

Joanna Meder

Nowoczesne formy rehabilitacji chorych na schizofrenię

Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Rehabilitacja psychiatryczna to system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną (1). Działalność rehabilitacyjna jest wielokierunkowa i obejmuje swym zasięgiem różne służby i wszystkie grupy zawodowe pracowników. Chodzi przecież nie tylko o odtworzenie utraconych sprawności, ale rozwinięcie w jak największym stopniu jego możliwości.

Zaburzenia psychiczne to zakłócenie czynności powodujące pewnego rodzaju rozregulowanie środowiska wewnętrznego pacjenta i zaburzoną wymianę ze środowiskiem zewnętrznym na jednym, lub częściej, wielu poziomach jednocześnie (7).

U osób z zaburzeniami psychicznymi niezwykle często obserwuje się wielkie trudności z właściwym pełnieniem ról społecznych i przejawami nieprzystosowania społecznego. Wynika to nie tylko z zaburzeń natury chorobowej, ale i negatywnych następstw reakcji społecznej. Kompleksowy program rehabilitacyjny uwzględnia główne problemy pacjenta, wymaga skonstruowania indywidualnego programu oddziaływań dla każdego chorego, zależnie od stopnia nieprzystosowania, w czterech podstawowych zakresach:

- 1) rodzinnym – adekwatność pełnionych ról rodzinnych zależnie od wieku, pozycji pacjenta w rodzinie, spistość wzajemnych stosunków między członkami rodziny,
- 2) zawodowym – wytrwałość, stałość lub dążenie do wykonywania użytecznego zajęcia oraz satysfakcja z tego płynąca,
- 3) środowiskowym – analiza kontaktów i związków z innymi ludźmi poza rodziną i pracą (częstość, spontaniczność, głębokość),
- 4) osobistym – zainteresowanie i dbałość o własne sprawy (wygląd, samodzielność, samorealizacja, samowystarczalność) (4).

Dla pełnego obrazu sytuacji i możliwości pacjenta należy ocenić, na jaki realny system oparcia może on aktualnie liczyć (zakres, intensywność, różnorodność i wielokierunkowość). System ten zwykle w czasie choroby zostaje znacznie zubożony i należy go powoli odbudować w trakcie rehabilitacji. System oparcia społecznego jest ważny dla każdego człowieka, a chorego

szczególnie. W razie nieoczekiwanego lub przewlekłego kryzysu, niezależnie od jego przyczyny, system oparcia pełni rolę ochronną i wspomagającą (2).

Ustalając w oparciu o potrzeby i możliwości pacjenta indywidualny program rehabilitacyjny, musimy również pamiętać o pewnych teoretycznych podstawach i zasadach rehabilitacji:

1) Zasada optymalnej stymulacji (8), wprowadzona przez szkołę londyńską, zakłada, że dla chorego szkodliwa jest zarówno nadmierna, jak i niedostateczna stymulacja, czyli niedobór bodźców, monotonia zdarzeń i deprywacja sensoryczna. Przyczyną patologicznych reakcji na nadmierną stymulację jest obniżony u większości chorych psychicznie próg możliwości adaptacyjnych. Nagłe zmiany, nawet korzystne, ale stawiające przed pacjentem zbyt wysokie wymagania, zamiast stymulować powodują apatię, postawę rezygnacyjną, a nawet odmowę udziału w dalszej rehabilitacji. Dotyczy to szczególnie chorych na schizofrenię i osób w podeszłym wieku. Odwrotnie, niedostateczna stymulacja wywołuje lub pogłębia objawy zwane instytucjonalizmem i może wywołać depresję rehabilitacyjną.

2) Zasada jedności metod w rehabilitacji psychicznie chorych polega na kompleksowym stosowaniu leczenia biologicznego i oddziaływań psychoterapeutycznych oraz psychospołecznych.

3) Zasada stopniowania trudności stosowana jest w zakresie wszystkich form oddziaływania, a spowodowana jest upośledzeniem zdolności adaptacyjnych, a szczególnie adaptacji społecznej u wszystkich chorych z zaburzeniami psychicznymi.

4. Zasada wielostronności wysiłków i oddziaływań stosowana w celu wprowadzenia korzystnych zmian w różnych sferach życia codziennego, zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego, społecznego, itd.:

a) zasada powtarzalności oddziaływań wynika z nawracalności niektórych objawów chorobowych (3),

b) zasada partnerstwa – na każdym kroku istnieje konieczność odwoływania się do osobowości chorego, bo nie można resocjalizować pacjenta bez jego czynnego udziału. Rehabilitacja jest procesem, a nie obowiązkiem inwalidy i nie może być prowadzona wbrew woli i bez zgody pacjenta.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i przygotowane przepisy wykonawcze do ustawy traktują rehabilitację psychicznie chorych na równi z leczeniem farmakologicznym. Służyć ma ona włączaniu osób z doświadczeniem choroby psychicznej w społeczeństwo, umożliwiając im realizację indywidualnych potrzeb i aspiracji życiowych.

Oczywiste jest, że zakres oddziaływań rehabilitacyjnych, potrzebnych każdemu choremu, musi być opracowany indywidualnie, weryfikowany w trakcie trwania oddziaływań i dostosowany do aktualnej sytuacji.

Z danych z 1993 r. wynika, że chorzy z zaburzeniami psychicznymi leczeni ogółem i po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego stanowią 1,4% ludności (6), z czego szacunkowo 1/3, czyli 0,5% populacji, oczekuje wprawdzie w różnym zakresie, ale pomocy ze strony służb rehabilitacyjnych.

Większość chorych leczonych w szpitalach psychiatrycznych wymaga rehabilitacji. Z ostatnich badań wynika również, że 20% osób przebywa w tych szpitalach ze względów społecznych (brak mieszkań, rodziny, itd.). Ta część pacjentów będzie nas szczególnie interesować w najbliższych latach, istnieje bowiem konieczność usamodzielnienia ich, przygotowania do wypisu i – przenosząc do ośrodków o mniejszej intensywności opieki – wypisania do środowiska. Czeką nas długa, wieloletnia i żmudna praca obciążona dodatkowo polskimi realiami.

Lecznictwo psychiatryczne w Polsce wymaga gruntownej, daleko idącej reformy zdecydowanie zmniejszającej izolacyjną rolę dużego szpitala psychiatrycznego na rzecz psychiatrii środowiskowej. Burzliwy rozwój psychiatrii środowiskowej obserwujemy już od wielu lat w innych krajach. Początkowo zwracano uwagę jedynie na przesłanki natury medycznej, najskuteczniej i najszybciej usuwa się zaburzenia w środowisku naturalnym, czyli tam gdzie one powstały. W szpitalu, szczególnie dużym wszystko jest sztuczne, obce i wrogie dla pacjenta, trudno wytworzyć odpowiedni klimat sprzyjający zdrowieniu. Nie bez znaczenia jest też aspekt ekonomiczny, leczenie szpitalne jest najdroższe.

Zarówno obowiązująca od 21 stycznia 1995 roku ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jak i „Program Ochrony Zdrowia Psychicznego” zatwierdzony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej gwarantują prawidłowy kierunek reformy. Podobne przemiany zachodziły i nadal zachodzą w wielu krajach zachodnich, co pozwala nam korzystać z ich doświadczeń i uniknąć błędów.

Reforma jest procesem wieloletnim, wymagającym rozważliwej, umiarkowanej i wielokierunkowych działań.

1) Musimy zacząć od edukacji całego społeczeństwa poprzez środki masowego przekazu, publikacje itp. Przybliżając problemy związane ze zdrowiem i zaburzeniami psychicznymi, mamy nadzieję spowodować zmniejszenie lęku przed chorym i piętnem choroby psychicznej, a wpłynąć na kształtowanie właściwej postawy wobec chorych.

2) Rozpoczęliśmy już również intensywne szkolenia dla aktualnych i przyszłych pracowników różnorodnych form pomocy pozaszpitalnej. Będziemy potrzebować już w niedługim czasie wielu opiekunów, terapeutów, nieprofesjonalnych pomocników o różnym poziomie wykształcenia, ale zaangażowanych, pragnących pomagać potrzebującym i udzielających im fachowej pomocy (5).

3) Kolejnym etapem jest tworzenie form pozaszpitalnych o różnym profilu i intensywności opieki, o ilości miejsc zapewniającej dostępność opieki wszystkim osobom potrzebującym. W tworzeniu struktur opieki środowiskowej z mocy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego udział biorą dwa resorty: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych. Jest to dogodna sytuacja zarówno z punktu widzenia różnorodności form i oddziaływań, jak i większych możliwości finansowych. W pionie

Ministerstwa Zdrowia muszą powstać formy związane głównie z lecznictwem i rehabilitacją leczniczą, a pion społeczny obejmie jednostki sprawujące opiekę socjalną i rehabilitację zawodową.

Tak więc w pionie medycznym opieki środowiskowej znajdują się:

- 1) Oddział psychiatryczny pełnodobowy – zależnie od potrzeb danej gminy będą to:
 - jeden z oddziałów większego szpitala psychiatrycznego
 - oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym lub tylko kilka łóżek w jednym z oddziałów psychiatrycznych,
- 2) Oddział dzienny terapeutyczny
- 3) Oddział dzienny rehabilitacyjny
- 4) Przychodnia zdrowia psychicznego
- 5) Zespół leczenia domowego
- 6) Hostel
- 7) Zespół interwencji kryzysowej.

W miarę wdrażania reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej potrzeby związane z liczbą łóżek pełnodobowych obsługujących daną gminę powinny ulegać sukcesywnemu zmniejszaniu.

W pionie socjalnym powinny się znaleźć następujące struktury:

- 1) Domy pomocy społecznej i analogicznie zależnie od potrzeb w danej gminie powinna być wyliczona liczba potrzebnych miejsc. Ogólny kierunek przemian prowadzi do zmniejszania ilości miejsc w poszczególnych domach, a nowo tworzone nie powinny przekraczać 20–30 pensjonariuszy w każdym. Duży dom pomocy społecznej jest bardzo drogą formą opieki, trudną w prowadzeniu i nie spełniającą najpilniejszych potrzeb człowieka, jakimi są rodzinna atmosfera i poczucie więzi między pensjonariuszami i personelem
- 2) Środowiskowy dom samopomocy
 - a) pełnodobowy
 - b) dzienny
- 3) Mieszkania grupowe
- 4) Telefon zaufania
- 5) Dom dziennego pobytu dla osób z objawami demencji, a posiadających opiekę rodziny na pozostałą część dnia
- 6) Warsztat terapii zajęciowej
- 7) Klub
- 8) Spółdzielnia inwalidów z miejscami pracy chronionej
- 9) Miejsca pracy chronionej w zwykłych zakładach pracy.

W gminie może być potrzeba zorganizowania kilku środowiskowych domów samopomocy i warsztatów terapii zajęciowej z formami oddziaływań dostosowanych dla osób z różnymi schorzeniami, np. dla przewlekle psychicznie chorych i osób upośledzonych umysłowo.

Należy pamiętać, że w działaniach na rzecz ochrony zdrowia biorą udział nie tylko instytucje państwowe, ale stowarzyszenia, różne organizacje społecz-

ne, fundacje, samorządy, związki wyznaniowe oraz grupy samopomocowe pacjentów i ich rodzin. Mogą one ze swej strony tworzyć różne formy opieki, potrzebna jest ścisła współpraca w gminie między wszystkimi formacjami, w celu opracowania sprawnie funkcjonującego modelu optymalnie dostosowanego do aktualnych potrzeb osób rehabilitowanych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje 10 lat na pełną realizację sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy. Wbrew pozorom to nie jest wcale tak odległy termin zważywszy na ogrom pracy merytorycznej, szkoleniowej i organizacyjnej.

Założeniem reformy psychiatrii jest dobro osobiste chorych i ich rodzin i zapewnienie „najmniejszej uciążliwości leczenia”, dopiero ostatnim etapem może być zmniejszenie ilości łóżek szpitalnych. W Polsce mamy dużo starych, niedofinansowanych szpitali. Warunki leczenia chorych są tam bardzo uciążliwe, ze względu na nadmierne przepełnienie oddziałów, zły stan sanitarny, brak intymności, złe zabezpieczenie przeciwpożarowe itd. Zmniejszenie liczby łóżek pozwoli chociaż w części poprawić tę sytuację, będzie można zlikwidować oddziały nie nadające się do remontu, a w innych przeprowadzić generalną przebudowę. Już samo zmniejszenie liczby łóżek poprawi funkcjonowanie obsługi pacjentów, ich warunki bytowe, zmniejszy koszty eksploatacji. Z czasem niektóre szpitale mogą ulec zupełnej likwidacji lub przeprofilowaniu, a będą zastępowane mniejszymi oddziałami przy szpitalach ogólnych, ale dopiero czas pokaże kiedy będziemy mogli sobie na to pozwolić. Z pewnością nie powtórzymy błędów naszych poprzedników z USA czy niektórych krajów Europy, gdzie gwałtownie przeprowadzona reforma spowodowała więcej krzywd niż pomocy pacjentom.

Piśmiennictwo

1. Ekdawi M., Conning A., Rehabilitacja psychiatryczna. Praktyczny przewodnik., PZWL, Warszawa, 1995.
2. Liberman R.P., Social skills training for psychiatric patients, Psychology Practitioner Guidebooks, Pergamon Press, 1989.
3. Liberman R.P., Effective psychiatric rehabilitation, New Directions for Mental Health Services, Pergamon Press, 1992.
4. Meder J., Stołowska A., Stan rehabilitacji w psychiatrii i perspektywy rozwoju, w Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób w poszczególnych rodzajach niesprawności, PFRON, Warszawa, 1994, s. 202–226.
5. Meder J. i wsp., Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych, EC Phare, BPS, 1995.
6. Pałuba M., Miejsce szpitala psychiatrycznego w terapii schizofrenii, w druku.
7. Wciórka J., Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1992, I. s. 14–22.
8. Wing J.K. Haileway A.E., Evaluating a community psychiatric service, Oxford University Press, London 1972.