

Czy współczesna farmakoterapia ogranicza stosowanie przymusu w psychiatrii? Wyniki badania pilotażowego*

Does contemporary pharmacotherapy limit coercion in psychiatry? Preliminary results.

Ewelina Dobrzyńska, Joanna Rymaszewska, Tomasz Pawłowski,
Tomasz Adamowski, Tomasz Hadryś, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Aim. The goal of the present study was to examine whether contemporary psychopharmacotherapy (atypic neuroleptics) can have an impact on the patient's compliance and limit coercion (involuntary admission to hospital, coercive measures).

Method. 71 adult inpatients with diagnoses of the schizophrenia spectrum (F20 group according to ICD-10) admitted to psychiatric hospital were observed. 41 of them were treated with atypic neuroleptics before hospitalization and 30 with typical ones. Data about their pharmacotherapy before hospitalization, compliance, history of disease and coercion used during hospitalization were gathered and analysed by means of chi square Pearson's and Mann-Whitney's tests.

Results. There were no significant differences in non-compliance, the type of admission to hospital and frequency of coercion measures used during hospitalization between groups of patients receiving atypic and typical antipsychotics. However, the group with atypic neuroleptics was nearly significantly more adherent to therapy than the typical ones.

Conclusions. Results of the study did not confirm the impact of atypic neuroleptics on compliance and coercion connected with admission to hospital. A long-term study with an increased number of patients is needed to confirm the results of this study.

Słowa klucze: neuroleptyki atypowe, przymus w psychiatrii

Key words: atypic antipsychotics, coercion in psychiatry

Wstęp

Neuroleptyki atypowe przyczyniły się do niewątpliwego postępu w leczeniu schizofrenii i w wielu krajach uważane są obecnie za leki z wyboru u osób z takim rozpoznaniem [1]. Istnieją doniesienia, iż mogą one wpływać na redukcję zachowań

* Badanie nie było sponsorowane. Jego wyniki zostały przedstawione na XLI Zjeździe Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w czerwcu 2004 r. w Warszawie

agresywnych, częstych wśród pacjentów schizofrenicznych [2]. Choć neuroleptyki klasyczne wciąż traktowane są jako leki pierwszego rzutu u osób pobudzonych w przebiegu psychozy [3], część autorów uważa, że risperidon oraz olanzapina mogą być równie skuteczne [4], klozapina natomiast uznawana jest za lek dający najlepsze efekty u osób chorujących na schizofrenię z przetrwałymi zachowaniami agresywnymi [3, 4] lub z nasilonymi objawami agresji oraz lekoopornych [5]. Sugeruje się także, że dzięki redukcji zachowań agresywnych i impulsywnych długotrwałe leczenie klozapiną znacząco wpływa na zmniejszenie liczby działań suicydalnych [6].

Jednym z ważniejszych problemów terapii schizofrenii jest kontynuowanie przez pacjenta farmakoterapii. Szacuje się, że aż około 50% pacjentów nie przestrzega w pełni zaleceń lekarza dotyczących przyjmowania leków, co prowadzi często do zwiększenia się liczby nawrotów choroby, hospitalizacji, do złych wyników leczenia, a co za tym idzie – wzrostu kosztów ekonomicznych [7]. Na kontynuowanie leczenia (obok m.in. poczucia choroby, przekonania o skuteczności farmakoterapii czy wsparcia środowiskowego) znaczący wpływ mają także działania niepożądane leków. Leki atypowe drugiej generacji obciążone są mniejszą liczbą działań niepożądanych niż leki klasyczne, różniąc się jednak pod tym względem dość znacznie między sobą [8, 9]. W badaniu Mortimera i wsp. [10] osoby przyjmujące olanzapinę i risperidon częściej odstawiły leki niż te, które były leczone kwetiapiną czy ziprasidonem. Liczne publikacje z ostatnich lat potwierdzają częstsze kontynuowanie terapii przez pacjentów przyjmujących neuroleptyki atypowe, w porównaniu z pacjentami przyjmującymi neuroleptyki klasyczne [11, 12], oraz znacząco mniejszą liczbę przypadków zmiany leku i konieczności stosowania leków wspomagających przy terapii lekami drugiej generacji [13]. W badaniu Swansona i wsp. [14], obejmującym 229 pacjentów z rozpoznaniem ze spektrum schizofrenii, poddanych 2-letniej obserwacji wykazano znaczącą redukcję zachowań agresywnych u leczonych neuroleptykami atypowymi. Efekt ten autorzy wiążą z nieprzerwaną przez pacjenta farmakoterapią, na co z kolei miały wpływ mniejsze nasilenie działań niepożądanych leku, jego działanie antypsychotyczne oraz mniejsze nadużywanie substancji psychoaktywnych. Inne doniesienia krytycznie oceniają wpływ rodzaju neuroleptyku na kontynuowanie leczenia przez pacjenta, nie potwierdzając w tym względzie wyższości leków drugiej generacji [13, 15]. Według najnowszych badań tylko 41% pacjentów leczonych neuroleptykami atypowymi przyjmuje je regularnie według zaleceń lekarza, 24% przerywa terapię, 16% kontynuuje leczenie nieregularnie, a 19% zwiększa samowolnie dawki leku [16].

Jednym z kierunków rozwoju współczesnej psychiatrii jest zminimalizowanie odczuwania przez pacjentów przymusu w trakcie hospitalizacji oraz leczenia. Prowadzone m.in. w naszej klinice wielośrodkowe badanie EUNOMIA ma na celu ocenę stosowania przymusu w psychiatrii w Europie oraz ujednoczenie standardów postępowania [17, 18]. Niewiele jest jednak badań, które próbowałyby oszacować wpływ leków nowej generacji na problem przymusu w psychiatrii.

Cel

Celem badania była ocena związku pomiędzy rodzajem psychofarmakoterapii prowadzonej przed hospitalizacją a kontynuowaniem terapii przez pacjenta oraz stosowaniem przymusu przy przyjęciu do szpitala.

Metoda

Badanie miało charakter retrospektywny i obserwacyjny. Zostało przeprowadzone w okresie od 15.04.2004 r. do 31.05.2004 r. na oddziałach stacjonarnych I-VI Specjalistycznego Zespołu Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu. Do badania zakwalifikowano wstępnie wszystkich 92 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii oraz urojeniowych (F 20-29 według klasyfikacji ICD-10 [19]) przyjętych w tym czasie do szpitala na oddziały stacjonarne. Po uwzględnieniu dalszych kryteriów włączenia do badania (zgoda na badanie, wcześniejsze leczenie neuroleptykami, wiek 20–70 lat) oraz kryteriów wyłączających (brak zgody na badanie, pacjent uprzednio nieleczony neuroleptykiem lub leczony jednocześnie lekiem atypowym i klasycznym, wiek poniżej 20 lub powyżej 70 lat, rozpoznanie inne niż F 20-29 lub współistniejące, ubezwłasnowolnienie) objęto badaniem 71 pacjentów.

Na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej oraz wywiadu od pacjenta zebrano dane dotyczące farmakoterapii w okresie poprzedzającym hospitalizację (rodzaj leku, jego dawka, okres i regularność przyjmowania leku, ewentualnie przyczyny przerwania leczenia), przebiegu choroby (rok zachorowania, liczba pobytów w szpitalu psychiatrycznym) oraz obecnej hospitalizacji (data przyjęcia, tryb przyjęcia do szpitala, rodzaj przymusu stosowanego podczas hospitalizacji). Zebrane dane poddano analizie statystycznej z użyciem testu niezależności Chi² Pearsona oraz testu Manna-Whitneya.

Charakterystyka badanej grupy

Kryteria włączenia do badania spełniło 71 osób, w tym 44 kobiety (62%) oraz 27 mężczyzn (38%). Średni wiek pacjentów wynosił 43 lata (zakres 20–70 lat). Przed hospitalizacją neuroleptyki klasyczne przyjmowało 30 pacjentów (42%), a atypowe (takie, jak klozapina, olanzapina, risperidon, kwetiapina) – 41 (58%).

Większość pacjentów została przyjęta z rozpoznaniem schizofrenii – F 20 (22 pacjentów wśród przyjmujących neuroleptyki klasyczne oraz 29 wśród przyjmujących neuroleptyki atypowe). Średni czas trwania choroby wynosił ogółem 14,5 roku (15 lat dla pacjentów przyjmujących leki pierwszej generacji, 14 lat – dla drugiej). Najwięcej pacjentów było w grupie osób hospitalizowanych po raz 3–10. Rodzaje rozpoznań oraz liczbę pobytów w szpitalu w zależności od przyjmowanego leku przedstawia tabela 1.

Wyniki

Przerwanie leczenia w zależności od rodzaju neuroleptyku, wieku oraz płci pacjenta

Ośmiu pacjentów leczonych lekami antypsychotycznymi klasycznymi i dwóch leczonych lekami atypowymi przyjmowało leki nieregularnie, natomiast przerwało leczenie odpowiednio 22 (73,3%) i 22 (53,7%) pacjentów. Najczęstszą przyczyną przerwania leczenia był brak poczucia choroby (12 pacjentów – 40% – leczonych neuroleptykiem klasycznym oraz 12 pacjentów – 29,2% – atypowym). Z powodu urojeń przerwało leczenie odpowiednio 8 (26,6%) i 7 (12%) pacjentów, a z powodu objawów

niepożądanych 8 (26,6%) i 3 (7,3%) pacjentów. Wśród objawów niepożądanych, które były przyczyną odstawienia leku, najczęściej zgłaszano: objawy pozapiramidowe ($n = 6$) i zawroty głowy ($n = 1$) w przypadku pacjentów leczonych lekami klasycznymi oraz wzrost masy ciała ($n = 2$) – u leczonych lekami atypowymi (olanzapina, risperidon). Senność jako przyczynę przerwania leczenia podał jeden pacjent leczony lekiem klasycznym oraz jeden – lekiem atypowym.

Tabela 1

Rozpoznanie, liczba hospitalizacji a rodzaj neuroleptyku

	Neuroleptyk klasyczny	Neuroleptyk atypowy
Liczba pacjentów	30 (42%)	41 (58%)
Rozpoznanie		
F 20	22	29
F 22	2	2
F 23	1	3
F 25	5	7
Liczba pacjentów hospitalizowanych obecnie po raz:		
1–2	4	10
3–10	16	17
więcej	10	14

Średni czas od przerwania przyjmowania leku do hospitalizacji (niezależnie od rodzaju neuroleptyku) wynosił: dla pacjentów, wobec których stosowano przymus podczas hospitalizacji – 11,6 tygodnia, a dla pacjentów, wobec których nie stosowano przymusu – 4,8 tygodnia. Stwierdzono brak zależności pomiędzy rodzajem przyjmowanego neuroleptyku a przerwaniem leczenia. Uzyskane wyniki są jednak na granicy ustalonej istotności ($\chi^2 = 2,846$; $p = 0,074$). Nie stwierdzono także istotnej statystycznie zależności pomiędzy przerwaniem leczenia a płcią ($p = 0,267$) i wiekiem pacjenta ($p = 0,590$).

Długość okresu od przerwania przez pacjenta farmakoterapii do hospitalizacji podzielono na 5 grup: do tygodnia, 2–4 tygodnie, 1–3 miesiące, 4–6 miesięcy, ponad 6 miesięcy. Liczbę pacjentów w poszczególnych grupach w zależności od rodzaju neuroleptyku przedstawia tabela 2.

Stwierdzono brak zależności pomiędzy rodzajem neuroleptyku a długością okresu od przerwania leczenia do hospitalizacji ($Z = -0,247$; $p = 0,815$).

Przymus stosowany przy przyjęciu oraz w trakcie hospitalizacji

Przymus zastosowano ogółem wobec 18 pacjentów przyjmujących neuroleptyki klasyczne (60%) oraz 19 przyjmujących neuroleptyki atypowe (46,6%). Stosowano następujące formy przymusu: przyjęcie lub zatrzymanie w szpitalu bez zgody (art. 23.1, 28 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) lub przyjęcie do szpitala za zgodą wątpliwą (art. 22.2 UoZP) oraz przymus bezpośredni (art. 18 UoZP: zabezpieczenie

Tabela 2

Długość okresu od przerwania przez pacjenta farmakoterapii do hospitalizacji a rodzaj neuroleptyku

		Neuroleptyk		Ogółem
		klasyczny	atypowy	
Okres od przerwania farmakoterapii do hospitalizacji	do tygodnia	4	3	7
	2–4 tygodnie	5	7	12
	1–3 miesiące	9	9	18
	4–6 miesięcy	2	2	4
	ponad 6 miesięcy	2	1	3
Ogółem		22	22	44

mechaniczne z powodu agresji lub w celu podania leku, przytrzymanie w celu podania leku). Liczba pacjentów w zależności od trybu przyjęcia do szpitala oraz zastosowanego przymusu bezpośredniego podczas hospitalizacji zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. przedstawia tabela 3.

Tabela 3

Tryb przyjęcia do szpitala oraz stosowanie przymusu bezpośredniego w zależności od rodzaju przyjmowanego neuroleptyku

	Neuroleptyki klasyczne	Neuroleptyki atypowe
1. Przyjęcie do szpitala wg UOZP		
art. 21	16 (53,3%)	26 (63,4%)
art. 22.2	2 (6,6%)	2 (4,9%)
art. 23.1	12 (40%)	9 (22%)
art. 28	0	4 (9,7%)
2. Przymus bezpośredni:		
– ogółem stosowany	15 (50%) pacjentów	14 (34%) pacjentów
– zabezpieczenie mechaniczne z powodu agresji	12 (40%)	12 (29,3%)
– inne	5 (16,6%)	4 (9,7%)
– wielokrotne użycie przymusu bezpośredniego	4 (13,3%)	7 (17%)

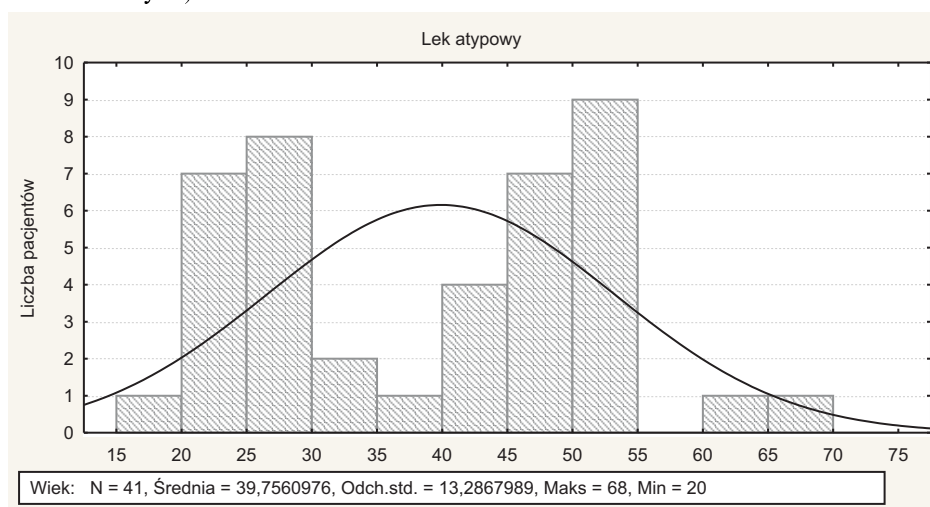
Stwierdzono brak zależności pomiędzy trybem przyjęcia do szpitala a rodzajem przyjmowanego neuroleptyku ($\chi^2 = 5,231$; $p = 0,165$), a także pomiędzy częstością stosowania przymusu bezpośredniego a rodzajem neuroleptyku ($p = 0,184$).

Wiek pacjenta a rodzaj przyjmowanego neuroleptyku

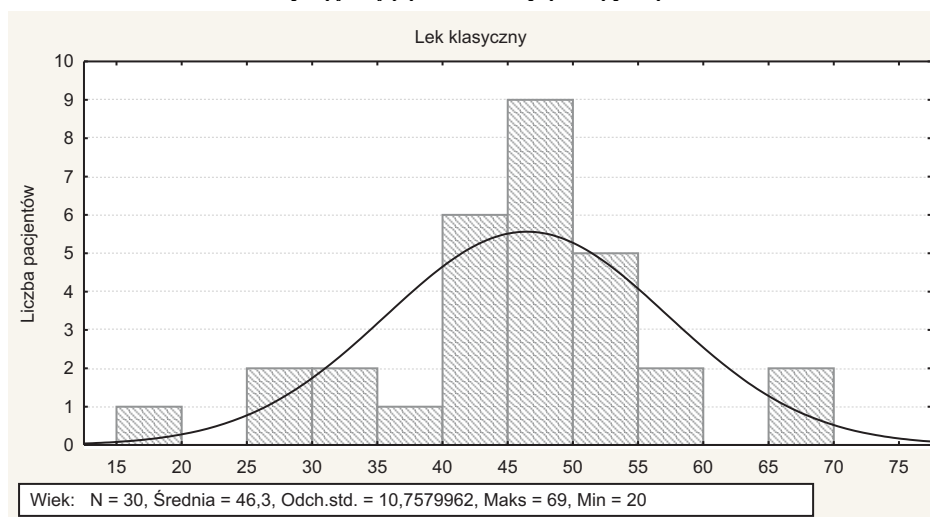
Zależność pomiędzy wiekiem pacjenta a rodzajem przyjmowanego leku antypsychotycznego okazała się nieistotna statystycznie, jest jednak na granicy takiej istotności ($Z = -1,812$; $p = 0,070$).

Należy podkreślić, że przedstawione na rysunkach 1 i 2 histogramy wykazują jednak pewne różnice. Neuroleptyki atypowe były stosowane u osób starszych i młodych (u nielicznych osób z przedziału wiekowego 30–45), natomiast neu-

roleptyki klasyczne – głównie u osób w wieku 40-55 lat (a nie były stosowane u osób młodych).



Rys. 1. Histogram przedstawiający rozkład wieku pacjentów przyjmujących neuroleptyk atypowy



Rys. 2. Histogram przedstawiający rozkład wieku pacjentów przyjmujących neuroleptyk klasyczny

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki nie potwierdziły postawionych hipotez, niemniej jednak część z nich, pozostająca na granicy istotności statystycznej, może wskazywać na pewne trendy i wymaga weryfikacji w większej liczbie prób badanej. Na podstawie wyników badania pilotażowego nie potwierdzono istotnej statystycznie zależności

między przerwaniem terapii psychofarmakologicznej a rodzajem przyjmowanego neuroleptyku, płcią czy wiekiem pacjenta. Wśród tych zmiennych najbliższej granicy istotności była jednak zależność między kontynuowaniem leczenia a rodzajem leku antypsychotycznego ($p = 0,074$). Jest prawdopodobne, iż zwiększenie liczebności grupy badanej mogłoby ten obraz zmienić i wykazać różnicę, co potwierdzałoby wyniki uzyskane przez Al-Zakwaniego i wsp. [11] czy Clicka i wsp. [12].

Nie stwierdzono także związku pomiędzy rodzajem stosowanego neuroleptyku a ograniczeniem lub zwiększeniem konieczności przymusowego leczenia oraz długością okresu od przerwania farmakoterapii do hospitalizacji. Bliska granicy istotności statystycznej okazała się zależność pomiędzy rodzajem przyjmowanego leku przeciwpsychotycznego a wiekiem pacjenta ($p = 0,07$). Neuroleptyki atypowe były stosowane u osób starszych i młodych (u nielicznych osób z przedziału wiekowego 30–45), natomiast neuroleptyki klasyczne – głównie u osób w wieku 40–55 lat.

Wnioski

W przeprowadzonym badaniu nie wykazano związku pomiędzy rodzajem psychofarmakoterapii przed hospitalizacją a kontynuowaniem leczenia przez pacjenta, trybem hospitalizacji oraz częstością stosowanego przymusu bezpośredniego w trakcie hospitalizacji. Dla potwierdzenia uzyskanych wyników konieczne będzie przeprowadzenie badania długoterminowego z udziałem większej liczby pacjentów, niemniej już na podstawie wstępnych wyników można wnioskować, iż korzyści płynące z wyboru neuroleptyku atypowego nie są bezpośrednio związane z redukcją agresji czy wzrostem współpracy chorych w procesie terapeutycznym.

Является ли современная фармакотерапия ограничивающим фактором применения насилия в психиатрии? Результаты пилотажного исследования.

Содержание

Задание. Заданием исследования было установление факта о влиянии современной психофармакотерапии (нейролептики атипичные) на совместные отношения пациента при лечении (англ. compliance) и возможность ограничения насилия в психиатрии (принятие пациента без его согласия, непосредственное насилие).

Метод. Исследование проведено у 71 больного с диагнозом шизофренического спектра (группа категории F 2 по классификации ICD-10 принятых в психиатрическую больницу. В исследованной группе 41 больного лечили уже перед госпитализацией атипичным нейролептиком, а 30 больных принимали классические препараты. Собранные данные, относящиеся к фармакотерапии пациентов перед приемом в больницу, исполнения врачебных предписаний, истории болезни, а также насилия, применяемого во время госпитализации, подвергнуты статистическому анализу с использованием теста χ^2 Pearsona и теста Манна–Уитнея.

Результаты. Не найдено существенных зависимостей между совместной работой пациента при лечении (продолжение применения фармакотерапии после выписки из больницы), формами госпитализации и типом принимаемого нейролептика. Однако, отмечено, что зависимость между применением лекарства новой генерации и продолжением терапии была близкой с статистической значимости.

Выводы. Результаты исследования не указывали на влияние атипичных нейролептиков на совместное участие пациента при лечении (продолжение фармакотерапии), на способ госпитализации и на частоту применения непосредственного насилия; для подтверждения полученных результатов необходимым является проведение длительного исследования на большим материале.

Begrenzt die zeitgenössische Psychiatrie die Anwendung von Zwangseinweisung in der Psychiatrie? - Ergebnisse einer Studie

Zusammenfassung

Ziel. Die Studie sollte bestimmen, ob die zeitgenössische Psychopharmakotherapie (atypische Neuroleptika) einen Einfluss auf die Zusammenarbeit des Patienten bei der Behandlung hat (engl. compliance) und ob sie die Anwendung vom Zwang begrenzt (Aufnahme ohne Einwilligung, unmittelbarer Zwang).

Methode. An der Studie nahmen 71 Patienten mit der Diagnose mit Spektrum Schizophrenie teil (Gruppe der Kategorie F2 nach der ICD - 10 Klassifizierung), die ins psychiatrische Krankenhaus aufgenommen wurden. In der untersuchten Gruppe wurden 41 vor der Hospitalisierung mit einem atypischen Neuroleptikum, und 30 mit einem klassischen behandelt. Man analysierte mit dem χ^2 Test von Pearson und mit dem Mann-Whitney - Test die gesammelten Angaben zur Pharmakotherapie der Patienten vor der Aufnahme ins Krankenhaus, zur Anwendung der ärztlichen Anordnungen, Krankheitsgeschichte und zum Zwang, der während der Hospitalisierung angewandt wurde.

Ergebnisse. Es wurden keine bedeutenden Abhängigkeiten zwischen der Zusammenarbeit des Patienten bei der Behandlung, Hospitalisierungsmodus und der Art des eingenommenen Neuroleptika gefunden. Man merkte aber, dass die Abhängigkeit zwischen der Anwendung des Medikaments der neuen Generation und der Fortsetzung der Therapie der statistischen Wichtigkeit nahelag.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse der Studie zeigten keinen Einfluss von atypischen Neuroleptika auf die Zusammenarbeit des Patienten bei der Behandlung (Fortsetzung der Pharmakotherapie), Hospitalisierungsmodus und Häufigkeit der Anwendung vom direkten Zwang. Für die Bestätigung der erzielten Ergebnisse wäre es notwendig eine langzeitige Studie mit größerem Material durchzuführen.

Est-ce que la pharmacothérapie contemporaine limite l'administration de la contrainte physique en psychiatrie? – résultats préliminaires

Résumé

Objectif. Répondre à la question suivante: la pharmacothérapie contemporaine (les neuroleptiques atypiques) influe-t-elle sur la coopération des patients avec les médecins et limite-t-elle l'administration de la contrainte physique (hospitalisation involontaire, contrainte par corps)?

Méthode. On examine 71 patients hospitalisés, diagnostiqués: schizophrènes – groupe F2 d'après ICD-10, dont 41 patients suivaient la thérapie des neuroleptiques atypiques avant cet hospitalisation et 30 – des neuroleptiques classiques. Les données concernant leur thérapie, histoire de maladie, coopération avec les médecins, administration de la contrainte, sont analysées avec le teste χ^2 de Pearson et le teste de Mann-Whitney.

Résultats. On ne trouve pas de corrélation significative des genres des neuroleptiques et de la coopération des patients avec le médecin (la continuation de la thérapie après l'hospitalisation)

ou le mode d'hospitalisation. On note pourtant que la corrélation des neuroleptiques atypiques et la continuation de la thérapie reste valable statistiquement.

Conclusions. Résultats obtenus ne démontrent pas l'influence des neuroleptiques atypiques sur : coopération des patients avec le médecin (la continuation de la thérapie après l'hospitalisation), mode d'hospitalisation, fréquence d'administration de la contrainte physique. Pour attester ces résultats il faut continuer ces examens sur le matériel plus vaste.

Piśmiennictwo

1. Dimowa A. *The range of therapeutic efficacy of atypical antipsychotics: a critical evaluation.* Med. Hypoth. 2003; 61: 259–264.
2. Omerov M, Edman G, Wistedt B. *Incidents of violence in psychiatric inpatient care.* Nord. J. Psychiatry 2002; 56: 207–213.
3. Buckley PF, Noffsinger SG, Smith DA, Hrouda DR, Knoll JL 4th. *Treatment of the psychotic patient who is violent.* Psychiatr. Clin. North Am. 2003; 26: 231–272.
4. Briken P, Nika E, Krausz M, Naber D. *Atypical neuroleptics in the treatment of aggression and hostility in schizophrenic patients.* Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2002; 70: 139–144.
5. Volavka J, Czobor P, Nolan K, Scheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L, McEvoy JP, Cooper TB, Lieberman JA. *Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol.* J. Clin. Psychopharmacol. 2004; 24: 225–228.
6. Spivak B, Shabash E, Sheitman B, Wiezman A, Mester R. *The effects of clozapine versus haloperidol on measures of impulsive aggression and suicidality in chronic schizophrenia patients: an open, nonrandomized, 6-month study.* J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 755–760.
7. Perkins DO. *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia.* J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 1121–1128.
8. Sussman N. *Choosing an atypical antipsychotic.* Int. Clin. Psychopharmacol. 2002; 17, suppl. 3: 29–33.
9. Jarema M, Rybakowski J, Landowski J. *Leki antypsychotyczne drugiej generacji: podobieństwa i różnice.* Psychiatr. Pol. 2003; 37: 7–28.
10. Mortimer A, Williams P, Meddis D. *Impact of side-effects of atypical antipsychotics on non-compliance, relapse and cost.* J. Int. Med. Res. 2003; 31: 188–196.
11. Al-Zakwani IS, Barron JJ, Bullano MF, Arcona S, Drury CJ, Cockerham TR. *Analysis of health-care utilization patterns and adherence in patients receiving typical and atypical antipsychotic medications.* Curr. Med. Res. Opin. 2003; 19: 619–626.
12. Click ID, Berg PH. *Time to study discontinuation, relapse, and compliance with atypical or conventional antipsychotics in schizophrenia and related disorders.* Int. Clin. Psychopharmacol. 2002; 17: 65–68.
13. Menzin J, Boulanger L, Friedman M, Mackell J, Lloyd JR. *Treatment adherence associated with conventional and atypical antipsychotics in a large state Medicaid program.* Psychiatr. Serv. 2003; 54: 719–723.
14. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB. *Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment.* Schizophr. Bull. 2004; 30: 3–20.
15. Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsall HR, Woods SW. *Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge.* J. Clin. Psychiatry 2002; 65: 354–360.
16. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. *Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia.* Am. J. Psychiatry 2004; 161: 692–699.

-
17. Pawłowski T, Kiejna A, Rymaszewska J. *Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39: 151–159.
 18. www.eunomia-study.net
 19. The ICD-10. *Classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Genewa: WHO; 1992.

Otrzymano: 11.08.2004

Zrecenzowano: 4.05.2005

Przyjęto do druku: 10.06.2005

Adres: Ewelina Dobrzyńska
Katedra i Klinika Psychiatrii
Akademii Medycznej
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10