRS mierzone przy wpisie i wypisie z oddziału dziennego oceniane przy użyciu testu Snedecora-Fishera ujawniły różnicę istotną statystycznie tylko dla oceny globalnej skali a dla SAS, przy użyciu t-testu, tylko w obszarach praca w domu i samodzielność.*



Ocena kliniczna obszarze społecznym wyodrębniła grupę 9 pacjentów (blisko 25%) którzy dostali bardzo złą ocenę świadczącą o ich bezczynności albo izolacji w środowisku domowym. Z tej grupy jedynie 4 osoby - około 10% - uzyskało bardzo niskie oceny w skali SAS - między 31 a 53 pkt. - co świadczyłoby, że ocena kliniczna obszarów społecznych była "surowsza" w stosunku do globalnej oceny aktywności społecznej w skali SAS.

Po tym koniecznym przedstawieniu uzyskanych wyników i przebiegu leczenia w następnym rozdziale przedstawię zasadniczy temat mojej pracy jakim jest badanie wpływu wyodrębnionych czynników na uzyskiwane efekty leczenia.

## ROZDZIAŁ VI Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia w oddziale dziennym - wyniki badań.

1.

### Wprowadzenie

Ocena związku między wybranymi czynnikami a efektami leczenia w oddziale dziennym opiera się na analizie trzech obszarów badawczych:

- a/ analizie związku między zmianą w "udziale" w leczeniu a osiągniętymi "pośrednimi celami" leczenia.
- b/ analizie związku między zmianą w "udziale" i "pośrednich celach" leczenia a "efektami leczenia".
- c/ analizie związku między "pośrednimi celami" leczenia a "efektami leczenia" w zależności od sposobu pomiaru efektów leczenia.

W stosunku do każdego z trzech badanych obszarów w oparciu o szczegółowe pytania badawcze sformułowano trzy hipotezy badawcze. Są one zawarte w rozdziale II o metodologii. Wyniki badań empirycznych związane z I hipotezą badawczą prezentowane są poniżej w tabeli B zaś związane z II i III hipotezą w tabelach C i D.

Wszystkie przedstawione w tym rozdziale tabele są zbiorcze a szczegółowe wyniki analiz statystycznych znajdują się w odpowiednich tabelach 6 oraz 7 i 8 w aneksie pracy.

Wszystkie tabele zbiorcze są skonstruowane jednolicie. Wszędzie tam, gdzie zależność osiągnęła poziom istotności statystycznej  $p = .05$  zapisany jest również globalny procent wyjaśnionej rzeczywistości tj. mówiąc językiem statystycznym zmienności wariancji wyjaśnionej. Są to dwie niezależne informacje. Globalny procent wyjaśnionej zmienności jest niezwykle cenną informacją uzyskiwaną przy pomocy regresji krokowej. Informuje badacza czy uzyskane przez niego zależności, nawet o dużym poziomie istotności statystycznej, mają istotną wartość poznawczą. W badaniach operuje się zazwyczaj tylko informacją o istotnych statystycznie

zależnościach między badanymi zmiennymi. Jest to informacja niewystarczająca gdyż zdarza się, że nawet przy wysokim poziomie istotności statystycznej uzyskamy wyjaśnienie jedynie 1 procenta badanej rzeczywistości tj. zmienności wariancji mają istotną wartość poznawczą. Narzuca się zatem pytanie, jaki procent wyjaśnionej rzeczywistości stanowi już istotną wartość poznawczą?

Według Williama Hayesa (1973), który jest dużym autorytetem w tej dziedzinie, jeżeli procent ten osiągnie powyżej 30 to zakres wyjaśnianej rzeczywistości przez zmienne, którymi posłużył się badający jest bardzo duży. Jeżeli ten procent zawiera się między 30 a 15 to jest wystarczający, aby badaną rzeczywistość poddać analizie. Przy wynikach poniżej 15%, które mają mniejszą wartość poznawczą, nie można zapomnieć, że wpływy zmiennych na badane obszary kontaminują między sobą i wówczas mogą być mniejsze. Jest więc zasadne rozważyć i te wyniki poniżej 15%, ale są to informacje mniej wartościowe.

Skalę trudności obrazują np. wyniki badania Möllera i wsp. (1986), którzy weryfikowali powszechnie uznaną Skalę Progностyczną dla przebiegu schizofrenii Carpentera i Straussa zawierającą najistotniejsze czynniki o tzw. rokowniczym znaczeniu dla przebiegu choroby. Zakres badanej rzeczywistości tj. obraz psychopatologiczny i funkcjonowanie społeczne w pięć lat od wybuchu choroby był wyjaśniany przez czynniki predyktywne przeciętnie w 16% - zaś poziom istotności statystycznej był bardzo wysoki.

Prawe strony tabel obrazują hierarchię zmiennych w zależności od stopnia - wyrażonego w procentach - w jakim zmienne te wyjaśniają badaną rzeczywistość. Zmienna, która wyjaśnia ją w największym stopniu jest zapisana jako pierwsza. Przykładowo w tabeli C obraz kliniczny wyjaśniany jest kolejno przez zmianę w satysfakcji, umiejętnościach życiowych, wglądzie i motywacji. Jeżeli na ostateczny procent wyjaśnionej rzeczywistości - w tym wypadku 42% - składają się cztery zmienne niezależne to ich udział musi być interpretowany całościowo a nie w sposób izolowany. Tak jak to przedstawiłem w rozdziale II, podrozdział 5.4 - o metodologii badań, gdyby "satysfakcja" występowała jako zmienna izolowana wyjaśniałaby 56% zmienności obrazu psychopatologicznego. O tym związku informuje współczynnik korelacji cząstkowej "beta" występujący w równaniach regresji załączonych w aneksie pracy. Jest to kolejna bardzo ważna informacja. Fakt ten wyjaśnia jak ludzkie mogą być zależności odsłaniane w mnożących się badaniach naukowych, które nie uwzględniają interkorelacji między wieloma

zmiennymi.

Jeżeli zależność jest dodatnia tzn. narastaniu zmian po stronie zmiennych niezależnych towarzyszy wzrost po stronie zmiennych zależnych to zależność ta jest zaznaczona w tabelach przez znak (+). Przykładowo - w tabeli B - zmianie w "jakości udziału" w leczeniu tj. aktywności własnej pacjentów, traktowanej jako zmienna niezależna, towarzyszy wzrost "motywacji", będącej w tym wypadku zmienną zależną. Zależność ta jest zaznaczona przez znak plus (+) obok "jakości udziału" w leczeniu. Analiza zmian w "udziale" w leczeniu i w "pośrednich celach leczenia" w poprzednim V rozdziale pracy wykazała, że nigdy nie były one ujemne. Oznacza to, że nie następowało zmniejszenie wyników na skali w chwili wypisu z oddziału w porównaniu z oceną uzyskaną w chwili wpisu. Tak więc dla zmiennych tych znak (-) należy rozumieć jako brak zmiany między oceną wpisową i wypisową. W tym wypadku nie ma rozróżnienia w braku zmiany, między oceną notowaną wysoko lub nisko na skali KLOD, w chwili przyjęcia i wypisu z oddziału dziennego.

Tam gdzie zależność osiągnęła poziom istotności statystycznej jest on zapisywany w tabeli albo przez podanie wartości /p/ albo przy pomocy znaku \*. poziomowi istotności  $p = 0.05$  odpowiada znak \*, poziomowi  $p = 0.01$  znak \*\* a poziom  $p = 0.001$  zaznaczony jest \*\*\*.

Kolejną ważną informacją przy czytaniu wyników zapisanych w tabelach jest przypomnienie, że wzrostowi na skali nie zawsze towarzyszy poprawa objawowa. Przykładowo - w tabeli C - wzrostowi w klinicznej ocenie obrazu psychopatologicznego towarzyszy poprawa zaś wzrostowi w skali BPRS pogorszenie obrazu psychopatologicznego. Każdorazowo decyduje o tym konstrukcja skali klinicznej. Odpowiednie legendy znajdują się w aneksie pracy.

## 2.

### **Analiza wpływu zmiany w "udziale w leczeniu" na "pośrednie cele leczenia"**

Tabela B przedstawia wpływ "zmiany w udziale" w leczeniu na "pośrednie cele leczenia". Jest ona tabelą zbiorczą a szczegółowy zapis analiz statystycznych znajduje się w aneksie w tabeli 6.

Tabela B. WPLYW ZMIANY W "UDZIALE W LECZENIU" NA "POSREDNIE CELE LECZENIA".

Pośrednie cele leczenia	Globalny % zmienności wyjaśnionej	p	Hierarchia zmiennych w zależności od siły wpływu.
1. MOTYWACJA	35%	.0001	zmiana w jakości udziału w leczeniu (+)
2. ZAŻYWANIE LEKOW	31%	.0016	zmiana w jakości udziału w leczeniu(+). ilość leczenia (-)
3. WGLAD	20%	.0062	zmiana w jakości udziału w leczeniu (+).
4. UMIEJETNOSCI SPOŁECZNE 5. UMIEJETNOSCI ŻYCIOWE 6. EKSPRESJA			żadna z badanych zmiennych nie wpływa w sposób istotny statystycznie na te trzy pośrednie cele leczenia.
7. SATYSFAKCJA Z LECZENIA	12%	.0330	zmiana w jakości udziału w leczeniu (+).
8. KONTAKTY W RODZINIE			żadna z badanych zmiennych nie wpływa w sposób istotny statystycznie na ten pośredni cel leczenia.

Stwierdzono zależność istotną statystycznie między zmianą "jakości udziału" w leczeniu a czterema pośrednimi celami

leczenia: motywacją, współpracą w zażywaniu leków, wglądem i satysfakcją z leczenia. "Ilość udziału" w leczeniu pozostawała w istotnej statystycznej zależności jedynie ze współpracą pacjentów w zażywaniu leków.

Poniżej przeprowadzono - jako przykład dla dalszego sposobu analizy - szczegółowy opis dotyczący motywacji i sposobu jak dane z ogólnej tabeli 6 z aneksu zostały ujęte w tabeli B zawierającej tylko wyniki zbiorcze.

#### a/ Motywacja

Zmiana w "jakości udziału" w leczeniu w oddziale dziennym wskazująca na wzrost aktywności własnej pacjentów i ich zaangażowania w leczeniu pozostawała w zależności istotnej statystycznie  $p = .0001$  /w tabeli 6 odpowiada mu signif. F/ z motywacją do dalszego leczenia ambulatoryjnego. Motywacja ta była oceniana w chwili wypisu z oddziału dziennego. Znak plus wskazuje na charakter zależności: im większa zmiana aktywności własnej pacjentów (tj. "jakości udziału" w leczeniu), w trakcie pobytu w oddziale, tym większa motywacja do dalszego leczenia w chwili opuszczenia oddziału.

Współczynnik korelacji wielokrotnej - opisywany jest w tablicy 6 jako "multiple r" - a w tym analizowanym równaniu regresji  $r = .59$ . Współczynnik korelacji cząstkowej "beta" wynosi również  $= .59$ , gdyż "jakość udziału" jest jedyną zmienną niezależną i jej wpływ nie jest osłabiany przez interakcję z innymi zmiennymi.

Kwadrat współczynnika korelacji wielokrotnej zapisany w tablicy 7 jako "R square" pomnożony przez 100 daje procent wyjaśnianej zmienności w osiągniętej motywacji. Procent ten wynosi 35%. W praktyce oznacza to, że jeżeli w trakcie leczenia w oddziale dziennym dojdzie u pacjentów do narastania ich aktywności własnej w leczeniu, to zmiana ta będzie związana ze wzrostem motywacji do dalszego leczenia i będzie miała 35 procentowy wkład w wyjaśnienie zmienności obrazu motywacji do dalszego leczenia w momencie opuszczania oddziału dziennego.

Poziom istotności statystycznej osiągnęły również zależności między badanymi zmiennymi a trzema kolejnymi celami realizowanymi w rehabilitacji chorych na schizofrenię w badanym oddziale dziennym.

#### b/ Współpraca w zażywaniu leków

Lepsza współpraca w zażywaniu leków związana była z korzystną zmianą w "jakości udziału" w leczeniu i z krótszym czasem pobytu w oddziale ( $p = .0016$ ) a globalny procent wyjaśnionego przez te dwie zmienne końcowego wyniku w tym celu leczenia w oddziale dziennym wynosi 31%.

#### c/ Wgląd

Poprawa wglądu w kierunku pełnego wglądu w psychozę i wglądu w czynniki osobiste i rodzinne pozostaje w istotnym statystycznym związku ( $p = .0062$ ) z korzystną zmianą "jakości leczenia". Wzrost aktywności własnej pacjentów w trakcie leczenia w oddziale dziennym ma wkład w wyjaśnienie 20% zmienności ostatecznych wyników uzyskanych we wglądzie ocenianych w chwili wypisu z oddziału dziennego.

#### d/ Satysfakcja z leczenia

Wzrost satysfakcji z leczenia pozostawał w zależności istotnej statystycznie tylko ze zmianą "jakości udziału" w leczeniu przy  $p = .0330$ . Wzrost aktywności własnej pacjentów miał wkład w wyjaśnianiu jedynie 12% wzrostu satysfakcji z leczenia w oddziale dziennym.

### 3.

Analiza wpływu zmiany w "udziale" i w "pośrednich celach leczenia" na "efekty leczenia"

a/. Ocena wpływu na efekty leczenia w obszarze psychopatologicznym.

Poniżej tabela C zawiera zestawienie zbiorcze wpływu zmiany w "udziale w leczeniu" i w "pośrednich celach leczenia" na "efekty leczenia" w obszarze psychopatologicznym mierzone oceną kliniczną i za pomocą skali BPRS. Szczegółowy zapis analiz statystycznych znajduje się w tabelach 7 i 8 w aneksie. Zapis jest w dwóch tabelach ponieważ tabele szczegółowe w aneksie podzielone są według oceny klinicznej i oceny za pomocą skal natomiast omawiane tablice zbiorcze według psychopatologii i funkcjonowania społecznego.

**TABELA C.**  
**WPLYW ZMIANY W "UDZIALE W LECZENIU" I "POSREDNICH CELACH**  
**LECZENIA" NA "EFEKTY LECZENIA" W OBSZARZE PSYCHOPATOLOGICZNYM.**

Efekty leczenia	Globalny % zmienności wyjaśnionej	F	Hierarchia zmiennych w zależności od siły wpływu na efekty leczenia
Psychopatol. ocena kliniczna	42%	.0013	zmiana w satysfakcji (+) zmiana um. życiowych (-) zmiana we wglądzie (+) zmiana motywacji (-)
BPRS - suma objawów.	18%	.0081	zmiana w satysfakcji (-)
BPRS -objawy negatywne.			żadna z badanych zmiennych nie ma wpływu na ten efekt leczenia.

Stwierdzono zależność istotną statystycznie w odniesieniu do psychopatologii ocenianej klinicznie i mierzonej skalą BPRS. Żadna z badanych zmiennych nie miała wpływu na objawy negatywne mierzone skalą BPRS.

Stwierdzono zależność istotną statystycznie,  $p = .0013$ , między psychopatologią ocenianą klinicznie i czterema zmiennymi: zmianą w satysfakcji, w umiejętnościach życiowych, we wglądzie i w motywacji. Tak więc zmiana dotycząca równolegle czterech zmiennych, pozostających ze sobą w złożonej interakcji, wyjaśnia aż 42% zmienności w psychopatologii w



chwili wypisu z oddziału dziennego. Poprawie obrazu psychopatologicznego musi towarzyszyć w kolejności w jakim pojawiają się w równaniu regresji: wzrost satysfakcji z leczenia w oddziale dziennym (+), praktycznie brak zmiany w umiejętnościach życiowych (-), pogłębienie wglądu w przeżycia chorobowe (+) i praktycznie brak zmiany w motywacji do kontynuowania leczenia. Analiza tej korelacji jest przykładem jak pozostający ze sobą w kontaminacji splot zmiennych wpływa na zmienną zależną jaką jest w tym wypadku psychopatologia. Gdyby satysfakcja z leczenia była tylko jedyną badaną zmienną to - tak jak to informuje współczynnik korelacji cząstkowej "beta" w tabeli 8 w aneksie - wyjaśniałoby 56% zmienności obrazu psychopatologicznego w chwili wypisu. Im bardziej złożone są rozpatrywane zależności w tym mniejszym stopniu potrafimy przewidzieć końcową rzeczywistość.

Na ogólny wynik w skali BPRS wpływa satysfakcja z leczenia wyjaśniając 18% zmienności obrazu w BPRS w chwili wypisu z oddziału dziennego. Im większa zmiana w satysfakcji z leczenia (-) tym niższy poziom objawów psychopatologicznych. Satysfakcja z leczenia jest jedynym z 10 badanych czynników wnoszącym swój wkład w wyjaśnienie tego efektu leczenia a poziom istotności statystycznej wynosi  $p = .0081$ .

#### **b/ Ocena wpływu na efekty leczenia w obszarze społecznym.**

Tabela D przedstawia wpływ zmiany w "udziale w leczeniu" i w "pośrednich celach leczenia" na "efekty leczenia" w obszarze społecznym mierzone oceną kliniczną i Skalą Aktywności Społecznej (SAS). Szczegółowy zapis analiz statystycznych znajduje się w aneksie w tabeli 9.

Z analizy wyników wynika, że jedynie kontakty społeczne oceniane klinicznie oraz średnia aktywności w skali SAS pozostają w związku istotnym statystycznie z jedną tylko zmienną tj. zmianą we wglądzie chorobę.

**TABELA D.**  
**WPLYW ZMIANY W "UDZIALE W LECZENIU" I "POSREDNICH CELACH**  
**LECZENIA" NA "EFEKTY LECZENIA " W OBSZARZE SPOLECZNYM.**

Efekty leczenia	Globalny % zmienności wyjaśnionej	F	Hierarchnia zmiennych w zależności od siły wpływu na efekty leczenia.
Ocena kliniczna			
1. Kontakty społeczne	11%	.0476	zmiana wglądu (+)
2. Praca nauka			brak wpływu w stopniu istotnym statystycznie.

Poziom kontaktów społecznych pacjentów, w miesiąc po wypisie z oddziału dziennego, pozostaje w związku istotnym statystycznie ze zmianą we wglądzie przy  $p = .0476$ . Im większa zmiana we wglądzie tym liczniejsze i bardziej satysfakcjonujące kontakty społeczne. Korzystna zmiana we wglądzie w chorobę (+) w trakcie leczenia w oddziale dziennym ma wkład w 11% w obraz kontaktów społecznych w miesiąc po opuszczeniu oddziału.

## Skala Aktywności Społecznej - SAS.

1. Praca i nauka			brak wpływu w stopniu istotnym statystycznie.
2. Praca w domu			
3. Samodzielność			
4. Udział w życiu rodzinnym			
5. Rola rodzicielska			
6. Kontakty społeczne			
7. Zainteresowania			
8. Średnia aktywność społeczna	16%	0.0136	zmiana wglądu (+)

Im większa zmiana we wglądzie tym wyższa również średnia aktywność społeczna pacjentów w miesiąc od wypisu z oddziału mierzona skalą SAS. Średnia aktywność społeczna mierzona skalą SAS wyjaśniana jest w 16% przez zmianę wglądu w chorobę.

Stwierdzono brak wpływu badanych zmiennych w stopniu istotnym statystycznie na pracę i naukę oraz szczególne obszary skali SAS. Omówienie uzyskanych wyników wraz z dyskusją zawiera następny rozdział.

## ROZDZIAŁ VIII Omówienie wyników. Dyskusja.

*Jeżeli motyl przelatujący nad oceanem  
zmieni kierunek lotu to ten  
fakt może decydować o sztormie<sup>26</sup>  
Hawajach w trzy miesiące później.*

1.

### Zróżdła błędów w interpretacji wyników

Podjmując się interpretacji uzyskanych wyników jestem świadomy możliwych źródeł błędów nakazujących daleko idącą ostrożność w formułowaniu ostatecznych wniosków. Błędy te zostały omówione w rozdziale II poświęconym metodologii. Teraz chciałbym podsumować próby uniknięcia ich w moich badaniach.

1/. Błąd doboru pacjentów do badanej grupy. W prezentowanej pracy został on zminimalizowany przez kryteria kwalifikacyjne służące wyodrębnieniu maksymalnie homogenicznej grupy przy pomocy kryteriów psychopatologicznych i społecznych: diagnozy schizofrenii wg. wcześniej przyjętych rygorystycznych kryteriów diagnostycznych DSM III, pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej oraz zamieszkiwania wraz z rodziną w Krakowie.

2. Błąd w wyborze "czynników terapeutycznych"- w tym wypadku jedynym źródłem weryfikacji jest ujawniony stopień wpływu wyjaśniający uzyskiwany efekt leczenia. Niemniej dosyć istotnym problemem może być fakt, że przyjętym dla każdego czynnika kryterium była zmiana mierzona jako różnica w pomiarze między sytuacją przy rozpoczęciu i zakończeniu leczenia w

---

<sup>26</sup> Refleksje nad tzw. "efektem motyla" zawdzięczam profesorowi Ciompiemu w rozmowie w Krakowie w maju 1991 roku.

oddziale dziennym. Sytuacja ta nie oddaje dynamiki zmian w zakresie każdego z czynników podczas przebiegu leczenia. Można np. zaobserwować, że motywacja pacjentów do leczenia osiąga apogeum bardzo indywidualnie a w ostatnim okresie pobytu w oddziale, kiedy pacjent już jest zorientowany na przyszłą pracę albo naukę wyraźnie słabnie. Zjawisko to może znaleźć swoje potwierdzenie w uzyskiwanych wynikach.

3. Błąd pomiaru. Jest on konsekwencją słabości tj. braku trafności i rzetelności narzędzi badawczych. W tym wypadku trudno o eliminację błędu. Błędy mogą dotyczyć zarówno trafności pomiaru np. objawów negatywnych mierzonych za pomocą skali BPRS jak również jego rzetelności. Doświadczenie kliniczne potwierdza, że terapeuci nawet o dużym doświadczeniu klinicznym na oddziale stacjonarnym nieznacznie zaniżają wyniki skali a terapeuci z oddziału dziennego nieznacznie zawyżają. Prawdopodobnie jest to błąd perspektywy - w pierwszym wypadku stałego kontaktu z głęboko zaburzonymi chorymi w drugim w przewadze z bardziej dyskretnym zaburzeniem.

Z kolei w stosunku do obszaru społecznego pewną próbą eliminacji błędu było uproszczenie i zawężenie pomiaru. Niewątpliwie uchwycenie i pomiar efektu leczenia jakim jest "jakość życia" nie może dokonać się przez kliniczną ocenę aktywności społecznej ani za pomocą skali SAS do czego ocena tego obszaru została ograniczona.

Częściowym zabezpieczeniem rzetelności pomiaru takich złożonych "czynników" jak np. "motywacja" do leczenia lub "kompetencja społeczna" była precyzyjność opisu skal Karty Leczenia w Oddziale Dziennym i duże doświadczenie zespołu dokonującego uzgodnień oceny.

4. Błąd w wyborze kryteriów "efektów leczenia". Błąd ten udało się częściowo wyeliminować przez wprowadzenie zasady odpowiedzialności tj. oddzielenie poziomu specyficznego (np. wgląd) od poziomu efektów leczenia (np. praca i nauka) - oraz oddzielając kryterium psychopatologiczne od funkcjonowania społecznego. To czy np. "wgląd" lub "satysfakcję z leczenia" umieścić w w poziomie ostatecznych "efektów leczenia" - jak to czyni z wglądem np. Alanen (1985) czy też oczekuje od satysfakcji Anthony (1978) pozostaje chyba kwestią otwartą.

5. Błędna metoda statystycznego opracowania wyników. Wydaje się, że przyjęta przez mnie metoda regresji krokowej minimalizuje ten błąd. Nie jest jednak ta metoda wystarczającą do oceny złożonych zależności pomiędzy "predyktorami" przebiegu

schizofrenii i ocenianymi przeze mnie "czynnikami" a ich wspólnym wkładem w wyjaśnienie ostatecznych psychopatologicznych i społecznych "efektów leczenia". Zjawiska te przebiegają symultanicznie i nie podlegają prostemu sumowaniu a śledzenie tych cyrkularnych zależności wymaga bardziej skomplikowanych metod statystycznych.

Niemniej wprowadzenie, obok poziomu istotności statystycznej, informacji o wzajemnej zależności między zmiennymi i o zakresie wyjaśnianej w procentach rzeczywistości było istotnym wysiłkiem w kierunku eliminacji tego obszaru błędu.

6. Brak pełnego opisu proponowanego pacjentom programu leczenia. Ten błąd próbuję pomniejszyć w rozdziale IV opisując ten program. Kolejnym krokiem w zmniejszaniu tego błędu byłaby krytyczna ocena programu leczenia. Pojawiają się pytania - czy stosować ten sam kompleksowy program leczenia dla wszystkich pacjentów i wewnątrz programu indywidualne modyfikacje? .Czy - jak np. proponuje Alanen (1985) - dokonać selekcji pacjentów do określonych form terapii według wskazań klinicznych (np. tylko oddziaływanie na rodzinę lub tylko kontakt indywidualny lub tylko "milieu")?

7. Zbyt pochopna interpretacja uzyskanych wyników. Tego błędu można uniknąć jeżeli pamięta się o pozostałych sześciu pułapkach.

2.

## Zbiornicze omówienie wyników i dyskusja

Omówienie badanych wyników obejmuje ocenę z dwóch perspektyw. Z jednej strony ocenę obszarów, na które wpływ był badany tj. "pośrednich celów leczenia" i "efektów leczenia", a z drugiej strony badanych zmiennych tj "udziału w leczeniu" oraz "udziału w leczeniu" i "pośrednich celów leczenia".

Ponieważ badane obszary były złożone i raz obejmowały 8 zmiennych zależnych (pośrednie cele leczenia) innym razem 4 (efekty leczenia), a nie postawiono odrębnych hipotez w stosunku do każdego z badanych celów to ostateczna weryfikacja I i II hipotezy musi uwzględnić całą ich złożoność. Problem ten nie dotyczy trzeciej badanej hipotezy a to dzięki jej prostocie.

Poniżej omówię wyniki badań -zawarte w tabelach E i F -w odniesieniu do postawionych hipotez uwzględniając:

- a/ Badany obszar na który uzyskano wpływ i zakres w jakim był wyjaśniany przez badane zmienne w procentach.
- b/ Obszar, który nie pozostawał w zależności z badanymi zmiennymi.
- c/ Czynniki, które ujawniły swój związek z badanym obszarem i wewnętrzne zależności między tymi czynnikami.
- d/ Badane czynniki, które nie pozostają w istotnej statystycznej zależności.
- e/ czy i w jakim zakresie hipotezy badawcze zostały potwierdzone.

### 2.1. Weryfikacja I hipotezy badawczej i dyskusja

Tabela E obrazuje jak zmiana w "udziale w leczeniu" wpływa na uzyskiwane "pośrednie cele leczenia" tam gdzie zależności wystąpiły w stopniu istotnym statystycznie.

TABELA E

Zależność między "udziałem w leczeniu" a "pośrednimi celami leczenia" - wyniki zależności istotnych statystycznie.

Udział w leczeniu	Pośrednie cele leczenia	Procent wyjaśnionej zmienności
Zmiana jakości udziału (+)	Motywacja	35%
Zmiana jakości udziału (+) ilość udziału (-)	Współpraca w w zażywaniu leków	31%
Zmiana jakości udziału (+)	Wgląd	20%
Zmiana jakości udziału (+)	Satysfakcja	12%

a/ W badaniu została potwierdzona zależność między "udziałem" w leczeniu a "pośrednimi celami leczenia", ale tylko w stosunku do motywacji do leczenia, współpracy w zażywaniu leków, wglądu i satysfakcji z leczenia. Wobec tych pośrednich celów zależność występuje w stopniu istotnym statystycznie. Globalny procent wyjaśnianych wyników w tych pośrednich celach leczenia był różny, ale pozostawał według Hayesa w obszarze wartościowym poznawczo - między 12 a 35%.

b/ Zmieniająca się aktywność własna pacjentów wyrażona w zmianie "jakości udziału w leczeniu" ani "ilość udziału" nie ma wkładu - w trakcie leczenia w oddziale dziennym - w osiąganie takich celów leczenia jak: umiejętności społeczne, umiejętności życiowe, ekspresja emocjonalna, ani na umiejętności radzenia sobie z emocjonalnymi problemami w rodzinie. Ta grupa pośrednich celów leczenia stanowi w całości o bardziej złożonym wymiarze jakim jest "kompetencja społeczna". Należy więc szukać jeszcze innych czynników mających wpływ na ten cel leczenia w oddziale dziennym.

c / Zmiana "jakości udziału" w leczeniu a więc wzrost aktywności własnej i zaangażowania w leczenie ze strony pacjentów jest istotnym czynnikiem terapeutycznym, który ma swój wkład w przeżywaną satysfakcję z leczenia, wgląd w chorobę, motywację do dalszego leczenia i współpracę w zażywaniu leków w chwili opuszczania oddziału dziennego. Jeżeli te cztery pośrednie cele leczenia uznamy za ważne w leczeniu schizofrenii to programy rehabilitacyjne dla pacjentów chorych na schizofrenię powinny uwzględniać w założeniach programowych rozwój aktywności własnej pacjentów. Trudno mówić o wzajemnej zależności między czynnikami, gdyż ilość leczenia praktycznie nie wpływała na uzyskiwane pośrednie cele. (poza minimalnym wpływem na współpracę w zażywaniu leków). Ujemną korelację w tej zależności należy w praktyce rozumieć tak iż nie należy zwiększać ilości udziału w leczeniu w oddziale, aby osiągnąć lepszą współpracę w zażywaniu leków.

d/ "Ilość" udziału w leczeniu nie ujawniła swojego wkładu w wyniki w pośrednich celach leczenia.

e/ Pierwsza badana hipoteza została potwierdzona jedynie częściowo w stosunku do czterech z ośmiu pośrednich celów leczenia: motywacji, współpracy w zażywaniu leków, wglądu i



satysfakcji z leczenia. Wobec tych czterech celów potwierdzony został też charakter zależności (wzrostowi jakości udziału czyli aktywności własnej towarzyszy poprawa w celach) oraz globalny procent wyjaśnianej zmienności, który mieści się w obszarze wartościowym poznawczo.

## 2.2. Weryfikacja II hipotezy badawczej i dyskusja

Wyniki dotyczące pytań o wpływ zmiany w "udziale w leczeniu" i "pośrednich celach leczenia" na uzyskiwane "efekty w leczeniu" związane są z II i III hipotezą badawczą.

Poniższa tabela E przedstawia zestawienie wyników badań, w których zależności osiągnęły poziom istotny statystycznie.

TABELA F

Zależności między "udziałem w leczeniu" i "pośrednimi celami leczenia" a "efektami leczenia" - wyniki badań zależności istotnych statystycznie.

Pośrednie cele leczenia	Efekty leczenia oceniane klinicznie i skalami	Procent wyjaśnionej zmienności
Zmiana w satysfakcji (+) Zmiana um. życiowych (-) Zmiana wglądu (+) Zmiana motywacji (-)	Psychopatologia	42%
Zmiana satysfakcji (-)	BPRS - suma objawów	18%
Zmiana wglądu (+)	Kontakty społeczne	11%
Zmiana wglądu (+)	SAS - średnia aktywność	16%

a/ W badaniu potwierdzona została zależność istotna statystycznie między "pośrednimi celami leczenia" i "efektami leczenia" tj. obrazem psychopatologicznym i społecznym i to zarówno w pomiarze klinicznym jak i za pomocą skal. Stopień wpływu badanych zmiennych na obszar społeczny oceniany zarówno klinicznie (kontakty społeczne) jak i za pomocą skali SAS ujawnia mniejszą siłę wpływu -odpowiednio 11% i 16% -w stosunku do wpływu na obszar psychopatologiczny ocenianego klinicznie i skalą BPRS -42% i 18%.

Tak więc w ocenie bezpośrednich efektów leczenia trzeba podkreślić mniejszy wpływ badanych czynników na obszar życia społecznego w badanej grupie.

b/ Żadna z badanych zmiennych nie wpływa na tzw. syndrom negatywny mierzony przy pomocy skali BPRS oraz pracę i naukę ocenianą klinicznie. Być może istotną rolę odgrywają tutaj predyktry tzw. predyktry generalne?<sup>27</sup> - albo czas leczenia w oddziale dziennym jest zbyt krótki, aby uzyskać zmianę tych efektów leczenia. W tym wypadku - odnośnie syndromu negatywnego - należy również rozważyć problem pomiaru narzędziem o nieustalonej trafności.

Być może jednak korzyścią jest sam fakt, że wyniki w tych obszarach nie ulegają pogorszeniu. Możliwa oczywiście jest też taka interpretacja tego zjawiska, że czynniki terapeutyczne działające na te obszary nie były włączone do badania. Być może wszystkie próby wytłumaczenia tego zjawiska są prawdziwe i należałoby je uwzględnić w dalszych badaniach.

c/ Na korzystny obraz psychopatologiczny ma wpływ narastająca satysfakcja z leczenia i pogłębiający się wgląd oraz brak zmiany (ujemna korelacja) w umiejętnościach życiowych i w motywacji do leczenia. Brak zmiany może wiązać się z wysokim poziomem oceny w chwili przyjęcia na oddział dzienny (już nie ma co się zmieniać). Całościowa interpretacja nasuwa wniosek, że wraz z narastającą satysfakcją i wglądem wystarczy brak zmiany w umiejętnościach życiowych i motywacji do leczenia, aby ujawnił się wpływ takiej współzależności badanych zmiennych na obraz psychopatologiczny.

---

<sup>27</sup>Przez predyktry generalne rozumiem za Goldbergiem i wsp. (1977) te czynniki o rokowniczym znaczeniu, które mają wpływ zarówno na tzw. naturalny przebieg schizofrenii jak i na efekty leczenia.

Jeżeli obraz psychopatologiczny mierzony jest skalą BPRS to wówczas tylko jedna zmienna - zmiana w satysfakcji z leczenia - ma wkład w wyjaśnienie tak ocenianego efektu leczenia. Znika wpływ innych zmiennych ujawniony we wcześniejszej klinicznej ocenie psychopatologii. Inne - nieujawnione w tym badaniu czynniki mają istotny wpływ na obraz psychopatologiczny mierzony skalą BPRS. Prowadzi to m.in. do oczywistego wniosku związanego z trzecią badaną hipotezą, że wpływ badanych zmiennych będzie zależał od sposobu pomiaru efektów leczenia.

Narzucającą się informacją zawartą w tabeli F jest fakt, iż w wynikach leczenia uzyskanych w obszarze społecznym dominuje wpływ jednej tylko zmiennej tj. zmiany we wglądzie. Narastająca zmiana we wglądzie wpływa na poprawę kontaktów społecznych oraz na średnią ocenę w skali aktywności społecznej SAS.

Zmiana we wglądzie pozostaje więc w związku istotnym statystycznie zarówno z obszarem klinicznym obrazu psychopatologicznego (gdzie pojawia się w konstelacji innych zmiennych) jak i jako jedyna zmienna z wynikami leczenia w obszarze społecznym. Byłby to wynik zgodny np. z wynikami badań Goldberga i wsp. (1977), którzy stwierdzili istotny statystycznie związek braku wglądu z niekorzystnymi efektami leczenia w oddziale dziennym. Tym samym zmiana we wglądzie jaka dokonuje się w badanym programie terapeutycznym ujawnia swój szeroki wpływ na efekty leczenia pacjentów chorych na schizofrenię w badanej grupie.

Jest to niewątpliwie istotna wskazówka nie tylko o celowości dalszego badania roli zmiany we wglądzie jako czynnika terapeutycznego w leczeniu schizofrenii, ale jego związków i zależności od innych czynników np. satysfakcji z leczenia lub aktywności własnej pacjentów w leczeniu czyli "jakości udziału" w leczeniu. Uzyskany wynik jest też istotną informacją praktyczną. Dla badanego programu leczenia oznacza to dobrze wybrany pośredni cel terapii, a próbując ostrożnego uogólnienia, wynik ten wskazuje na celowość wprowadzenia tego celu leczenia do wszystkich programów rehabilitacyjnych dla chorych na schizofrenię.

O ile z kolei aktywność własna pacjentów ma swój tak duży udział w wyjaśnianiu uzyskiwanej poprawy we wglądzie (20 %) to programy te powinny być zorientowane na wzrost aktywności własnej w leczeniu. Opisywany w rozdziale IV program oparty jest o takie właśnie założenia a zbliżone w założeniach programy rehabilitacyjne w Polsce (np. Wiśniewski i Podbielski -1985) również eksponują potrzebę rozbudzania aktywności

własnej pacjentów, czemu podporządkowany jest cały program leczenia.

Drugim czynnikiem, którego wpływ zaznaczył się w sposób wyraźny jedynie w obszarze psychopatologicznym (patrz tabela F) jest zmiana satysfakcji z leczenia. W stosunku do psychopatologii mierzonej klinicznie występuje ona w konstelacji innych zmiennych, ale jest jedynym badanym czynnikiem, który wyjaśnia aż w 18% ogólny wynik w skali BPRS. Tak znaczącej obecności tego czynnika w wyjaśnianiu efektów leczenia należy przypisać także same teoretyczne i praktyczne konsekwencje jak powyżej opisanej zmianie we wglądzie w leczenie.

d/ Uderza brak wpływu "ilości" i "jakości" udziału w leczeniu na uzyskiwane efekty leczenia. Wpływ zmiany w "jakości udziału" w leczeniu czyli zmiany w aktywności własnej pacjentów zaznacza się jedynie pośrednio poprzez wpływ na "pośrednie cele leczenia" - satysfakcję, wgląd i motywację do leczenia, które z kolei ujawniają największą siłę wpływu na oba badane efekty leczenia.

Brak też wpływu takich zmiennych jak: zmiana w we współpracy w zażywaniu leków oraz kontaktach w rodzinie, umiejętnościach społecznych i zmianie ekspresji emocji czyli grupie czynników związanych ze zmianą kompetencji społecznej w trakcie pobytu w oddziale. Być może wynik ten związany jest z czynnikiem czasu (dobrze jest jeżeli kompetencja społeczna nie pogarsza się po pierwszej hospitalizacji a jeżeli ma się poprawić to potrzeba na to kilku lat trwania programu) albo jest to wyzwanie rzucone przez chorobę programowi leczenia realizowanemu w oddziale.

e/ Podsumowując należy stwierdzić, że hipoteza druga została potwierdzona również częściowo tzn. część wyłonionych czynników czasami pojedynczo a czasami w konstelacji (wgląd, motywacja, umiejętności życiowe i satysfakcja z leczenia) posiada istotny statystycznie wpływ na większość badanych obszarów efektów leczenia. Tam gdzie czynniki występują we wzajemnej zależności od siebie nie zawsze wzrostowi jednego czynnika towarzyszy wzrost badanych efektów leczenia. Zależność ta jest bardziej skomplikowana. Tam gdzie ten wpływ w stopniu statystycznie istotnym zachodzi - wyjaśniana rzeczywistość pozostaje w obszarze wartościowym poznaczco odpowiednio 42% , 18%, 16% i 11%.

### 2.3. Weryfikacja III hipotezy badawczej

Ocena różnicy w sile wpływu i konstelacji wpływających czynników w zależności od "sposobu pomiaru" efektów leczenia dotyczy III badanej hipotezy. Znaczenie tego problemu dla ogólniejszych zagadnień metodologicznych związanych z badaniami nad efektami psychospołecznego leczenia schizofrenii jest dyskutowane w rozdziale II.

III hipoteza uzyskała pełne potwierdzenie. Ujawniono inny stopień wpływu w obszarze psychopatologicznym w pomiarze klinicznym a inny przy ocenie skalą BPRS (42% i 18%). Również w ocenie klinicznej funkcjonowania społecznego i w ocenie przy pomocy skali SAS uzyskano różne wyniki (16% i 11%).

W obu wypadkach stwierdzono też wpływ różnych czynników na ostateczne efekty leczenia lub też inną ich konstelację.

#### 2.4. Podsumowanie

Przeprowadzone badanie dotyczyło tylko niewielkiej grup pacjentów i ewentualne uogólnianie wyników możnaby jedynie z dużymi zastrzeżeniami odnieść do pacjentów o krótkim okresie chorowania. Wydaje się wartościowe poszukiwanie roli takich czynników terapeutycznych jak zmiana aktywności własnej w leczeniu, satysfakcji z leczenia i wglądu również w stosunku do pacjentów o dłuższej karierze psychiatrycznej oraz w stosunku do efektów leczenia w dłuższej perspektywie czasu w tzw. badaniach katamnesticznych. Może to okazać się szczególnie ważne dla badań, które będą uwzględniać "jakość życia" z chorobą.

## ROZDZIAŁ VIII Wnioski

*Jeżeli w naszych badaniach nad wpływem wybranej grupy czynników na efekty leczenia chorych na schizofrenię w oddziale dziennym dojdziemy do przekonania, że odkryliśmy niewiele albo zgoła nic - to zawsze na pocieszenie pozostaje nam wspomnienie, że Emil Kraepelin odkrył dementia praecox.*

### Wnioski teoretyczne

1/. W badaniach skuteczności programów społecznego leczenia w schizofrenii należy odróżnić poziom specyficzny wyznaczany przez cele leczenia w konkretnym programie terapeutycznym np. wgląd lub poprawa ekspresji emocji lub instrumentalne umiejętności funkcjonowania w rolach w oddziale, od ostatecznego poziomu, na który chcemy wpływać w rehabilitacji. Ten poziom ostateczny obejmuje z jednej strony psychopatologię z drugiej zaś życie społeczne w naturalnym środowisku pacjenta.

Zmiany w obszarze specyficznym, na którym skoncentrowana jest terapia, tylko częściowo mają wpływ na zmiany w życiu pacjenta po opuszczeniu instytucji psychiatrycznej.

2/. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na ostateczny efekt, mierzony w chwili wypisu z oddziału dziennego, w osiąganiu takich pośrednich celów leczenia jak: motywacja do współpracy w leczeniu po wypisie z oddziału dziennego, satysfakcja z leczenia, wgląd i współpraca w zazywaniu leków - jest aktywność własna pacjentów w leczeniu.

3/. Wśród badanych zmiennych zmiana w satysfakcji z leczenia i wglądzie ujawniły największy wkład w wyjaśnienie ostatecznego efektu leczenia i to zarówno w obszarze psychopatologicznym jak i społecznym. Wgląd i satysfakcja z leczenia powinny znaleźć się w grupie badanych czynników, aby rozświetlić ich związki z innymi czynnikami i wpływ nie tylko na efekty leczenia w

oddziale dziennym ale ich miejsce wśród innych czynników wpływających na efekty leczenia i rehabilitacji w schizofrenii w wieloletnich programach. Jest bowiem cechą charakterystyczną tych czynników, że satysfakcja z leczenia związana jest z szeregiem niespecyficznych elementów terapeutycznych opisywanych w rozdziale IV takich jak zaufanie pacjenta do kompetencji terapeuty, wiara, że terapeuta chce pomóc a także uczucie pacjenta, że jest dobrze rozumiany i akceptowany.

Z kolei rola wglądu mogłaby być związana z potrzebą bardziej dynamicznie zorientowanej, nastawionej na więzi grupowe terapii dla pacjentów po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.

4/. Siła wpływu badanych czynników na efekty leczenia silniej została wyrażona w obszarze psychopatologicznym niż społecznym. Można odnotować pewną analogię. Podobnie jak trudno jest uzyskać znaczące zmiany w funkcjonowaniu społecznym pacjentów w programach rehabilitacji tak samo szczególnie trudno jest odkryć czynniki wpływające na te zmiany.

5/. Konstelacja i siła wpływu badanych czynników na efekty leczenia zależna była od sposobu pomiaru efektów leczenia. Fakt ten potwierdza znaczenie sposobu pomiaru dla uzyskiwanych wyników i niezbędną potrzebę ich ujednoczenia co z kolei umożliwi porównywanie badań wykonywanych w różnych ośrodkach psychiatrycznych.

### **Wnioski praktyczne**

1/. Ujawniona rola takich czynników jak aktywność własna pacjentów, wgląd i satysfakcja z leczenia w uzyskiwaniu specyficznych i ostatecznych celów w rehabilitacji chorych na schizofrenię wg. klasyfikacji DSM -III wskazują na specyficzne potrzeby w organizacji programów leczenia. Powinny one m.in. być zorientowane na wzrost aktywności własnej pacjentów w leczeniu, wzrost wglądu w chorobę i satysfakcji z leczenia.

2/. Decydującą rolę, ze względu na naturę tych czynników, w ich osiąganiu, będzie odgrywać filozofia terapeutyczna i **wyszkolenie** terapeutów. Osiąganie przez pacjenta coraz głębszej wiedzy o wpływie czynników osobistych, rodzinnych, społecznych na przebieg choroby w atmosferze satysfakcji z uzyskiwanego leczenia i mobilizacji własnej aktywności może dokonywać się jedynie w obecności odpowiednio wyszkolonego terapeuty szanującego podmiotowość osoby, której niesie pomoc.

## Streszczenie

Badania nad czynnikami wpływającymi na efekty leczenia i rehabilitacji chorych na schizofrenię w oddziale dziennym należy umieścić w szerszym kontekście obejmującym badania "czynników" wpływających na efekty psychoterapii schizofrenii jak i na efekty bardziej kompleksowych programów terapeutycznych prowadzonych w oddziałach całodobowych, ambulatoriach lub domach pacjentów. Poszukiwania tych czynników są podobne do poszukiwania czynników skutecznych w psychoterapii grupowej opisanych przez Yaloma (1975) lub w milieu opisanych przez Gundersona (1979) i Washburna (1979).

O ile istnieją jednoznacznie przekonywujące badania odnośnie skuteczności częściowej hospitalizacji to udział poszczególnych "czynników", związanych z leczeniem wpływających na "efekty leczenia" i wzajemne między nimi interakcje pozostają w opiniach wielu badaczy nieustalone i są przedmiotem spekulacji. Dzieje się tak w przeciwieństwie do tzw. predyktorów naturalnego przebiegu schizofrenii, których związek rokowniczy z późnym przebiegiem choroby został w sposób oczywisty udokumentowany.

Praca jest oceną wzajemnych zależności pomiędzy "wybranymi czynnikami" a ostatecznymi "efektami leczenia" mierzonymi w płaszczyźnie psychopatologicznej i społecznej. Wyodrębniono dwie grupy czynników będące przedmiotem oceny tj. "udział w leczeniu" i "pośrednie cele leczenia". Na udział w leczeniu składają się dwa czynniki:

- "ilość" udziału w leczeniu i
- "zmiana jakości" udziału w leczeniu - czyli aktywności własnej pacjentów.

Na "pośrednie cele leczenia" składa się osiem czynników:

- "zmiana" motywacji do leczenia
- "zmiana" we współpracy w zażywaniu leków
- "zmiana" wglądu w chorobę
- "zmiana" umiejętności życiowych
- "zmiana" umiejętności społecznych
- "zmiana" ekspresji pozawerbalnej
- "zmiana" satysfakcji z leczenia
- "zmiana" kontaktów w rodzinie/.

Badaniem objęto 40 chorych na schizofrenię diagnozowanych wg. kryteriów DSM III zamieszkałych wraz z rodzinami na terenie miasta Krakowa a po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej leczonych w oddziale dziennym w intensywnym programie rehabilitacyjnym.

Szczegółowo opisano przyjęte założenia, zasady i program leczenia i przyjęto, że zarówno uzyskiwane "pośrednie cele leczenia" jak i ostateczne "efekty leczenia" są wynikiem złożonej interakcji kompleksowego oddziaływania terapeutycznego.



Zastosowana w badaniach metoda regresji krokowej /step - wise/ pozwoliła na selekcję zestawu zmiennych istotnych oraz ustalenie hierarchii ważności badanych czynników w zależności od stopnia wyjaśniania /w procentach/ uzyskiwanego wpływu na badaną rzeczywistość.

Wyodrębniono dwa poziomy oceny sytuacji pacjenta w chwili opuszczania oddziału dziennego:

a/ pierwszy - bardziej szczegółowy - związany z ustalonymi w oddziale dziennym celami leczenia. Został on opisany jako "pośrednie cele leczenia".

b/ drugi poziom - będący bardziej ogólną charakterystyką skuteczności leczenia już po opuszczeniu oddziału dziennego. Został on opisany jako "efekty leczenia".

Oddzielenie tych dwóch poziomów oceny ma swoje metodologiczne uzasadnienie i wiąże się z problemem odpowiedzialności w ocenie konkretnych programów rehabilitacyjnych. Poziom pierwszy opisuje skuteczność osiągania celów zakładanych przez dany program terapeutyczny takich jak np. "wgląd w chorobę" a drugi za punkt odniesienia ma bardziej ogólne cele rehabilitacji i leczenia takie jak poziom objawów psychopatologicznych czy też funkcjonowanie społeczne po opuszczeniu oddziału.

Dzięki temu rozróżnieniu sformułowano dwa główne cele badawcze, którymi były:

1/. Ocena wzajemnych zależności między "ilością" i "zmianą" w jakości leczenia - czyli aktywnością własną pacjentów a "pośrednimi celami leczenia".

2/. Ocena wzajemnych zależności między "udziałem w leczeniu" i "pośrednimi celami leczenia" a "efektami leczenia".

Jako dodatkowy trzeci cel badawczy oceniano konstelację i siłę wpływu badanych zmiennych na efekty leczenia w obszarze psychopatologicznym i społecznym w zależności od sposobu pomiaru "efektów leczenia".

Pierwsza badana hipoteza została potwierdzona jedynie częściowo w stosunku do czterech z ośmiu "pośrednich celów leczenia" tj. motywacji, współpracy w zażywaniu leków, wglądu i satysfakcji z leczenia. Wobec tych czterech celów potwierdzony został też charakter zależności - wzrostowi jakości udziału w leczeniu czyli aktywności własnej pacjentów towarzyszyła poprawa w osiągniętych celach. Również globalny procent wyjaśnianej zmienności mieścił się w obszarze wartościowym poznawczo (kolejno 35%, 31%, 20% i 12%).

Odnosnie obszaru na który badane czynniki nie ujawniły swojego wpływu należy zaznaczyć, że są to "pośrednie cele leczenia" związane ze społecznym funkcjonowaniem pacjenta. Należy podkreślić, że nie ujawniono istotnego wpływu "ilości" udziału w leczeniu na uzyskiwane pośrednie cele leczenia.

Czynnik "zmiana jakości udziału" w leczeniu tj. aktywności własnej pacjentów aczkolwiek ujawnił swój istotny wpływ na cztery z ośmiu pośrednich celów leczenia to - jak to wynika z analizy drugiego obszaru badawczego - nie miał istotnego wpływu

na osiąganie ostatecznych "efektów leczenia".

Wyniki z drugiego obszaru badawczego ujawniają, że część wyłonionych czynników czasami pojedynczo - zmiana satysfakcji z leczenia i wglądu - czasami w konstelacji /zmiana wglądu, motywacji, umiejętności życiowych i satysfakcji z leczenia/ posiada istotny statystycznie wpływ na większość badanych obszarów "efektów leczenia". Tam gdzie czynniki występują we wzajemnym powiązaniu nie zawsze wzrostowi jednego czynnika towarzyszy wzrost badanych efektów leczenia. Zależność ta jest bardziej skomplikowana.

Tam gdzie wpływ badanych czynników zachodzi w stopniu statystycznie istotnym "efekty leczenia" wyjaśniane są również w zakresie wartościowym poznawczo - psychopatologia oceniana klinicznie w 42% zaś mierzona skalą BPRS w 18%, kontakty społeczne w 11% a średnia aktywność społeczna mierzona skalą SAS w 16%.

Trzeba podkreślić, że żadna z badanych zmiennych nie miała wpływu na objawy negatywne mierzone skalą BPRS.

Odnosnie trzeciego obszaru badawczego ujawniono inny stopień wpływu w obszarze psychopatologicznym w pomiarze klinicznym a inny przy ocenie skalami BPRS i SAS.

Istotnym czynnikiem mającym wpływ na osiąganie pośrednich celów leczenia w chwili wypisu z oddziału dziennego jest "jakość udziału" czyli aktywność własna pacjentów w leczeniu. Wśród badanych zmiennych zmiana w satysfakcji z leczenia i wglądzie ujawniły największy wkład w wyjaśnienie ostatecznego efektu leczenia i to zarówno w obszarze psychopatologicznym jak i społecznym.

Wgląd i satysfakcja z leczenia powinny znaleźć się w grupie badanych czynników, aby rozświetlić ich związki z innymi czynnikami i wpływ nie tylko na efekty leczenia w oddziale dziennym ale ich miejsce wśród innych czynników wpływających na efekty leczenia i rehabilitacji w schizofrenii.

Ujawnienie wpływu "czynników" związanych z leczeniem na "efekty leczenia" ma istotne znaczenie w codziennych zmaganiach z chorobą, gdyż wskazuje na praktyczne kierunki terapeutycznej interwencji i przełamuje fatum związane z predyktorami tzw. naturalnego przebiegu, które w świadomości wielu psychiatrów przepowiadają niejako przyszły los chorego na schizofrenię jak Kasandra los Troi.

## PISMIENNICTWO

Alanen Y.O., Pääköläinen V., Rasimus R., Laakso J., Kaljonen A. (1985) Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: Results of 5-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 71, No 319, 31-49.

Aleksandrowicz J. i wsp. (1990) Czynniki wpływające na efekty leczenia w oddziale nerwic. Wykład wygłoszony w Katedrze Psychiatrii AM w Krakowie.

Anthony W.A., Buell G.J., Sharrat S., Althoff M. E. (1972) The efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, No 78, 447-456.

Anthony W.A., Cohen M.R., Vitalo R. (1978) The measurement of rehabilitation outcome). *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 4, No 3.

Anthony W.A., Nemeo P.B. (1984). *Psychiatric rehabilitation*. W: Bellack A.S. (Ed.) *Schizophrenia. Treatment, Management, and Rehabilitation*. Grune & Stratton, Inc. Orlando.

Andreasen N.C., Olsen S. (1982) Negative v. positive schizophrenia. *Arch.Gen. Psych.* No 39, 789.

Angermeyer M. C. (1987). *Theoretical Implications of Psychosocial Intervention Studies on Schizophrenia*. W: Häfner H, Gattaz W.F, Janzarik W. (Ed) *Search for Causes of Schizophrenia*. Springer, Berlin, 331 - 349.

Axelrod S., Wetzler S. (1989) Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hosp. and Comm. Psych.* Vol. 40, No 4, 397-401.

Axer A. (Red.) (1988). *Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa.

Barbaro B., Cechnicki A., Szymusik A., Zawadzka K., Zadecki J. (1986). The psychosocial program of treatment of schizophrenic patients in the Krakow Psychiatric Clinic. W: Goldstein M.J., Hand I., Hahlweg K. (Eds) Treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention. Springer - Verlag, Berlin, 193 - 201.

Barbaro B., Cechnicki A., Rostworowska M. (1986) Wskaźnik ujawnionych emocji (EE) jako podstawowy wskaźnik prognostyczny w schizofrenii. Przegląd badań. Psychiatr. Pol., Vol. 20, No 2, 119-126.

Barbaro B., Zawadzka K. (1986) Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów leczonych w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Krakowie. Wyd. AM w Krakowie.

Bellack A.S. (1986). Das Training sozialer Fertigkeiten zur Behandlung chronisch Schizophrener. W: Brenner H.D., Böker W. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber . Bern, 121-131.

Benedetti G. (1964). Klinische Psychotherapie. Huber, Bern - Stuttgart.

Bender M.P., Pillings S. (1985). A study of the variables associated with under-attendance at a psychiatric day centre. Psychological Medicine, No 15, 395-401.

Bennett D.H. (1972). Day hospitals, day-centers and workshops; general principles. W: Wing J.K., Hailey A.M. (Eds.) Evaluating a community psychiatric service. Oxford University Press. Oxford.

Berner P., Gabriel E., Katschnig H., Kieffer W., Koehler K., Lenz G., Simhandl C. (1983). DSM III in German-speaking countries. W: Spitzer R.L., Williams J.B.W., Skodol A.E. (Eds) Internationales perspectives on DSM-III. American Psychiatric Press. Washington, 109-125.

Bielańska A., Cechnicki A., Budzyna-Dawidowski P. (1991). Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic Patients: Our Impressions. Amer. J. of Psych., Vol. 45, No 3, 566-575.

Bierer J. (1951) The day hospital. An experiment in social

psychiatry and syntho-analytic psychotherapy. Lewis Co. Ltd., London.

Bierer J. (1964) The Marlborough experiment. W: Bellack L. (Ed.) Handbook of community psychiatry and community mental health. Grune and Stratton.

Bleuler M., Huber G. Gross G., Schuettler R. (1976). Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. Nervenarzt No 47, 477-481.

Bleuler M. (1986). Schizophrenie als besondere Entwicklung W:Dörner K.(Ed) Neue Praxis braucht neue Theorie. Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh, 18-25.

Bloch S., Reibstein J. (1980) Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. Brit. J. Psychiat., Vol. 137, 274-278.

Bosch G., Veltin A. (1983) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Rheinland-Verlag. Köln.

Bosch G., Steinhart I. Entwicklung und gegenwärtigen Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland. (1983) W: Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Bosch G., Veltin A. Rheinland-Verlag. Köln, 11-36.

Böker W., Brenner H.D. (Eds) (1989). Schizophrenie als systemische Störung. Hans Huber Verlag. Bern.

Brenner H.D., Böker W. (1986) Ausblick auf mögliche künftige Entwicklungen in Forschung und Praxis. W: Brenner H.D., Böker W. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber. Bern, 226-234.

Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. Brit. J. Psych., Vol. 121, 241-258.

Cameron D.E. (1947). The day hospital: An experimental form of hospitalization for psychiatric patients. Modern Hospital, No 69, 60-62.

Cancro R. (1984). Überblick über die Schizophrenie. W: Freedman

A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J., Peters U.H. (Eds). Psychiatrie in Praxis und Klinik. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1-20.

Casarino J.P., Wilner M., Maxej J.T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) Standards and guidelines for partial hospitalization. Inter. J. of Partial Hosp., No 1, 5-21.

Cechnicki A. (1983). Oddział dzienny: dalej od szpitala - bliżej życia. Wiadomości o nauce. No 1. Kraków.

Cechnicki A. (1984) Problemy leczenia dziennego - przegląd literatury. Wykład wygłoszony na zebraniu sekcji psychiatrii społecznej PTP. Manuskrypt, niepublikowany.

Cechnicki A., Zaděcki J. (1985). Uwagi w sprawie rozwoju miszkań terapeutycznych w Polsce (hosteli). Biul. Inst. Psych., No 1-2.

Cechnicki A, Bielanska A, Drożdżowicz L. (1988). Die Rolle des Trainings sozialer Fertigkeiten im System der Behandlung von Schizophreniekranken. Gemeindenahe Psychiatrie No 26)27, 44 - 53.

Cechnicki A. (1990) Model podatności na zranienie w schizofrenii. Psychoterapia, No 3, 39-48.

Ciampi L., Miller C. (1976). Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin - Heidelberg - New York.

Ciampi L. (1981) Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits - und Therapiekonzepte. Nervenarzt No 52, 506 - 515.

Ciampi L. (1985). Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung - eine Hypothese und ihre therapeutischen Konsequenzen. W: Stierlin H., Wynne L.C. Wirsching M. (Eds). Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Springer - Verlag. Berlin. 59 - 69.

Ciampi L. (1986) Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits - und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konverierende neue Konzepte. W: Böker W, Brenner H. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber, Bern

Stuttgart Toronto, 47 - 62.

Ciampi L. (1989). Zur Dynamik komplexer biologisch-psychosozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. W: Ecker. W., Brenner H.D. (Eds). Schizophrenie als systemische Störung. Hans Huber Verlag. Bern, 29-38.

Conte H.R., Plutchik R., Buckley P., Spence D.W., Karasu T.B. (1989) Outpatients view their psychiatric treatment. Hosp. and Comm. Psych., Vol. 40, No 6, 641-643.

Davis J., Lorei T., Caffery E. (1978). An evaluation of the Veterans Administration day hospital program. Hosp. Commun. Psychiat. No 29, 297-302.

Dick P., Cameron L., Cohan D. (1985). Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. Brit. J. of Psych. No 147, 246-250.

DiBella A.W, Weitz G.W., Poynter-Berg D., Yurmark J.L. (1982). Handbook of partial hospitalization. Brunner/Mazel, Publishers. New York.

DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1980), 3 wyd., American Psychiatric Association, Washington.

Eckman T.A., Jr. (1979). Behavioral approaches to partial hospitalization. W: R.F. Luber (Ed.) Partial hospitalization. A current perspective. Plenum Press. New York and London.

Endicott J., Herz M., Gibbon M. (1978). Brief vs. standard hospitalization: The differential costs. Am. J. Psychiat. No 135, 707-712.

Erickson K. (1972). Patient Role and Social Uncertainty. A Dilemma of the Mentally Ill. Psychiatry No 20, 263-273. W: v. Cranach M., Finzen A. Sozialpsychiatrische Texte, Berlin/Heidelberg/New York, Springer Verlag.

Farndale J. (1961) The day hospital movement in Great Britain. Pergamon Press. Oxford.

Finzen A. (1977). Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule. R. Piper and Co. Verlag. München.

- Finzen A. (1986) Die , ambulante Langzeitbehandlung mit Depotneuroleptika und psychosozialer Therapie. W: Brenner H.D., Eöker W. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber. Bern, 221-225.
- Fottrell E.M. (1973) A ten years review of the functioning of a psychiatric day hospital. Brit. J. Psych. No 123, 715-717.
- Freedman A.M., Kaplan H.J., Sadock B.J. (1975). Comprehensive Textbook of Psychiatry. T. II. New York.
- Glaser F.B. (1972). The Uses of the Day Program. W: Bellak L., Barten H. (Eds) Progress in Community Mental Health. Mc Graw Hill. Nwe York.
- Goldberg K. (1982). Examining autonomy in the day hospital setting. Proceedings of the Annual Conference on Partial Hospitalization. American Association for Partial Hospitalization. Boston.
- Goldberg S.C., Schooler N.R., Hogarty G.E., Roper M. (1977) Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and sociotherapy. Arch. Gen. Psych. Vol 34, 171-184.
- Gomes-Schwartz B. (1977). Psychotherapy process variables as predictors of outcome. Referat przedstawiony na 8th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research , Madison.
- Gudeman J.E., Dicke B., Evans A. (1985). Four-year assessment of a day hospital-inn program as an alternative to inpatient hospitalization. Amer. J. of Psych. Vol. 142, 1330-1333.
- Guillette W., Crowley B., Savitz A., Goldberg F. (1978). Day hospitalization as a cost effective alternative to inpatient care: A pilot study. Hosp. Commun. Psychiat. Vol. 29, 525-527.
- Gunderson J.G. (1978). Functions of milieu therapy. W: Ch. Müller (Ed.) Psychotherapy of Schizophrenia. 6 Int. Symp. Lausanne, 109-121.
- Gunderson J.G., Carroll A. (1985) Klinische probleme im Lichte empirischer Forschung. W: Stierlin H., Wynne L.C., Wirsching M. Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Springer-Verlag. Berlin.



Guy W., Gross M., Hogarty G.E i wsp. (1969). A controlled evaluation of day hospital effectiveness. Arch. Gen. Psychiatry Vol. 20, 329-338.

Hays W.L. (1973) Problems in linear regression and correlation. W: Holt (Ed) Statistics for the social sciences. New York, 616-675.

Hegerl U., Stieglitz R.D. (1988). Prädiktor-Forschung in der Psychiatrie. Nervenarzt, 59, 215-222.

Hersen M. (1979). Research Considerations. W: Luber R.F. (Ed.). Partial Hospitalization. A current Perspektive. Plenum Press. New York and London.

Herz H.J., Endicott J., Spitzer R., Mesnikoff A. (1971) Day versus in patient hospitalization: A controlled Study. Amer. J. Psych. Vol. 127, No 10, 1371-1382.

Herz J. (1975). Partial hospitalization. Day and night care. W: Freedmann A.M., Kaplan H.J., Sadock B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York. Tom II.

Hess D. (1987) Über eine Wohngruppe für akut Schizophrene ("Soteria Bern") und "das Konzept der besonderen Verletzbarkeit". W: Dörner K.(Ed) Neue Praxis braucht neue Theorie. Verlag van Hoddis, Gütersloh, 136-143.

Hirsch S.R., Leff J.P. (1975) Abnormalities in parents of schizophrenics. W: Maudsley Monograph 22, Univ. Press. Oxford.

Hirsch S.R., Jolley A.G., Manchanda R., McRink A. (1986) Frühzeitige medikamentöse Intervention als Alternative zur Depo-Dauermedikation in der Schizophreniebehandlung. Ein vorläufiger Bericht. W: Brenner H.D., Böker W. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber . Bern, 62-71.

Hogarty G.E., Anderson C. (1986) Eine kontrollierte Studie über Familientherapie, Training sozialer Fertigkeiten und unterstützende Chemotherapie in der Nachbehandlung Schizophrener: Vorläufige Effekte auf Rezidive und Expressed Emotion nach einem Jahr. W: Brenner H.D., Böker W. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber . Bern, 72-86.

- Hoge M.A., Farvell S.P., Muncheb M.E., Strauss J.S. (1988). Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry*, Vol. 51, 199-210.
- Huber G. (Ed.) (1973) *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen*. F.K. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York.
- Jaworska K. (1970). Sprawozdanie z rocznej działalności Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrycznej w Warszawie. *Psychiatr. Pol.*, Vol. 6, No 6, 649-653.
- Jedliński K. (1985) Rola pacjenta psychiatrycznego - metoda pomiaru. *Psychiatr. Pol.*, Vol. 19, No 6.
- Kalinowski A. (1981) Kryteria diagnostyczne i psychologia schizofrenii. *Probl. Diagn. i Terapii*. IPN, Warszawa.
- Kalman T.P. (1983) An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hosp. and Comm. Psych.*, Vol. 34, No. 1, 48-53.
- Katschnig H. (1984). Der "polydiagnostische Ansatz" in der psychiatrischen Forschung. W: Hopf A., Beckmann H. (Eds.) *Forschungen zur biologischen Psychiatrie*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York.
- Katschnig H. (1984). (Ed.) *Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause*. Urban und Schwarzenberg. Wien, Baltimore.
- Katschnig H. (1985). *Methods of measuring social adjustment*. W: Helgason (Ed.) *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Katschnig H. (1987). *Vulnerability and Trigger Models Rehabilitation: Discussion*. W: Häfner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (Eds.) *Search for the Causes of Schizophrenia*. Springer Verlag, Berlin. 353 - 359.
- Kendall P.C., Norton-Ford J. (1982). *Therapy outcome research methods*. W: Kendall P.C., Butcher J.N. (Eds.) *Handbook of research methods in clinical psychology*. John Wiley and Sons, New York.
- Kendell R.E., Cooper J.E., Gourlay A.J., Copeland J.R.M.,

Sharpe L., Gurland B.J. (1971) Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch. Gen. Psych. Vol. 25, 123.

Kępiński A. (1972) Schizofrenia. PZWL. Warszawa.

Klar H., Frances A., Clarkin J. (1982). Selection criteria for partial hospitalization. Hosp. and Comm. Psych., 33, 11, 929-933.

Koniecznyńska Z., Mikulska-Meder J., Stańczyk S. (1986). Oddziały dzienne - analiza działalności i charakterystyka populacji pacjentów. Biul. Instyt. Psych. Nr 3. Warszawa, 48-70.

Kostecka M., Żardecka-Mieścicka M. (1970a) Zebrania społeczności terapeutycznej w oddziale dziennym. Psychiatr. Pol., Vol. 6, No 6, 655-659.

Kostecka M., Żardecka-Mieścicka M. (1970b). Psychoterapia grupowa w oddziale dziennym. Psychiatr. Pol., Vol. 6, No 6, 661-665.

Kringlen E. (1987) Contributions of Genetic Studies on Schizophrenia. W: Häfner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (Eds). Search for the Causes of Schizophrenia. Springer Verlag, Berlin, 123 - 143.

Kulenkampff C. (1983). Diskussion zur Funktion der Tagesklinik im Versorgungssystem. Schlusswort. W: Bosch G., Veltin A. (Eds.) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Rheinland-Verlag. Köln, 193-198.

Lamb H.R., (1986). Some Reflections on Treating Schizophrenics. Arch. Gen. Psychiatry, Vol 43, 1007-1011.

Lieberman R.P., King L.W., DeRisi W.J., Mc Cann M. (1975) Personal effectiveness: Guiding people to assert themselves and improve their social skills. Research Press. Champaign, IL.

Lieberman R.P., Neuchterlein K.H., Wallace C.J. (1982) Social skills training and the nature of schizophrenia W: Curran J.P., Monti P.M. (Eds). Social Skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment. Guilford Press, New York, 5 - 56.

Lieberman R.P., Marshall M.E., Marder S.R., Dawson M.E.,

Neuchterlein K.H., Doane J.A. (1984a). The nature and problem of schizophrenia. W: Bellack A.S. (Ed). Schizophrenia - Treatment, Management, and Rehabilitation. Grune and Stratton, Orlando, 1 - 35.

Lieberman R.P., Lillie F., Falloon J.R.H., Harpin R.E., Hutchinson W., Stoute B. (1984 b) Social skills training with relapsing schizophrenics. An experimental analysis. Behavior Modification, Vol 8, No. 2, 155-179.

Lieberman R.P. (1986) Coping and competence as protective factors in the Vulnerability-Stress Model of schizophrenia. W: Goldstein M.J., Hand I., Hahlweg K. (Eds) Treatment of Schizophrenia. Springer-Verlag, Berlin, 201-215.

Linn N.W., Caffey E.C., Klett C.J., Hogarty G.R., Lamb H.R. (1979) Day Treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. Arch. of Gen. Psych. Vol. 36, 1055-1066.

Luber R.F. (1979) (Ed.) Partial Hospitalisation. A current Perspective. Plenum Press. New York and London.

Luber R.F. (1984) Partial hospitalization. W: Bellack A.S. Schizophrenia. Grune and Statton.

Lukoff D., Neuchterlein K., Ventura J. (1986) Appendix A. Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Schiz. Bull., Vol. 12, No 4, 594-602.

MacMillan J., Gold A., Johnson A., Johnston E. (1986) Expressed Emotion and relapse in schizophrenia. Brit. J. of Psych. Vol. 148, 741-744.

Marek T., Noworol C. (1986) Wprowadzenie do wielozmiennej analizy regresji. Wydawnictwo UJ. Kraków.

Mason J.C., Louks J.L., Burmer G.C., Scher M. (1982). The efficacy of partial hospitalization: A review of recent literature. Inter. J. of Partial Hosp. Vol. 1, No 3, 251-269.

McGlashan T.H. (1986a). Schizophrenia: Psychosocial Treatments and the Role of Psychosocial Factors in its Etiology and Pathogenesis. W: Frances A.J., Hales R.E., (Eds). Psychiatry Update. Annual Review. Vol.5, Amer. Psych. Press, Washington.

- McGlashan T.H. (1986b) Predictors of shorter-, medium-, and longer-term outcome in schizophrenia. *Amer. J. Psych.*, Vol. 143, 50-55.
- McGrath G., Tantam D. (1987). Long-stay Patients in a Psychiatric Day Hospital. A Case Note Review. *Brit. J. Psychiat.* Vol. 150, 836-840.
- Michaux M., Chelst M., Foster S., Prium R. (1973). Post-release adjustment of day and full time psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiat.* Vol. 29, 647-651.
- Miklowitz D., Goldstein M. Falloon I., Doane J. (1984) Interactional correlates of expressed emotion in the family of schizophrenics. *Brit. J. of Psych.*, Vol. 144, 482-487.
- Mirsky A.F., Duncan C.C. (1986). Etiology and expression of schizophrenia: Neurobiological and Psychosocial Factors. *Ann. Rev. Psychol.*, 37, 291 - 319.
- Modestin J. (1987) Zum heutigen Stand der Schizophrenie-Diagnostik. *DMW*, 112 Jg., Nr.38, 1470-1474.
- Moos R. (1974). *Ward Atmosphere Scale Manual*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, Calif.
- Morrice J.K. (1973). A Day Hospital's Function in a Mental Health Service. *Brit. J. Psychiat.* Vol. 122, 307-314.
- Möller H.J., Schmid-Bode W., Wittchen H.U., Zerssen D. (1986) Outcome and prediction of outcome in schizophrenia: Results from the Literature and from two personal studies. W: Goldstein M.J., Hand I., Hahlweg K. (Eds) *Treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention*. Springer - Verlag, Berlin, 11 - 25.
- Müller P., Bürger C., Oeffler W. (1988) Expressed Emotion und ihr Zusammenhang mit Verlaufsmerkmalen schizophrener, zyklotyper und neurotischer Patienten. *Nervenarzt*, Vol. 59, No 4, 223-229.
- Neuchterlein K.H. (1987). Vulnerability Models for Schizophrenia: State of the Art. W: Häfner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (Eds). *Search for the Causes of Schizophrenia*,

Springer - Verlag, Berlin, 297 - 317.

Neuchterlein K.H., Goldstein M.J., Ventura J., Dawson M.E., Doane J.A. (1989). Beziehungen zwischen Patient und Umwelt in der Schizophrenie: Informationsverarbeitung, Kommunikationsstörung, autonomes Arousal und belastende Lebensereignisse. W: Böker W. Brenner H.D. (Eds) Schizophrenie als systemische Störung. Verlag Hans Huber. Bern, 191-203.

Paul G.L. (1967) Strategy of outcome research in psychotherapy. J. of Consul. Psychol. 2, 109-118.

Olbrich R. (1987). Die Verletzbarkeit des Schizophrenen: J.Zubins Konzept der Vulnerabilität. Nervenarzt, 58:65 - 71.

Overall J., Gorham D. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. Psych. Rep., 10, 799-812.

Platt S., Weyman A., Hirsch S., Hewett S. (1980) The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. Social Psychiatry. 15.

Reverzy J.F. (1979). Actualite des structures intermediaires. W: Transitions. Revue de l'innovation psychiatrique et sociale. Orsay, 34-39.

Rosie J.S. (1987). Partial hospitalization: A review of recent literature. Hosp. and Comm. Psych. Vol. 38, No. 12, 1291-1299.

Rzewuska M. (1988). Charakterystyka przebiegu schizofrenii paranoidalnych. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa.

Sass H. (1987) The classification of schizophrenia in the different diagnostic systems. W: Häfner H., Gattaz. W.F., Janzarik W. (Eds). Search for the Causes of Schizophrenia. Springer - Verlag, Berlin, 19 - 29.

Scharfetter Ch. (1986). Schizophrene Menschen. Urban und Schwarzenberg. München.

Schneider K. Klinische Psychopathologie. (1950) 3 Aufl. Thieme. Stuttgart.

Shepherd M. (1987). Formulation of New Research Strategies on

Schizophrenia. W: Häfner H., Gattaz. W.F., Janzarik W. (Eds). Search for the Causes of Schizophrenia. Springer - Verlag, Berlin, 29 - 39.

Słupczyńska E. (1983). Przystosowanie społeczne chorych na psychozy po 4 latach od pierwszego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Maszynopis pracy doktorskiej. Warszawa.

Słupczyńska E. (1985a). Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. Cz. I Pojęcia i definicje. Psychiatr. Pol., Vol. 19, No 3, 226-232.

Słupczyńska E. (1985b). Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. Cz. II. Metody zbierania informacji i metody oceny zachowań. Psychiatr. Pol., Vol. 19, No 4., 316-320.

Słupczyńska E. (1985c). Przegląd wyników badań nad przystosowaniem społecznym chorych na psychozy. Psychiatr. Pol., Vol. 19, No 5., 380-386.

Słupczyńska E. (1985d). Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. Cz. III. Metody pomiaru aktywności w pracy, aktywności w życiu rodzinnym oraz obciążenia rodziny. Psychiatr. Pol., Vol. 19, No 6., 474-482.

Stańczak T. (1977) Działalność oddziałów dziennych w Polsce. Biul. Inst. Psych. Vol. 24, No 1, 1-9.

Stańczak T. (1984). Dienne ośrodki zajęciowe. Biul. Inst. Psych., Nr 3.

Stark F.M., Buchkremer G. (1990). Die Selbstbeurteilung der Therapeut/Patient - Beziehung in der Therapie schizophrener Patienten. Zeitschrift für Psychologie. Zur Veröffentlichung eingereicht.

Stierlin H. (1985). Überlegungen zur Familientherapie bei schizophrenen Störungen. W: Stierlin H., Wynne L.C., Wirsching. (Eds.) Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Springer-Verlag, Berlin, 223-230.

Strauss J.S., Carpenter W.T. The prediction of outcome in schizophrenia II - Relationships between predictor and outcome

variables. Arch.Gen.Psych., 1974, 31, 37-42.

Strauss J.S. (1989). Intermediäre Prozesse in der Schizophrenie: Zu einer neuen dynamisch orientierten Psychiatrie. W: Böker W., Brenner D. (Eds). Schizophrenie als systemische Störung. Verlag Hans Huber. Bern.

Sullivan J.L., Feldman S. (1979) Multiple indicators: An introduction. Sage Publications. Beverly Hills.

Szelenberger W. (1970). Terapia zajęciowa na psychiatrycznym oddziale dziennym. Psychiatr. Pol., Vol 6, No 6, 667-670.

Tienari P. et. al. (1985). Die finnische Adoptionsstudie: Kinder schizophrener Mütter, die von anderen Familien adoptiert wurden. W: Stierlin H., Wynne L.C., Wirsching. (Eds). Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Springer - Verlag, Berlin, 25 - 38.

Tienari P. et. al. (1989). Die finnische Adoptionsfamilienstudie über Schizophrenie: Mögliche Wechselwirkungen von genetischer Vulnerabilität und Familien-Milieu. W: Böker W., Brenner D.H. (Eds). Schizophrenie als systemische Störung. Hans Huber Verlag. Bern. 39-52.

Tienari P. et. al. (1990). Adoption studies on Schizophrenia. Paper presented in the International Symposium on the occasion of the 10th anniversary of the Clinic for Child and Adolescent Psychiatry in Essen.

Trojan A., Waller H. (1980). Sozialpsychiatrische Praxis. Akademische Verlagsgesellschaft. Wiesbaden.

Turner R.M. (1986) Beurteilung der Wirkung psychosozialer Behandlungen schizophrener Patienten: Reliabilität, Validität, Verantwortbarkeit. W: Brenner H.D., Böker W. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber. Bern, 159-167.

Uchtenhagen A. (1983). Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation. W: Bosch G., Veltin A. (Eds.) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Rheinland-Verlag. Köln, 79-89.

Vaillant G.E. (1984) The disadvantages of DSM -III outweigh its advantages. Amer. J. Psychiat. Vol. 141, No 542.



Van Putten T. (1978) Drug refusal in schizophrenia: Causes and prescribing hints. *Hosp. and Comm. Psychiatry*, 29. 110-112.

Vaughn C.E., Leff J.P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Brit. J. of Psych.* Vol. 129, 125-137.

Volavka J. Late-onset schizophrenia. A review. (1985) *Comprehens. Psychiat.* Vol. 26, No 148.

Wallace C.J., Nelson C.J., Liberman R.P. i in. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6.

Washburn S., Vannicelli M., Longabaugh R., Scheff B.J. (1976) A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *J. of Con. and Clin Psych.*, 44, 665-675.

Washburn S., Conrad M. (1979) Organization of the therapeutic milieu in the partial hospital. W: Luber R.F. (Ed.) *Partial hospitalization. A current perspective.* Plenum Press. New York. 47 - 70.

Wciórka J. (1986). Między przyswajaniem a oddalaniem. Postawy chorych wobec przeżywanych zaburzeń schizofrenicznych. *Instytut Psychiatrii i Neurologii.* Warszawa.

Weiss K.J., Dubin W.R. (1982). Partial hospitalization: State of the art. *Hosp. and Comm. Psych.*, Vol. 33, 923-928.

Wilder J., Lewin G., Zwerling I. (1966) A two year followup evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital. *Amer. J. Psych.*, Vol. 122, 1095-1101.

Wing J.K., Brown G.W. (1970). *Institutionalism and schizophrenia.* Cambridge University Press. London.

Wing J.K. (1984). Schizophrenie in Selbstzeugnissen - Einleitung. W: Katschnig H. (Ed.). *Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause.* Urban & Schwarzenberg. München, 21-30.

Wing J.K. (1986). Der Einfluss psychosozialen Faktoren auf den

Langzeitverlauf der Schizophrenie. W: Böker W., Brenner H.D. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Hans Huber Verlag. Bern. 11 - 29.

Wiśniewski K., Podbielski Z. (1985). Aktywność własna pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Psychoterapia. Vol. 4, No 55.

Woodside H. (1985). The Day Center and Its Role as a Social Network. Hosp. and Comm. Psychiatry, Vol. 36, No 2, 177-180.

World Health Organization. (1979). Schizophrenia. An International Follow-up Study. Wiley. Chichester.

Yalom I.D. (1975) The theory and practice of Group Psychotherapy. Basic Books. New York.

Zadęcki J. (1972). Zaburzenia życia uczuciowego we wczesnej schizofrenii. Praca doktorska. AM Kraków.

Zadęcki J. (1983) O Kępińskiego "Schizofrenii". Przegląd Lekarski, No 12, 873-876.

Zadęcki J., Cechnicki A. (1983) Problematyka wartości w schizofrenii. Zdrowie Psychiczne 1, Vol. 24.

Zadęcki J., Cechnicki A., Bielańska A. (1984) Rola aktywności własnej pacjentów w planowaniu programu leczenia chorych na schizofrenię. Maszynopis niepublikowany.

Zubin J., Spring B. (1977). Vulnerability - a new view of Schizophrenia. J. Abnorm. Psychol. 86, 103 - 126.

Zubin J., Steinhauer S.R. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: a look beyond genetics. J. Nerv. Ment. Dis. 169, 477 - 492.

Zubin J. (1986). Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie. W: Böker W., Brenner H.D. (Eds). Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Hans Huber, Bern. 29 - 42.

Zubin J. (1987). Closing Comments. W: Häfner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (Eds). Search for the Causes of Schizophrenia. Springer Verlag. Berlin. 359 - 366.

Zubin J. (1989) Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie. W: Böker W., Brenner H.D. (Eds). Schizophrenie als systemische Störung. Hans Huber Verlag. Bern. 27-39.

Zwerling I., Wilder J.F. (1964). An evaluation of the applicability of the Day Hospital in treatment of acutely disturbed patients, Isr. Ann. of Psych. and Rel. Disc., Vol 2, 162-185.



## ANEKS

### Spis zawartości aneksu:

1. Karta Leczenia w Oddziale Dziennym (KLOD) wraz z legendą.
2. Legenda do klinicznej oceny psychopatologii i funkcjonowania społecznego.
3. Legenda do predyktorów.
4. Tabela 1 - Dane ogólne o leczeniu w oddziale dziennym.
5. Tabela 2.- Ilość i jakość udziału w leczeniu oceniane przy wpisie i wypisie z oddziału dziennego (dane zawarte w KLOD od 1 do 21).
6. Tabela 3. - Pośrednie cele leczenia osiągnane przy wpisie i wypisie z oddziału dziennego (dane zawarte w KLOD od 22- 39).
7. Tabela 4. - "Zmiana" uzyskana w oddziale dziennym w jakości uczestniczenia w leczeniu i w pośrednich celach leczenia.
8. Tabela 5. - Efekty leczenia w oddziale dziennym w ocenie klinicznej i przy pomocy skal BPRS i SAS.
9. Tabela 6. - Wpływ ilości i "zmiany" jakości leczenia na pośrednie cele leczenia.
10. Tabela 7. - Wpływ "zmiany" w pośrednich celach leczenia na "efekty leczenia" oceniane klinicznie.
11. Tabela 8. - Wpływ "zmiany" w pośrednich celach leczenia na "efekty leczenia" oceniane przy pomocy skali BPRS i SAS.

## KARTA LECZENIA W ODDZIALE DZIENNYM

<b>A. DANE OGÓLNE</b>	
1. Imię i nazwisko pacjenta	2. Skierowany <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Imię i nazwisko terapeuty indywidualnego	3. Na oddziale stacjonarnym <input style="width: 40px;" type="text"/> 4. Na oddziale dziennym <input style="width: 40px;" type="text"/> 5. W ambulatorium <input style="width: 40px;" type="text"/>
Okres obecnego leczenia (w tyg.)	6. Na oddziale stacjonarnym <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> 7. Na oddziale dziennym <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Ilość dotychczasowych hospitalizacji	8. Stacj <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> 9. Dziennych <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
10. Nawroty <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	11. Rehospital <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
12. Obecność w czasie terapii <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	

<b>B. PRZEBIEG LECZENIA</b>			
B1 LECZENIE FARMAKOLOGICZNE - dawka leku <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>			
B2 LECZENIE PSYCHOSPOŁECZNE	Propoz.	Ilość uczestn. w pkt.	Jakość uczestn.
1. Leczenie indywidualne			<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>
2. Grupa terapeutyczna			<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>
3. Wachty			<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>
4. Role w społeczności			<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>
5. Zajęcia ruchowe i parateatr.			<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>
6. Zajęcia terapeut z rodziną			<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>

7. Grupy "treningowe"			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
8. Wycieczki i obozy			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
9. Hostel			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
10. "zadania" poza oddziałem			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

C. ODDZIAŁYWANIA WOBEC RODZINY	Propoz.		Ilość uczest. w %		Jakość uczestn.	
	tak	nie	matka	ojciec	matka	ojciec
			żona	mąż	żona	mąż
1. Wizyta domowa					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Grupa wstępna					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Grupa wspólna					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Spotk. interw.regul					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Klub rodzin					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**D. EFEKT ODDZIAŁYWAN WOBEC PACJENTA**

- |                       |                          |                          |                         |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Motywacja          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Umiejętności życiowe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Zazywanie leków    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Ekspresja pozawerb.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wgląd pacjenta     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Subiekt.satysfakcja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Umiejętności społ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Kontakty w rodz.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**E. EFEKT ODDZIAŁYWAŃ WOBEC RODZINY**

matka(zona)      ojciec(mąż)

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rozumienie choroby pacjenta          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Komunikacja z pacjentem              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Radzenie sobie z trudnymi sytuacjami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F. UWAGI TERAPEUTY INDYWIDUALNEGO**

- a/ W jakich zakresach pacjent odniósł korzyści, a w jakich nie?
- b/ Czy skierowanie było zasadne lub dlaczego kwalifikacja była zła?
- c/ Jeżeli doszło do nawrotu w oddziale dziennym, to jakie były tego przyczyny?

**KARTA LECZENIA W ODDZIALE DZIENNYM,  
LEGENDA**

1. Dane ogólne
2. Przebieg leczenia
3. Oddziaływania wobec rodziny
4. Efekt oddziaływań wobec pacjenta
5. Efekt oddziaływań wobec rodziny

Większość informacji kodowanych w KLwOD uwzględnia zmianę lub jej brak w pierwszym i ostatnim okresie leczenia. W wypadku sytuacji jednorazowych jak wizyta domowa - początek i koniec spotkania. W wypadku grupy terapeutycznej - pierwszy i ostatni tydzień uczestnictwa, w wypadku wycieczek - pierwszy i ostatni dzień, obozu terapeutycznego - pierwsze i ostatnie trzy dni, zaś role terapeutyczne w społeczności traktowane są równoważnie i ocenia się udział w pierwszej w porównaniu z udziałem w ostatniej. Punkt - "zajęcia poza oddziałem" oddają zarówno zadania proponowane przez terapeutę jak i inicjatywę własną pacjenta w organizowaniu czasu wolnego.

**DANE OGOLNE**

**A.**

1. Nazwisko i imię pacjenta oraz jego kolejny numer
2. Skierowanie:
  - 1 - z oddziału C Kliniki
  - 2 - z oddziału stacjonarnego innego szpitala
  - 3 - z ambulatorium systemu C
  - 4 - z innych form opieki pozaszpitalnej
- 3,4,5 - wpisać osobę leczącą
  - 1 - lekarz
  - 2 - psycholog
  - 3 - pielęgniarka, prac. społeczny
- 6,7 - Podać obok czas w tygodniach
- 8,9 - Podać obok czas w miesiącach
10. Nawrót w trakcie leczenia w oddziale dziennym



(przez nawrót rozumie się wzrost w skali BPRS powyżej 5 pkt.)

- 1 - w trakcie leczenia w OD nie doszło do nawrotu
  - 2 - w trakcie terapii miał miejsce jeden nawrót objawów
  - 3 - w trakcie terapii miał miejsce więcej niż jeden nawrót objawów .
11. Rehospitalizacja w trakcie leczenia w OD
- 1 - w trakcie leczenia w OD nie doszło do rehospitalizacji
  - 2 - w trakcie leczenia w OD doszło do rehospitalizacji ale pacjent powrócił na oddział dzienny.
  - 3 - w trakcie leczenia doszło do rehospitalizacji i pacjent nie powrócił na OD po ustąpieniu ostrych objawów.
12. Obecność
- 1 - w trakcie terapii miało miejsce od 0 do 3 nieobecności
  - 2 - w trakcie terapii miało miejsce od 4 do 6 nieobecności
  - 3 - w trakcie terapii miało miejsce powyżej 6 nieobecności
  - 4 - pacjent wbrew zaleceniom terapeutów przestał przychodzić na oddział.

## PRZEBIEG LECZENIA

### B.

#### Leczenie farmakologiczne

Ocena dawki leku wg. skryptu dotyczy sytuacji rozpoczynania i kończenia leczenia:

- 0 - nie zażywa leków , odmawia mimo wskazań
- 1 - dawka wysoka
- 2 - dawka średnia
- 3 - dawka niska
- 4 - pacjent nie zażywa leków po uzgodnieniu z lekarzem

#### Leczenie psychospołeczne

Leczenie psychospołeczne obejmuje zarówno kontakt indywidualny jak i oddziaływanie grupowe. W rubryce propozycja - proszę odnotować tak lub nie. Rubryki ilość i jakość uczestnictwa opisane są poniżej. Ogólnie maksymalna ilość uczestnictwa jest nieokreślona, a min. 0 pkt.zaś jakość uczestnictwa oceniono jako:

- 0 - destruktywną
- 1 - skrajną bierność
- 2 - niską aktywność własną
- 3 - średnią aktywność własną
- 4 - dużą aktywność i inicjatywę własną

Rosnąca jakość uczestnictwa - w zależności od od każdej z 10 ocenianych form leczenia - związana jest z inną charakterystyką zachowań pacjenta.

Maks. suma punktów za jakość uczestnictwa = 40 pkt, min. = 0

### 1. Kontakt indywidualny

Tutaj nie notujemy codziennych bardzo ważnych rozmów np. przy posiłkach.

Ilość uczestnictwa

Każde spotkanie psychoterapeutyczne kodowane jako jeden punkt.

Jakość uczestnictwa

- 0 - Pacjent był zamknięty - kontakt był bardzo odległy lub nad kontaktem dominowały ostre objawy psychotyczne.
- 1 - Pacjent był raczej zamknięty i nieufny - spotkania zależały od aktywności terapeuty .
- 2 - Pacjent był raczej otwarty, terapeuta był traktowany jako autorytet. Rozmowy podtrzymujące. (p. " małomówny ").
- 3 - Pacjent był otwarty, miał zaufanie do terapeuty - tematyka spotkań dotyczyła bieżących problemów w terapii.
- 4 - Pacjent był otwarty, miał zaufanie do terapeuty, spotkania dotyczyły głębszej, systematycznej analizy problemów.

### 2. Grupa terapeutyczna

Ilość uczestnictwa:

Każda obecność na psychoterapii grupowej kodowana jest jako jeden punkt. (Ocenie podlegają 4 spotkania w tygodniu według harmonogramu)

Jakość uczestnictwa:

- 0 - aktywność destruktywna, też jeżeli wynika z urojenlowej wrogości lub wzmożonego napędu, gwałtowne nawet otwarcie przed grupą ale psychotycznej natury.
- 1 - uczestnictwo bierne, odmawia mówienia o własnych problemach lub przeżyciach, często wychodzi z grupy lub podsypia, prawie się nie wypowiada.
- 2 - raczej bierne, wypowiedzi innych są słuchane, sam uczestnik grupy wypowiada się rzadko, ma trudności z werbalizacją. Zapytany przez terapeuta lub członków grupy udziela dosyć zdawkowych wypowiedzi o sobie.
- 3 - raczej aktywny, wypowiada się częściej, ale przeważają

wypowiedzi niespontaniczne, gotów do ujawniania problematyki chorobowej w grupie, zainteresowany wypowiedziami innych.

- 4 - duża aktywność w grupie i duża otwartość, wypowiada się spontanicznie, posiada umiejętność ujawniania uczuć w grupie, wypowiedzenia krytyki w sposób nieraniący. Do tego punktu należy też gotowość powierzenia grupie głębszych, osobistych problemów.

### 3. Wachty w kuchni

Ilość uczestnictwa

Każdy udział w wachcie kodowany jest jako jeden punkt. Wachta przejmowana jest poprzedniego dnia przez odbiór czystej kuchni i planowanie "menu" z kwatermistrzem na dzień następnny.

Jakość uczestnictwa

- 0 - destruktywna, psuje posiłki, przeszkadza w pracy innym.
- 1 - bierna, najczęściej ucieka z kuchni, idzie palić papierosy, wytrzymuje przy pracy krótką chwilę i najchętniej zostawia ją innym, sam nie potrafi nic przyrzadzić.
- 2 - raczej bierny, podejmuje aktywność jedynie przy nacisku członków grupy lub terapeuty, jest nieszczęśliwy, że musi brać udział w wachcie, potrafi samodzielnie wykonywać proste czynności kuchenne.
- 3 - raczej aktywny, pracuje chętnie, ale pod kierunkiem innej osoby lub praca w wachcie kosztuje go dużo wewnętrznego napięcia (np. kłopoty z przespianiem nocy poprzedzających wachtę), ale zadania wykonuje dobrze i nie trzeba po nim poprawiać, nie wykonuje też stereotypowo jednego typu zadań - np. mycie naczyń.
- 4 - duża aktywność własna, pracuje w wachcie spontanicznie, ma dobrze przyswojone umiejętności gotowania, pracę wykonuje rozluźniony, współpracuje .

### 4. Role w społeczności

Jak już wspomniano role traktowane są równoważnie.

Ilość uczestnictwa:

Podjęcie każdej roli przez 1 dzień kodowane jest jako jeden punkt. (Według ustaleń rola trwa 2 tygodnie czyli 10 dni).

Jakość uczestnictwa:

- 0 - destruktywna, chaos na zebraniu społeczności, napięcie, agresja, niepokój. Wynosi kasę oddziału z ośrodka.
- 1 - bierna - oddaje inicjatywę, kończy zebranie społeczności przed rozwiązaniem problemów, opuszcza gimnastykę, nie potrafi zebrać grupy punktualnie na zajęcia lub jako kwatermistrz ma trudności z prowadzeniem kasy i rozliczeń. Jako kaowiec - nie przygotowuje informacji o bieżących wydarzeniach, nie daje żadnych propozycji kina, teatru, wystawy itp.
- 2 - raczej bierny - Jako starosta - podejmuje funkcje pod naciskiem grupy i terapeuty i musi być ciągle mobilizowany. Podobnie kwatermistrz i kaowiec. Ma trudności z wypełnianiem ról - problemy staroście są podpowiadane, kwatermistrz ma trudności z egzekwowaniem rewersów, dokonaniem drobnych zakupów do ośrodka, kaowiec - tylko czyta gazetę (nie potrafi syntetycznie przekazać problemów), wysuwa propozycję, ale nie doprowadza do jej realizacji.
- 3 - średnia, stosunek do podejmowanych funkcji jest ambiwalentny, ale nacisk grupy i terapeuty jest niewielki. Wypełnianie wszystkich zadań sprawia mu jeszcze trudności. Starosta - pamięta o urodzinach i imieninach, robi wpisy do książki starosty o ważnych wydarzeniach, ściąga wszystkich na zajęcia, wprowadza nowe osoby w oddział.  
Kwatermistrz - ma jeszcze pewne trudności np. nie myli się w rachunkach i kasie, ale nie zawsze przegląda lodówkę i zarządza zakupy. Podobnie kaowiec - informacje przedstawia dobrze wybrane, proponuje konkretne imprezy - ma jeszcze trudności z realizacją.
- 4 - duża - sam spontanicznie podejmuje funkcje, nie ma trudności w ich realizacji, spełnia większość zadań z pkt 3 swobodnie dzięki czemu społeczności są nieschematyczne, grupa jest namówiona do kina, dużo bieżących ciekawych informacji lub dobrze prowadzona kasa, adekwatne zakupy jedzeniowe.

## 5. Zajęcia ruchowe (gimnastyka i relaks) i parateatralne

Ilość uczestnictwa:

Każde zajęcie kodowane jest jako jeden punkt

Jakość uczestnictwa:

- 0 - uczestnictwo destruktywne, przeszkadza w zajęciach, ciągle wychodzi z zajęć np. z powodu niepokoju.

- 1 - bierna, niechętnie uczestniczy, ciągle "zapędzany" przez terapeutów, też skrajnie duża trudność w poruszaniu się, w adekwatnej ekspresji głosu, w jego sile.
- 2 - raczej bierna, uczestnictwo przy nacisku ze strony terapeutów lub jest usztywniony, nie daje własnych propozycji do ćwiczeń na gimnastyce, nie umie tańczyć, ma trudności ze swobodną siłą głosu.
- 3 - raczej aktywny, stosunek do zajęć ambiwalentny, ale nacisk terapeuty jest niewielki. Jest jeszcze skrępowany, ale potrafi wykonać wszystkie proponowane ćwiczenia. Potrafi się rozluźnić na zajęciach z relaksu. Propozycje ćwiczeń na gimnastyce.
- 4 - uczestniczy w zajęciach spontanicznie, jest swobodny w wykonywaniu ćwiczeń, tańcach, operowaniu głosem. Prowadzi gimnastyczne zajęcia.

## 6. Zajęcia terapeutyczne z rodziną

Ilość uczestnictwa:

Zajęcia odbywają się w tzw. grupie łączonej z rodzinami i ilość sesji jest indywidualnie planowana - każda sesja kodowana jako jeden punkt.

Jakość uczestnictwa:

Jakość uczestnictwa jest analogicznie oceniana jak jakość uczestnictwa w pkt. 2 tj. w psychoterapii grupowej z tym, że zamiast gotowości do "mówienia o swojej chorobie" oceniamy tutaj gotowość do mówienia o relacjach i o problemach rodzinnych.

## 7. Grupy "treningowe"

Grupy treningowe (trening ról i pogadanka) zorientowane są zadaniowo i dlatego oceniamy aktywność uczestnictwa i stopień trudności w realizacji zadań np. mówienia pochwał, krytyki, rozmowy w biurze zatrudnienia, przygotowanie pogadanki.

Ilość uczestnictwa:

Każda grupa - 1 punkt, pogadanka - 3 punkty.

Jakość uczestnictwa:

Bierzemy pod uwagę aspekt werbalny i niewerbalny.

- 0 - zachowanie destruktywne lub psychotyczne
- 1 - bierny udział, wycofywanie się z zadań (cichy głos, brak kontaktu wzrokowego)
- 2 - udział przy dużym nacisku ze strony terapeutów lub grupy,

- duża niepewność w realizacji, duża trudność w realizacji
- 3 - podejmuje zadania, nacisk terapeuty jest niewielki, część sprawia mu jeszcze trudności, ale potrafi te trudności w trakcie zajęć pokonywać - tu oceniamy ostateczną jakość zadania - jak np. pacjent zahamowany wobec tzw. płci przeciwnej poradził sobie ostatecznie z mówieniem komplementów dziewczynie w sytuacji treningowej.
  - 4 - swoboda w realizacji zadań, dobra intonacja i siła głosu, kontakt wzrokowy z partnerem, swoboda werbalizacji. Ciekawa, swobodnie wygłoszona pogadanka.

## 8. Obozy i wycieczki

Ilość uczestnictwa:

Udział w przedpołudniowej wycieczce kodowany jest za jeden punkt, w tygodniowej - za 10 punktów.

Udział w 2-tygodniowym obozie terapeutycznym kodowany jest jako 50 punktów, a w tygodniowym sportowym 20 punktów.

Jakość uczestnictwa:

- 0 - destruktywna - pije alkohol, zachowanie psychotyczne, musi być rehospitalizowany.
- 1 - bierny - wycofuje się z zajęć, unika wycieczek, nie chce jechać na obóz, na obozie większość czasu izoluje się, nie uczestniczy w większości zajęć.
- 2 - niska - bierze udział, ale pod wpływem dużego nacisku ze strony terapeutów i grupy, większość zadań sprawia mu duże trudności ale usiłuje je pokonać.
- 3 - średnia - nacisk ze strony T jest niewielki, występujące trudności udaje się mu pokonać. Jeszcze ma mało inicjatywy własnej. Radzi sobie dobrze z takimi zadaniami podstawowymi jak np. dobry wybór rzeczy na obóz czy wycieczkę, podjęcie roli w filmie.
- 4 - duża - swoboda uczestnictwa, dużo inicjatywy własnej - brak trudności w śpiewaniu, wędrowaniu, uczestniczeniu w filmie.

## 9. Hostel

Ocena dotyczy pacjentów, którzy albo z powodu braku miejsca zamieszkania, albo z powodów treningowych zamieszkali w hostelu w okresie leczenia w oddziale dziennym.

Ilość uczestnictwa:

Ilość uczestnictwa:

Każdy miesiąc pobytu w hostelu - 10 punktów

Jakość uczestnictwa:

Miarą jakości uczestnictwa w hostelu jest wypełnianie zadań hostelowych, współzycie w grupie i samodzielność.

- 0 - zachowanie destruktywne lub psychotyczne, konieczność wypisu z hostelu
- 1 - bardzo niska aktywność - często przesypia popołudnia, ma duże trudności z wypełnianiem zadań hostelowych, często "ucieka" do domu - rodzice robią np. "pranie rzeczy osobistych" lub kierują telefonicznie jego/jej aktywnością.
- 2 - niska - dosyć bierny w kontaktach z innymi - jest "wyciągany" przez innych do kontaktu. Mało samodzielny w dbaniu o porządek, sprzątanii w hostelu, wymaga nacisku ze strony grupy przy przygotowaniach wspólnego posiłku. Sam nie organizuje wolnego czasu, le chętnie bierze udział w propozycjach innych.
- 3 - raczej duża aktywność - chętny na inicjatywę innych i sam już ma próby własnych propozycji. Sprząta np. tak że nie trzeba po nim poprawiać. Kontakty są powierzchowne ale wzajemnie satysfakcjonujące. Nie ucieka do domu.
- 4 - duża aktywność- przejmuje inicjatywę w nawiązaniu lub podtrzymywaniu kontaktu. Spędza czas na rozmowach z różnymi osobami, czasami wychodzą też razem do miasta. Samodzielny w obsłudze, robi coś dla innych z własnej inicjatywy np. kolację lub kupi bilety do kina itp.

#### 10. "Zadania" poza oddziałem

Tutaj oceniana jest zarówno inicjatywa własna pacjenta w organizacji wolnego czasu popołudniami i podczas weekendów jak i zadania dawane przez terapeutów jeżeli tej inicjatywy jest mało. To może być też "prowadzenie domu", "opieka nad dziećmi" itp.

Ilość uczestnictwa:

Ocenia się "plany i zadania domowe" zrealizowane. Każde samodzielnie zorganizowane popołudnie aktywne - jeden punkt, narzucone przez terapeutę, ale wypełnione - pół punktu. Min. ilość punktów = 0. Max. - nieograniczona.

Jakość uczestnictwa:

- 0 - poza oddziałem psychotyczne zachowanie, alkohol.

- 1 - bierność - nie ma własnych planów, zadań proponowanych przez rodzinę lub terapeutę nie spełnia, czas najczęściej popołudniami przesypia w łóżku.
- 2 - dosyć bierny/a, nie ma inicjatywy w planach, jest "wypychany" do zajęć przez rodzinę lub terapeutę, ma duże trudności w realizacji - nawet mycia naczyń w domu, sprzątanía, wybrania się do kina itp.
- 3 - raczej aktywny/a - podejmuje różne propozycje, ale wypływają one najczęściej z inicjatywy terapeuty lub rodziny. Ma pewne trudności w ich realizacji, ale je pokonuje. Zadania dotyczą też (lub też) planu dnia, sytuacji poza domem - zakupy, odwiedziny znajomych, przyjemności kulturalne itp. Próbuje własnych planów.
- 4 - duża aktywność - sam organizuje sobie aktywności, przeważają spotkania z byłymi pacjentami. Nie ma trudności w załatwianiu np. większego zakupu samodzielnie lub dwudniowego wyjazdu na weekend z kolegą w góry itp.

### C. ODDZIAŁYWANIA WOBEC RODZINY

Ilość oddziaływań:

Udział w wizycie domowej = 3 punkty. Każde spotkanie w grupie łączonej lub edukacyjnej = 1 punkt. Podobnie 1 pkt. udział w grupie małżeńskiej. Udział w klubie rodzin = 1 punkt. W sumie ocenia się pięć możliwych form oddziaływania wobec rodziny. Maks. suma punktów za uczestnictwo - otwarta, min. = 0

Jakość oddziaływań:

- ocenia się w skali od 0-4 identycznie jak w psychoterapię grupową w pkt. B.2. uwzględniając, że zamiast "gotowości mówienia o przeżyciach chorobowych" ocenia się "gotowość do mówienia o problemach rodzinnych" i realizację wspólnych dla rodziny zadań.

Suma punktów maks. dla każdego członka rodziny = 20 pkt., min. = 0 pkt.

### D. EFEKT ODDZIAŁYWAN WOBEC PACJENTA

Ocenione zostaną kolejne 8 celów oddziaływań w skali od 1-4. Obejmuje dwie oceny: ocena wstępnadotyczy pierwszych dwóch tygodni pobytu w oddziale dziennym a końcowa dwu ostatnich.



Maksymalna ilość pkt. za realizację "celów leczenia" = 32 pkt.  
Minimalna ilość = 8 pkt.

### 1. Motywacja

Ocenie podlega "realizowany" a nie tylko "deklarowany" stosunek pacjenta do leczenia i to do wszystkich trzech form proponowanych przez program oddziału dziennego: farmakoterapia, kontakt indywidualny i formy grupowe.

- 1 - brak - Deklaratywna - chęć skrócenia pobytu w oddziale stacjonarnym lub w oddziale dziennym, lub w ogóle chęć zerwania z leczeniem. Motywacja psychotyczna.
- 2 - mała - bierna zgoda na sugestie terapeutów lub rodziny, bierność w formach grupowych, lub indywidualnych lub odrzucanie jakiejś formy leczenia mimo wskazań np. leków.
- 3 - dosyć duża - akceptacja celów leczenia w oddziale dziennym lub ambulatoryjnym. Momentami ambiwalentny ale udział we wszystkich formach grupowych i zażywanie leków.
- 4 - duża - umiejętność sformułowania własnych celów leczenia np. rozpoznać nawrót choroby, poprawić kontakty w grupie, być bardziej aktywnym w ciągu dnia itp. i aktywny udział we wszystkich formach leczenia.

### 2. Współpraca w zażywaniu leków

Ocenie podlega nie tylko sam fakt zażywania ale i stosunek do tego faktu np. przekonanie o korzyściach.

- 1 - Pacjent odmawia zażywania leków, albo "udaje", że je zażywa. Uważa, że leczenie farmakologiczne jest zbędne.
- 2 - bardzo ambiwalentny stosunek do leków pomimo zażywania. Pacjent wbrew zaleceniom terapeuty okresowo lek odstawił lub obniżał dawkę. Rodzina pilnuje w domu zażywania.
- 3 - Pacjent sam zażywa leki, ale raczej z podporządkowania terapeutom bez przekonania np. zdarza mu się zapomnieć lek, kiedy wychodzi z oddziału lub na cały dzień z domu w czasie weekendu. Rodzina przypomina w domu o zażywaniu.
- 4 - Pacjent sam pilnuje brania leków zgodnie z zaleceniami terapeuty, interesuje się ich działaniem, wie jak przeciwdziałać działaniom ubocznym, jest przekonany o korzyści brania leków w ochronie przed nawrotem choroby.

### 3. Wgląd

- 1 - całkowity brak wglądu w psychozę
- 2 - częściowy wgląd w psychozę

- 3 - pełny wgląd w psychozę, bez wglądu w aspekty psychodynamiczne (rolę czynników osobowościowych i rodzinnych).
- 4 - wgląd w psychozę oraz częściowy lub całkowity wgląd w aspekty psychodynamiczne.

#### 4. Umiejętności społeczne

Tutaj ocenie podlega zarówno aspekt zadaniowy (instrumentalny) jak i emocjonalno-społeczny nawiązywania kontaktu w grupie. Aspekt instrumentalny ułatwia ocena współpracy z grupą w "rolach zadaniowych".

- 1 - skrajnie nasilone trudności w nawiązywaniu kontaktów i realizacji ról na oddziale dziennym - też z przyczyn psychotycznych.
- 2 - skłonność do wycofywania się z kontaktów, czekanie na inicjatywę innych, duże trudności w pełnieniu ról.
- 3 - po przełamaniu trudności i małym wsparciu ze strony terapeutów podejmuje kontakty w grupie i podtrzymuje je także w czasie wolnym od ustrukturuowanych zajęć. Radzi sobie dość dobrze z realizacją zadań społecznych.
- 4 - ma dużą łatwość w nawiązywaniu kontaktów, skłonność do ich spontanicznego nawiązywania. Podejmuje i realizuje bez większych trudności role zadaniowe.

#### 5. Umiejętności życiowe

Ocenie podlega sprzątanie, gotowanie, wygląd zewnętrzny, gospodarowanie miesięcznym budżetem.

- 1 - W wykonaniu zadań kulinarnych, przy sprzątanu skrajnie bezradny, wygląd zewnętrzny zaniedbany, brak własnego budżetu miesięcznego - też z przyczyn psychotycznych.
- 2 - Zauważalne trudności przy wykonywaniu zadań kulinarnych lub sprzątanu, trudności z planowaniem budżetu, nieznaczne zaniedbanie w wyglądzie zewnętrznym.
- 3 - Dość dobra sprawność przy zajęciach kulinarnych i związanych ze sprzątanu oddziału. Brak zaniedbania w wyglądzie zewnętrznym. Planuje miesięczny budżet.
- 4 - Przy wykonywaniu zadań kulinarnych i sprzątanu oddziału pacjent jest sprawny, z inicjatywami. Estetyczny w wyglądzie zewnętrznym - np. dba o dobór stroju, bardzo dobrze radzi sobie z własnym budżetem.

#### 6. Ekspresja pozawerbalna

Tutaj dajemy globalną ocenę biorąc pod uwagę mimikę.

Tutaj dajemy globalną ocenę biorąc pod uwagę mimikę, gestykulację, siłę i ton głosu, postawę ciała i kontakt wzrokowy.

- 1 - wyraźne usztywnienie, skrępowanie, ciche wypowiedzi lub krzykliwe z pobudzeniem, brak kontaktu wzrokowego.
- 2 - zauważalne skrępowanie, usztywnienie, skąpa gestykulacja, niepewny wzrok, niepewne wypowiedzi.
- 3 - nieznaczne usztywnienie lub skrępowanie, nieznacznie za głośny lub niepewny ton głosu, dobry kontakt wzrokowy.
- 4 - bez usztywnienia i skrępowania w ciele, dobra siła głosu i modulacja dostosowana do treści wypowiedzi i sytuacji.

### 7. Subiektywna satysfakcja

Wymiar ten kodowany jest poprzez subiektywną ocenę pacjenta po pierwszych dwóch tygodniach pobytu w oddziale i przed wypisem przez wypełnienie "Karty Oceny Leczenia" przez pacjenta.

### 8. Kontakty z rodziną

Osiągnięcie tego celu w leczeniu oceniane jest z perspektywy pacjenta. Ocenie poddaje się jego umiejętności radzenia sobie z "wrogością" lub "krytyką" lub "emocjonalnym naduwikłaniem" wyrażającym się nadmierną opiekuńczością lub kontrolą. Ta umiejętność radzenia sobie obejmuje nie tylko czynne próby, ale też unikanie.

- 1 - pacjent jest zupełnie bezradny wobec krytyki, wrogości lub naduwikłania - też z przyczyn psychiatrycznych.
- 2 - pacjent czyni różne próby, ale są one mało skuteczne, żeby ochronić się przed krytyką, wrogością lub naduwikłaniem.
- 3 - pacjent czyni skuteczne próby, z powodzeniem broni się przed krytyką, wrogością lub emocjonalnym naduwikłaniem.
- 4 - w relacjach między pacjentem a rodziną lub między małżonkami utrzymany jest "bliski dystans" ("wspierający dystans dający z jednej strony poczucie oparcia z drugiej zaś zostawiający swobodę działania partnerom).

## E. EFEKT ODDZIAŁYWAN WOBEC RODZINY

Tutaj ocenie podlegają trzy cele leczenia rodzinnego:  
 a/. Rozumienie choroby (w tym wiedza o chorobie wyniesiona z edukacji)  
 b/. Komunikacja między członkami rodziny a pacjentem

c/. Radzenie sobie z trudnymi sytuacjami np. późne powroty do domu, wystąpienie objawów, kłótnie, posiadanie własnego budżetu, chęć zamażpójścia itp.

Zakres oceny od 1-4. Max. ilość punktów z trzech obszarów podlegających ocenie = 12, min. = 4 pkt.

### 1. Rozumienie choroby pacjenta

- 1 - Zupełny brak rozumienia chorobowego zachowania pacjenta, wątpliwości co do potrzeby leczenia i brania leków.
- 2 - Częściowe rozumienie zachowania chorobowego pacjenta, i identyfikacja jego objawów jako chorobowych.
- 3 - Pełne rozumienie zachowania chorobowego pacjenta, prawidłowa identyfikacja objawów jako choroby, pełne uznanie potrzeby leczenia.
- 4 - Pełne rozumienie zachowania chorobowego pacjenta, prawidłowa identyfikacja objawów jako choroby, uznanie potrzeby leczenia i rozumienie własnego wpływu na leczenie np. krytyki lub nadmiernego uzależniania.

### 2. Komunikacja wśród członków rodziny

- 1 - Zupełny brak komunikacji między pacjentami a członkiem rodziny. Nie rozmawiają ze sobą.
- 2 - Komunikacja jest dosyć zdawkowa i obejmuje powierzchowną wymianę informacji - służy głównie celom instrumentalnym.
- 3 - Komunikacja jest dosyć dobra ,są czynione próby, żeby przekazywać wzajemne myśli i przeżycia.
- 4 - Komunikacja jest dobra, przekazuje się myśli i uczucia bez nachalności.

### 3. Radzenie sobie z trudnymi sytuacjami

Ocenie podlega umiejętność rozwiązywania przez rodzinę problemów.

- 1 - Zupełna nieumiejętność identyfikacji (nazwania) problemów lub zupełny brak radzenia sobie z problemami.
- 2 - Próby radzenia sobie z problemami, ale brak umiejętności wypracowywania kompromisów i współpracy (narzucanie rozwiązań).
- 3 - Częste udane próby radzenia sobie z problemami i wypracowywania kompromisów i współpracy.
- 4 - Duża umiejętność radzenia sobie z problemami i współpracy pomiędzy członkami rodziny i pacjentami.

**F. UWAGI TERAPEUTY INDYWIDUALNEGO**

- a/ W jakich zakresach pacjent odniósł korzyści, a w jakich nie?
- b/ Czy skierowanie było zasadne lub dlaczego kwalifikacja była zła?
- c/ Jeżeli doszło do nawrotu w oddziale dziennym, to jakie były tego przyczyny?

## KRYTERIA OCENY KLINICZNEJ - LEGENDA

---

PSYCHOPATOLOGIA (ocena w chwili opuszczania oddziału dziennego).

- 1 - Brak remisji. Utrzymują się objawy pozytywne (lęk, urojenia, omamy) lub silnie zaznaczone objawy rezydualne wg. DSM III.
- 2 - Częściowa remisja. Nastąpiła jedynie częściowa remisja w postaci albo zblednięcia objawów pozytywnych albo utrzymują się objawy rezydualne wg. DSM III.
- 3 - Pełna remisja objawowa.

PRACA - NAUKA (ocena w miesiąc po opuszczeniu oddziału dziennego).

- 1 - Renta bez pracy. Więcej niż jeden urlop dziekański bez praktycznej aktywności na studiach ani okresowej zawodowej.
- 2 - Częściowe zatrudnienie z rentą lub bez. Formalny status pracownika, ale przedłużające się miesiącami zwolnienia. W wypadku osoby uczącej się np. roczny urlop dziekański. "Gospodyni domowa" częściowo wykonująca obowiązki.
- 3 - Praca lub nauka w pełnym wymiarze. Tak oceniamy również "gospodynię domową" prowadzącą dom lub wychowującą dzieci.

KONTAKTY SPOŁECZNE. - (Ocena w miesiąc po wypisie z oddziału. Kryterium jest głębokość i intensywność kontaktów oraz ich zakres).

- 1 - Kontakty tylko w rodzinie - dominuje nadwikłanie emocjonalne lub odrzucenie. Tutaj też kodujemy izolację społeczną.
- 2 - Kontakty tylko w kręgu rodzinnym lub byłych pacjentów. Wyłącznie jeden bliski kontakt przy izolacji od innych kontaktów. Liczne, okazjonalne, chłodne, zdystansowane, kontakty.
- 3 - Kontakty i związki towarzyskie również poza rodziną aktywnie podtrzymywane. Przy jednym bliskim związku również inne bardziej powierzchowne i sporadyczne.

## ARKUSZ PREDIKTORÓW NIEZALEŻNYCH - LEGENDA

Predykatory zawierają dane społeczno - demograficzne, informacje o okresie przedchorobowym oraz dane kliniczne dotyczące pacjenta i rodziny z okresu pierwszej hospitalizacji całodobowej poprzedzającej leczenie w oddziale dziennym.

1. Płeć.

- 1 - kobieta.
- 2 - mężczyzna.

2. Stan cywilny.

- 1 - małżeństwo.
- 2 - stan wolny.
- 3 - rozwód, separacja.

3. Dziedziczność I<sup>o</sup>.

- 0 - jeśli żadne z rodziców nie chorowało na psychozę z grupy schizofrenii.
- 1 - jeśli jedno z rodziców choruje.
- 2 - jeśli chorują oboje rodzice.

4. Dziedziczność II<sup>o</sup>.

- 0 - jeżeli krewni - dziadkowie, wujkowie, ciotki nie chorowali na psychozę z grupy schizofrenii. Jeżeli chorują - wpisać liczbę osób chorych.

5. Wykształcenie.

- 1 - wyższe.
- 2 - wyższe nieukończone.
- 3 - średnie.
- 4 - zawodowe.
- 5 - podstawowe.

6. Czas między zachorowaniem a hospitalizacją - w tygodniach.

7. Wiek pacjenta w momencie pojawienia się objawów - w latach.

8. Wiek pacjenta w momencie hospitalizacji - w latach.

9. Rzut choroby.

- 1 - jeżeli pierwsza hospitalizacja dotyczy I-szego rzutu choroby.
- 2 - jeżeli wcześniej występowały niehospitalizowane epizody psychotyczne

10. Osobowość przedchorobowa wg. DSM -wymiar II (patrz legenda do oceny pięciu wymiarów DSM III).

- 1 - norma.
- 2 - kompulsywna, paranooidalna, histeryczna,

wycofująca się, zależna, borderline,  
impulsywna, niedojrzała, z rysami  
masochistycznymi.

3 - schizoidalna i schizotypowa.

11. Maksymalny poziom funkcjonowania w minionym roku -wg. DSM-III (patrz legenda do oceny DSM -III). Ocena w skali od 1 do 7 od najlepszego do najgorszego.

12. Praca - nauka - ocena kliniczna dominującego poziomu funkcjonowania w pracy lub nauce w ostatnim roku przed hospitalizacją stacjonarną.

1 - pracuje lub uczy się w pełnym wymiarze godzin bez zwolnień. Też "gospodyni domowa".

2 - pracuje lub uczy się. lecz okresowo przebywa na zwolnieniach.

3 - pracuje na gorszym stanowisku lub porzuca pracę w ciągu roku. Wraca z urlopu dziekańskiego lub przechodzi na urlop dziekański.

4 - renta, ale częściowe zatrudnienie.

Urlop dziekański ale nie traci kontaktu ze studiami.

5 - pacjent beczynny na rencie lub urlopie dziekańskim.

6 - pacjent beczynny bez renty i urlopu dziekańskiego.

13. Kontakty społeczne poza rodziną - ocena kliniczna charakteryzuje przeważający zakres i jakość kontaktów w ostatnim roku przed hospitalizacją.

1 - przynajmniej jeden głęboki i satysfakcjonujący kontakt.

2 - liczne, powierzchowne i satysfakcjonujące kontakty.

3 - nieliczne, powierzchowne, satysfakcjonujące.

4 - kontakty niesatysfakcjonujące.

5 - brak, zerwane.

14. Przedchorobowe przystosowanie seksualne.

1 - nie podjął współżycia seksualnego.

2 - podjął współżycie, ale nie utrzymuje trwałego związku - związku okazjonalne.

3 - podjął i utrzymuje trwały związek.

15. Diagnoza kliniczna wg DSM III - wymiar I (patrz legenda do DSM -III).

1 - typ hebefreniczny.

2 - typ katatoniczny.

3 - typ paranoidalny.

4 - typ niezróżnicowany.



5 - typ rezydualny.

16. Siła stresora społecznego przed wybuchem choroby wg DSM III -wymiar IV. Ocena od 1 do 7 oddaje stopień nasilenia siły stresu.

17. Początek choroby wg. Kępińskiego.

1 - ostry

2 - przewlekły.

3 - rzekomonerwicowy.

18. Czas pierwszej hospitalizacji łącznie z oddziałem stacjonarnym - w tygodniach.

19. Suma objawów negatywnych mierzona BPRS przy wpisie na oddział dzienny.

20. Suma objawów mierzona skalą BPRS przy wpisie na oddział stacjonarny.

21. Suma objawów mierzona skalą BPRS przy wpisie na oddział dzienny.

22. Obecność objawów katatonicznych i hebefrenicznych.

1 - nie występują.

2 - hebefreniczne

3 - katatoniczne

23. Zaburzenia fizyczne wg. DSM III - wymiar III.

1 - występują

2 - nie występują

24. Wskaźnik ujawnianych uczuć w rodzinie (UU)

0 - brak danych

1 - wysoki

2 - niski

25. Średni poziom aktywności społecznej mierzony skalą społecznej aktywności (SAS).

TABELA 1. DANE OGOLNE O LECZENIU W ODDZIALE DZIENNYM.

1. Zawód terapeuty 2. Czas leczenia w oddziale dziennym (w tyg.) 3. Nawroty w trakcie leczenia 4. Rehospitalizacje stacjonarne w trakcie leczenia. 5. Obecność w czasie terapii 6. Poziom neuroleptyku przy wypisie. 7. Poziom neuroleptyku przy wypisie.

k o l e j n y   n u m e r						
1	2	3	4	5	6	7
3	15	1	1	1	2	3
1	12	1	1	1	3	3
1	12	1	1	2	2	3
3	16	1	1	1	2	3
1	8	1	1	1	2	3
1	23	1	1	2	2	3
3	14	1	1	1	3	3
2	6	1	1	1	2	3
3	10	1	1	2	3	3
1	12	2	2	1	2	3
2	20	1	1	1	2	3
1	8	1	1	1	3	3
2	5	1	1	1	3	3
2	12	1	1	1	3	3
1	14	1	1	1	2	3
1	3	1	1	1	3	3
1	10	1	1	3	2	3
2	13	2	1	2	1	2
2	9	1	1	1	2	3
2	12	1	1	1	3	3
3	12	1	1	1	2	3
3	10	1	1	1	1	3
2	9	1	1	1	2	3
2	14	1	1	1	3	3
1	14	1	1	1	2	3

TABELA 1. - cd.

2	10	1	1	1	2	3
2	5	1	1	1	2	3
2	2	1	1	1	3	3
2	6	1	1	1	2	3
2	10	1	1	1	2	3
1	9	1	1	1	2	3
1	3	1	1	1	3	3
2	18	1	1	1	2	3
2	4	1	1	1	2	3
2	16	1	1	1	3	3
3	8	1	1	1	1	3
3	13	1	1	1	2	3

TABELA 2. ILOSC I JAKOSC UDZIAŁU W LECZENIU OCENIANE PRZY WPISIE I WYPISIE Z ODDZIAŁU DZIENNEGO./ DANE ZAWARTE W KŁOD OD 1 DO 21/.

1. Ilość udziału w leczeniu - suma punktów 2. Jakość uczestnictwa w leczeniu indywidualnym - wpis. 3. Jakość uczestnictwa w grupie psychoterapeutycznej - wpis. 4. Jakość uczestnictwa w wachtach - wpis 5. Jakość pełnionych ról w społeczności - wpis. 6. Jakość udziału w zajęciach ruchowych i parateatralnych - wpis. 7. Jakość udziału w zajęciach terapeutycznych z rodziną - wpis. 8. Jakość udziału w zajęciach treningowych - wpis. 9. Jakość udziału w wycieczkach i obozach terapeutycznych - wpis. 10. Jakość realizacji zadań poza oddziałem - wpis. 11. Sumaryczna ocena jakości uczestnictwa w leczeniu przy wpisie. 12. Jakość uczestnictwa w leczeniu indywidualnym - wypis. 13. Jakość uczestnictwa w grupie psychoterapeutycznej - wypis. 14. Jakość uczestnictwa w wachtach - wypis. 15. Jakość pełnionych ról w społeczności oddziału - wypis. 16. Jakość udziału w zajęciach ruchowych i parateatralnych - wypis. 17. Jakość udziału w zajęciach terapeutycznych z rodziną - wypis. 18. Jakość udziału w zajęciach treningowych - wypis. 19. Jakość udziału w wycieczkach i obozach terapeutycznych - wypis. 20. Jakość realizacji zadań poza oddziałem. 21. Sumaryczna ocena jakości udziału w leczeniu przy wypisie.

TABELA 2.

K o l e j n y   n u m e r	
1	21
154	3 2 3 2 2 2 2 3 2 21 3 3 4 3 3 3 3 4 3 29
108	2 2 1 2 4 2 2 2 2 19 2 2 3 2 3 2 2 2 2 20
130	2 2 2 2 2 1 2 2 2 17 3 3 2 2 3 1 2 3 3 22
82	3 3 4 4 4 7 3 4 2 27 3 3 4 4 4 7 3 4 4 29
188	1 2 3 3 1 2 2 1 1 16 3 2 3 3 2 2 2 1 2 20
218	1 2 3 2 3 2 2 2 2 19 2 3 3 3 3 2 3 3 4 26
169	3 1 2 2 1 1 1 2 1 14 4 2 3 2 2 1 2 3 2 21
76	2 2 3 7 2 2 2 1 2 16 3 3 3 7 3 2 3 2 3 22
125	0 2 1 1 3 7 7 3 3 13 0 2 1 1 3 7 7 3 3 13
164	2 0 1 1 2 7 1 2 2 11 2 2 3 2 3 7 2 2 2 18
221	1 1 1 1 1 1 1 1 1 9 1 1 2 2 2 1 1 2 1 13
151	2 2 2 3 3 7 3 3 2 20 3 3 3 3 3 7 3 3 3 24
162	1 1 3 3 3 7 2 2 2 17 2 1 4 3 4 7 2 3 3 22
174	3 3 3 3 3 4 3 3 3 28 4 4 4 4 4 4 4 4 4 36
155	2 2 3 2 3 2 2 2 2 20 2 2 3 3 3 2 3 3 3 24
68	1 2 3 3 2 2 4 7 4 21 2 3 3 4 3 3 4 7 4 26
49	0 1 1 7 3 1 2 2 2 14 1 2 1 7 3 2 2 2 2 15
116	2 2 3 3 2 1 2 2 2 19 2 2 3 3 2 1 2 2 3 20
130	2 2 2 2 2 1 1 2 2 16 2 2 3 2 2 2 2 3 2 20
151	1 2 3 2 3 7 2 3 2 18 2 3 2 3 7 2 3 3 2 19
140	2 2 1 3 2 2 2 3 2 19 3 3 2 3 2 3 3 3 3 25
134	2 2 3 2 1 3 2 2 2 19 3 2 3 3 3 3 2 3 4 26
128	2 1 2 2 1 1 2 2 2 15 3 3 4 3 2 2 3 3 3 26
173	3 3 3 3 2 2 3 2 2 23 4 3 4 4 3 3 3 3 3 30
179	2 1 4 2 2 7 2 1 1 15 2 3 3 3 3 7 3 3 3 23
110	2 2 2 2 1 2 1 2 3 17 2 2 2 3 2 3 2 2 3 21

TABELA 2. - cd.

1	21
79 2 2 4 3 3 2 3 4 2 25 2 3 4 4 3 2 3 4 3 28	
52 2 3 4 7 3 7 3 3 4 22 2 3 4 7 3 7 3 3 4 22	
87 2 2 4 4 2 7 2 3 3 22 2 2 4 4 3 7 2 3 3 23	
165 3 4 3 3 2 7 3 2 2 22 4 4 4 4 3 7 3 2 3 27	
150 2 1 2 2 1 2 2 2 2 16 4 3 4 3 3 3 3 2 3 28	
76 3 3 4 3 2 4 3 3 3 28 3 3 4 4 3 4 4 3 4 32	
235 2 1 1 1 1 1 2 2 3 14 2 2 2 2 2 2 2 3 3 20	
48 2 1 3 7 1 1 1 2 2 13 2 2 3 7 2 1 2 2 2 16	
163 1 1 1 1 1 1 1 2 2 11 1 2 3 2 2 2 2 2 2 18	
92 2 2 3 2 2 1 2 3 2 19 2 2 3 3 3 2 2 3 2 22	
156 2 2 3 2 2 1 3 3 2 20 3 3 3 2 2 2 3 3 3 24	

TABELA 3. POSREDNIE CELE LECZENIA OCENIANE PRZY WPISIE I WYPISIE Z ODDZIAŁU DZIENNEGO./ DANE ZAWARTE W KŁOD OD 22 - 39 /.

22. Motywacja - wpis. 23. Postępowanie z lekami - wpis. 24. Wgląd - wpis. 25. Umiejętności społeczne - wpis. 26. Umiejętności życiowe - wpis. 27. Ekspresja pozawerbalna - wpis. 28. Subiektywna satysfakcja - wpis. 29. Kontakty w rodzinie - wpis. 30. Sumaryczna ocena stopnia osiągniętych pośrednich celów przy wpisie. 31. Motywacja - wypis. 32. Postępowanie z lekami - wypis. 33. Wgląd - wypis. 34. Umiejętności społeczne - wypis. 35. Umiejętności życiowe - wypis. 36. Ekspresja pozawerbalna - wypis. 37. Subiektywna satysfakcja - wypis. 38. Kontakty w rodzinie - wypis. 39. Sumaryczna ocena stopnia osiągniętych pośrednich celów przy wypisie.

k o l e j n y   n u m e r																	
22																	39
3	3	2	3	3	3	2	2	21	4	3	4	4	3	4	3	2	27
1	3	2	2	2	3	3	1	17	2	3	3	3	2	2	2	1	18
1	3	1	2	2	2	1	1	13	3	4	4	3	2	2	3	2	23
3	3	1	4	1	3	3	4	22	3	3	4	4	3	4	3	4	28
1	4	2	2	3	1	1	4	18	3	3	2	2	3	2	4	4	23
1	2	1	2	3	2	1	2	13	3	3	3	3	3	3	4	2	24
2	4	2	2	3	2	2	2	19	3	4	3	3	3	2	4	3	25
2	4	2	2	2	2	1	2	17	3	4	3	3	4	3	4	2	26
2	2	2	2	3	3	2	2	18	2	2	3	2	3	4	2	2	20
1	3	3	2	2	1	0	2	14	2	2	3	3	3	3	3	3	22
1	3	1	1	1	1	2	4	14	2	3	2	2	2	2	2	4	19
3	3	2	2	3	2	3	2	20	3	3	2	3	3	3	3	2	22
2	3	1	2	2	2	2	2	16	3	3	3	3	3	3	3	2	23
2	3	2	2	3	2	2	4	16	4	4	4	4	4	4	3	4	31
3	3	2	2	2	2	3	2	19	4	3	3	3	3	3	3	2	24
2	4	3	3	4	3	2	2	23	3	4	3	3	4	3	2	2	24
1	2	2	2	2	2	1	2	14	1	2	2	2	2	2	1	2	14
1	2	1	3	2	2	1	2	14	2	3	2	3	3	3	2	2	20
1	3	3	1	2	1	2	4	17	2	3	3	2	2	1	2	4	19
2	2	1	2	3	3	2	1	16	2	2	2	2	3	4	3	1	19
2	3	2	2	2	1	2	4	18	3	4	3	3	2	2	3	4	24
2	3	2	2	3	2	2	4	20	3	4	3	3	3	3	3	4	26
2	3	2	2	3	1	2	2	17	3	4	4	3	3	2	3	3	25
4	3	2	2	3	2	3	2	21	4	4	4	3	4	3	4	2	28
1	3	3	4	3	4	2	2	22	3	3	4	3	3	3	4	2	25
2	3	1	2	2	1	2	2	15	3	3	2	2	3	2	3	2	20
1	3	3	2	3	2	2	1	19	3	3	4	3	3	3	3	3	25
2	4	3	4	3	3	2	4	25	2	4	4	4	3	3	3	4	27
1	3	2	3	3	2	2	2	18	2	3	2	4	3	3	4	3	24
1	3	1	3	3	2	2	2	17	2	3	2	4	4	3	4	2	24
1	3	3	2	2	2	1	2	16	3	4	4	3	3	3	2	3	25
3	4	3	3	4	3	3	3	26	3	4	3	4	4	3	4	3	28

TABELA 3. - cd.

2	3	2	1	2	1	2	2	15	3	3	3	2	3	2	4	2	22
1	2	1	1	3	1	2	2	13	2	3	2	2	3	1	3	2	18
1	2	1	1	2	1	2	2	12	3	3	2	2	3	1	4	2	20
1	2	1	2	3	2	2	4	17	2	3	2	3	3	3	2	4	22
1	4	2	2	3	2	2	4	20	3	4	2	3	3	3	3	4	25

TABELA 4. ZMIANA UZYSKANA W ODDZIALE DZIENNYM W JAKOSCI UCZESTNICZENIA W LECZENIU I W POSREDNICH CELACH LECZENIA.

Zmiana jest różnicą między oceną wpisową i wypisową. Globalny zakres zmiany jakości uczestnictwa w leczeniu obliczony sumarycznie dla 9 form leczenia w oddziale dziennym wynosił od 0 do 36 pkt. Globalny zakres zmiany w pośrednich celach leczenia obliczony sumarycznie dla 8 celów leczenia wynosił od 0 do 24 pkt.

1. Ilość uczestnictwa. 2. Globalna zmiana w jakości uczestnictwa. 3. Zmiana w motywacji. 4. Zmiana w samodzielności w zażywaniu leków. 5. Zmiana we wglądzie. 6. Zmiana w umiejętnościach społecznych. 7. Zmiana w umiejętnościach życiowych. 8. Zmiana w ekspresji pozawerbalnej. 9. Zmiana w satysfakcji. 10. Zmiana w kontaktach rodzinnych. 11. Globalna zmiana w pośrednich celach leczenia.

K O L E J N Y N U M E R										
1										11
154	8	1	0	2	1	0	1	1	0	6
108	1	1	0	1	1	0	-1	-1	0	1
130	5	2	1	3	1	0	0	2	1	10
82	2	0	0	3	0	2	1	0	0	6
188	4	2	-1	0	0	0	1	3	0	5
218	7	2	1	2	1	0	1	3	0	10
169	7	1	0	1	1	0	0	2	1	6
76	6	1	0	1	1	2	1	3	0	9
125	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
164	7	1	-1	0	1	1	2	3	1	8
221	4	1	0	1	1	1	1	0	0	5
151	4	0	0	0	1	0	1	0	0	2
162	5	1	0	2	1	1	1	1	0	7



Tabela 4 - cd.

174	8	2	1	2	2	1	2	1	1	11
155	4	1	0	1	1	1	1	0	0	5
68	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1
49	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
116	1	1	1	1	0	1	1	1	0	6
130	4	1	0	0	1	0	0	0	0	2
151	1	0	0	1	0	0	1	1	0	3
140	6	1	1	1	1	0	1	1	0	6
134	7	1	1	1	1	0	1	1	0	6
128	11	1	1	2	1	0	1	1	1	8
173	7	0	1	2	1	1	1	1	0	7
179	8	2	0	1	-1	0	-1	2	0	3
110	4	1	0	1	0	1	1	1	0	5
79	3	2	0	1	1	0	1	1	2	5
52	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
87	1	1	0	0	1	0	1	2	1	6
165	5	1	0	1	1	1	1	2	0	7
150	12	2	1	1	1	1	1	1	1	9
76	4	0	0	0	1	0	0	1	0	2
235	6	1	0	1	1	1	1	2	0	7
48	3	1	1	1	1	0	0	1	0	5
163	7	2	1	1	1	1	0	2	0	8
92	3	1	1	1	1	0	1	0	0	5
156	4	2	0	0	1	0	1	1	0	5

TABELA 5. EFEKTY LECZENIA W ODDZIALE DZIENNYM W OCENIE KLINICZNEJ I PRZY POMOCY SKAL BPRS I SAS - OCENA PRZY WYPISIE Z ODDZIAŁU DZIENNEGO.

1. Psychopatologia - ocena kliniczna - wypis. 2. Praca - ocena kliniczna - wypis. 3. Kontakty społeczne - ocena kliniczna - wypis. 4. Ogólna suma objawów BPRS w chwili wypisu z oddziału dziennego. 5. Suma objawów negatywnych BPRS w chwili wypisu z oddziału dziennego. 6. SAS - praca lub nauka 7. SAS - praca w domu. 8. SAS - samodzielność. 9. SAS - udział w życiu rodzinnym. 10. SAS - rola rodzicielska. 11. SAS - kontakty społeczne. 12. SAS - zainteresowania. 13. SAS - średni poziom aktywności społecznej.

K o l e j n y                    n u m e r												
1												13
3 3 2	29	6	42	15	131	200	0	30	141	80		
2 1 2	38	6	0	6	84	60	0	30	261	63		
3 3 2	34	8	30	32	180	220	0	60	162	98		
2 1 3	31	6	15	22	168	220	0	60	262	107		
3 3 1	26	6	60	18	80	60	0	0	0	31		
3 2 3	25	5	0	0	150	0	0	60	162	53		
3 3 2	30	6	60	24	150	260	0	15	121	90		
2 3 2	29	7	60	51	175	300	240	15	161	143		
2 1 2	37	6	0	0	108	80	0	15	141	49		
2 1 2	35	11	0	19	151	100	0	15	241	75		
2 2 2	48	20	21	24	125	40	140	0	121	67		
3 3 3	25	5	0	34	151	180	0	0	40	58		
3 3 3	26	5	60	16	175	140	0	15	121	75		
3 3 3	25	5	60	51	180	300	240	60	162	150		
2 3 3	31	5	51	53	175	300	220	15	142	137		
3 3 3	26	6	60	45	180	300	240	60	182	152		
2 1 1	40	11	0	4	95	140	0	15	281	76		
2 3 2	34	9	60	38	180	260	0	15	181	105		
1 3 1	52	15	20	13	121	100	0	15	101	53		
3 3 3	31	5	60	29	180	160	0	60	182	96		
2 3 2	38	6	0	11	139	180	0	60	162	79		
3 3 2	28	5	51	49	139	180	240	0	100	108		
3 3 2	29	5	0	26	180	260	240	30	141	125		
3 3 3	32	6	0	45	151	280	220	60	182	134		
3 23	26	6	0	34	175	300	0	15	161	98		
2 1 2	32	8	34	20	180	220	0	30	121	86		
2 3 3	38	11	26	54	180	260	240	15	161	134		
3 3 2	26	6	8	51	180	240	240	60	62	120		
3 3 2	28	8	60	24	180	300	0	15	241	117		

Tabela 5 - cd.

1											13	
3	3	3	28	5	36	41	180	280	0	60	182	111
2	3	2	32	5	60	34	180	260	0	60	202	114
2	3	2	28	5	30	30	146	180	0	60	182	90
3	2	2	27	6	6	15	151	220	0	60	242	99
3	3	1	36	7	30	38	142	280	0	0	140	90
2	3	2	32	8	20	21	151	200	0	15	161	81
2	3	2	37	9	60	21	166	180	0	15	101	78
2	3	2	27	7	51	30	180	260	0	15	201	105

TABELA 6.

Wpływ "ilości" uczestnictwa w leczeniu i zmiany w "jakości" uczestnictwa na "pośrednie cele leczenia" (motywację, współpracę w zażywaniu leków, wgląd, umiejętności społeczne, umiejętności życiowe, ekspresję pozawerbalną i satysfakcję). Analiza regresji wielozmiennej - metoda regresji krokowej "stepwise regression". Obliczenia wykonano programem REGRESSION z biblioteki programów komputerowych SPSS PC+.

### Motywacja

Equation Number 1	Dependent Variable..				
Multiple R	.59183				
R Square	.35026				
Adjusted R Square	.33169				
Standard Error	.56666				
F =	18.86750	Signif F =	.0001		
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
X2 - jakość udziału	.14324	.03298	.59183	4.344	.0001
(Constant)	2.05226	.18167		11.297	.0000

### Współpraca w zażywaniu leków

Equation Number 1	Dependent		Variable..		
Multiple R	.56076				
R Square	.31445				
Adjusted R Square	.27412				
Standard Error	.54647				
F =	7.79764	Signif F =	.0016		
Variables not in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
X2 - jakość uczest.	.14203	.03619	.63421	3.925	.0004
X1 - ilość	-4.85243E-03	2.15013E-03	-.36467	-2.257	.0306
(Constant)	3.22168	.27075		11.899	.0000

### Wgląd

Equation Number 1	Dependent Variable..				
Multiple R	.44146				
R Square	.19489				
Adjusted R Square	.17189				
Standard Error	.72352				
F =	8.47228	Signif F =		.0062	
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
X2 - jakość uczestn.	.12255	.04210	.44146	2.911	.0062
(Constant)	2.33928	.23196		10.085	.0000

UMIEJETNOSCI SPOŁECZNE, UMIEJETNOSCI ŻYCIOWE, EKSPRESJA POZAWERBALNA, KONTAKTY W RODZINIE - żadna z badanych zmiennych nie wykazuje statystycznie istotnego wpływu na te "pośrednie cele leczenia".

### Satysfakcja

Equation Number 1	Dependent Variable..				
Multiple R	.35131				
R Square	.12342				
Adjusted R Square	.09837				
Standard Error	.75853				
F =	4.92776	Signif F =		.0330	
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
X1 - ilość	5.821877E-03	2.62264E-03	.35131	2.220	.0330
(Constant)	2.24690	.37290		6.025	.0000

TABELA 7.

Wpływ "zmiany" w udziale w leczeniu i pośrednich celach leczenia na "efekty leczenia". Ocena kliniczna.

### Psychopatologia oceniana klinicznie

Equation Number 1	Dependent Variable.				
Multiple R	.64757				
R Square	.41934				
Adjusted R Square	.34676				
Standard Error	.45168				
F =	5.77748	Signif F =	.0013		
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
X9 - satysfakcja	.31391	.08623	.55833	3.640	.0010
X7 - umiej. życiowe	-.44922	.13485	-.48454	-3.331	.0022
X5 - wgląd	.27204	.10050	.38887	2.707	.0108
X3 - motywacja	-.27477	.12424	-.33760	-2.212	.0343
(Constant)	2.36272	.16637		14.202	.0000

### Praca nauka

żadna z badanych zmiennych nie ma statystycznie istotnego wpływu na ocenę kliniczną w opisywanym wymiarze

TABELA 7. - cd.

## Kontakty społeczne

Equation Number	1	Dependent Variable.				
Multiple R		.32783				
R Square		.10748				
Adjusted R Square		.08197				
Standard Error		.59054				
F =	4.21459	Signif F =	.0476			
Variables in the Equation						
Variable		B	SE B	Beta	T	Sig T
X5 - wgląd		.25294	.12321	.32783	2.053	.0476
(Constant)		1.92941	.15949		12.097	.0000

TABELA 8.

Wpływ "zmiany" w udziale i pośrednich celach leczenia na "efekt" leczenia (w obszarze psychopatologicznym i społecznym) oceniany na skalach BPRS i SAS. Analiza regresji wielozmianowej - metoda regresji krokowej "stepwise regression". Obliczenia wykonano programem REGRESSION z biblioteki programów komputerowych SPSS PC+.

## BPRS - suma ogólna przy wypisie

Equation Number 1	Dependent	Variable..			
Multiple R	.42875				
R Square	.18383				
Adjusted R Square	.16051				
Standard Error	5.68156				
F = 7.88301	Signif.F = .0081				
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
X9 - satysfakcja	-2.67477	.95267	-.42875	-2.808	.0081
(Constant)	34.74772	1.40956		24.652	.0000

## BPRS - suma objawów negatywnych

Żadna z badanych zmiennych nie wykazuje statystycznie istotnego wpływu.

KFS - (7 obszarów funkcjonowania społecznego - praca lub nauka, praca w domu, samodzielność, udział w życiu rodzinnym, rola rodzicielska, kontakty społeczne, zainteresowania)

Żadna z badanych zmiennych nie wykazuje statystycznie istotnego wpływu.



TABELA 8 - cd.

## KFS - średni poziom funkcjonowania społecznego

Equation Number 1	Dependent Variable..				
Multiple R	.40209				
R Square	.16167				
Adjusted R Square	.12772				
Standard Error	21.64991				
F = 6.74983	Signif F = .0136				
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
X5 - wgląd	11.73529	4.51697	.40209	2.598	.0136
(Constant)	18.35294	5.84713		3.139	.0034