

Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie

Streszczenie

Poglądy dotyczące leczenia i rehabilitacji osób z doświadczeniem choroby psychicznej są w Polsce w znacznym stopniu przestarzałe, co wiąże się z historią psychiatrii i od lat utrwalanymi błędnymi przekonaniem na temat chorób psychicznych. W rezultacie zamiast unowocześnienia metod pomocy osobom chorym psychicznie nadal obowiązuje model azylowy, opierający się na wielkich szpitalach psychiatrycznych. Na świecie popularne stały się metody specjalistycznej rehabilitacji psychiatrycznej, np. treningi neuropoznawcze i treningi umiejętności społecznych. Jednak realnego przełomu dokonali sami chorujący, tworząc ruchy samopomocowe. Wcześniej głos osób doświadczających chorób psychicznych lekceważono i uważano za zbyt cichy. Środowisko „ekspertów przez doświadczenie” – bo tak zaczęto nazywać osoby po kryzysach psychicznych – zainicjowało dyskusję na temat procesu zdrowienia i umacniania. Tym samym okazali się prekursorami podejścia, w którym upodmiotowienie osób chorujących oraz ich umacnianie stały się podstawą nowoczesnej rehabilitacji na świecie. W Polsce ideę tę realizują środowiskowe systemy wsparcia. Nowoczesne podejście do rehabilitacji osób chorujących psychicznie powinno być szerokie i kompleksowe. Skutecznym sposobem na poprawę jakości życia tych osób i prowadzenia przez nie satysfakcjonującego życia wydają się być niemedyczne programy wsparcia środowiskowego.

Słowa kluczowe: zdrowienie i umacnianie, eksperci przez doświadczenie, samopomoc, rehabilitacja osób chorujących psychicznie

New trends in the rehabilitation of the mentally ill people

Abstract

Views on the treatment and rehabilitation of people with experience of mental illness in Poland are largely obsolete, which is associated with the history of psychiatry and over the years well-established false beliefs about mental illness. As a result, instead of modernizing methods of helping the mentally ill is still valid asylum model based on large psychiatric hospitals. In the world became popular methods of specialist psychiatric rehabilitation for example Neurocognitive Training and Social Skills Training. But the real breakthrough made people suffering from mental, creating a self-help movements. Previously, the voice of people experiencing mental illness was ignored and considered to be unnecessary. Environment „experts by experience” – because it

came to be called the person on the mental health crisis – initiated discussion on the process of recovering and empowerment. Thus they began to be precursors approach, in which the empowerment of people suffering and their strengthening became the basis for modern rehabilitation in the world. In Poland, this idea is realized through environmental support systems. Modern approach to the rehabilitation of the mentally ill should be broad and comprehensive. An effective way to improve the quality of life of people suffering and pursuit of a fulfilling life tend to be non-medical support environmental programs.

Keywords: recovery and empowerment, experts by experience, self-help, rehabilitation of the mentally ill people

Sposób rozumienia rehabilitacji osób chorujących psychicznie w Polsce nadal często opiera się na przestarzałych założeniach. Ich podstawą jest głęboko zakorzeniona teza o nieuleczalności chorób psychicznych. Jednak w ostatnich latach, szczególnie w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, przekonania o nieuchronnie pogłębiających się objawach i postępującej niepełnosprawności chorych zostały odrzucone. Zmiana ta znajduje swoje odbicie nie tylko w realizowanych programach, lecz również w tendencjach do tego, aby rehabilitację rozumieć jako wsparcie i odwoływać się do zasobów tkwiących w osobach chorujących psychicznie oraz pozytywów w ich funkcjonowaniu.

Dlaczego tak pesymistycznie?

Przestarzałe i nadal popularne w Polsce poglądy dotyczące leczenia i rehabilitacji osób chorujących psychicznie są dość głęboko zakorzenione i wiążą się z historią psychiatrii. Wynikają one z pesymistycznych zapatrywań na możliwości powrotu do zdrowia chorych i prowadzenia przez nich satysfakcjonującego życia. Takie poglądy wywodzą się jeszcze z końca XIX w. i wiążą się z utrzymującym się przez wiele lat brakiem skutecznych metod leczenia zaburzeń psychicznych – efektywna farmakoterapia pojawiła się dopiero w drugiej połowie XX w. Doprowadziło to do przekonania o nieuchronności pogorszenia się funkcjonowania osób chorych i braku możliwości skutecznej kontroli objawów. Na tej bazie ukształtował się, trwający w Polsce w nieco zmienionej formie do dziś, azylowy model leczenia. Opierał się on na wielkich szpitalach psychiatrycznych, w których pacjenci spędzali zwykle wiele lat. W takich warunkach trudno było mówić o zorganizowanych, systemowych oddziaływaniach rehabilitacyjnych. Pacjenci stali się grupą skazaną na wykluczenie i marginalizację¹. Przez długie lata podstawową formą oddziaływania wobec chorych była ich izolacja. Tym samym ukształtował

¹ R. Ellis, *The asylum, the poor law and the growth of county asylums in nineteenth-century Yorkshire*, „Northern History” 2008, Nr 45(2), s. 279–294

się trwały sposób postrzegania osób chorujących jako całkowicie niesamodzielnych, zależnych i wymagających długiego nadzoru².

Wydawać by się mogło, że wynalezienie w latach 50. ubiegłego wieku skutecznych leków psychotropowych zmieni tę sytuację. Tak się jednak nie stało. Efektywna farmakoterapia pozwoliła, co prawda, na kontrolowanie objawów – pacjenci, u których utrzymywały się one przez długi czas, zostali od nich uwolnieni. W wielu przypadkach osoby przebywające przez wiele lat w szpitalach psychiatrycznych mogły zostać z nich wypisane. Jednak psychiatria wyposażona wreszcie w skuteczną farmakoterapię nie zmieniła zbytnio swojego stosunku do samych pacjentów. Leczenie, oparte wyłącznie na metodach biologicznych (farmakoterapia i elektrowstrząsy), nadal realizowane było w oparciu o wielkie szpitale psychiatryczne. Paternalistyczne podejście do chorych nie uległo zmianie, zostało jedynie wsparte przez interwencje farmakologiczne.

Takie podejście do chorych utrzymywało się długo. Poważnego wyłomu dokonał ruch antypsychiatryczny w latach 60. Był on szerokim społecznym protestem wobec biologicznej psychiatrii i bezdusznego podejścia do chorych. Do jego podstawowych tez należało założenie, w myśl którego choroby psychiczne są generowane przez społeczeństwo; psychiatria to w istocie instrument kontroli szczególnie delikatnych i nieradzących sobie z wymaganiami społecznymi jednostek. Zwracano uwagę na to, że nadanie etykiety „chorego psychicznie” może doprowadzić człowieka do utrwalonych, zgodnych z nią zachowań, które łatwo mogą być uznane za objawy choroby. Wśród tez antypsychiatrii za szczególnie istotne dla ukształtowania nowoczesnego sposobu rozumienia rehabilitacji należy uznać pojęcie „instytucji totalnych”. Są nimi szpitale psychiatryczne lub domy pomocy społecznej, w których pacjenci pozostają trwale ubezwłasnowolnieni, nie mając szans na uzyskanie samodzielności i satysfakcjonującego poziomu funkcjonowania³.

W tym kontekście opisywano zjawisko „hospitalizmu”, czyli utraty zdolności do samodzielnego życia, jako następstwo przewlekłych pobytów w tych instytucjach. Antypsychiatria trwale zmieniła obraz psychiatrii biologicznej oraz skorygowała nastawienia społeczne wobec osób chorujących. Sytuacja nieco się zatem poprawiła, głównie w kontekście instytucji psychiatrycznych i szczątkowo aplikowanych działań rehabilitacyjnych.

Należy wspomnieć również o zmianie w oczekiwaniach wobec rehabilitacji, jaką wywołały wyniki badań katemnestycznych, którymi od lat 60. ubiegłego wieku obejmowano osoby chorujące na psychozy. Badania te były metodologicznie poprawne, dotyczyły dużych grup chorych, okres ich obserwacji trwał długo.

² G. Thornicroft, M. Tansella, *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2010

³ E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2011

Na podstawie uzyskanych wyników uznano, że osoby z rozpoznaniem schizofrenii, nawet po wielu latach od zachorowania, mogą prowadzić samodzielne i w wielu przypadkach udane życie⁴.

Ustalenia z badań katamnesticznych stały w dużej sprzeczności z utrzymującymi się przez wiele lat przekonaniem o nieuleczalności schizofrenii, postępującej deterioracji funkcjonowania i, co za tym idzie, ograniczonych oczekiwaniach wobec rehabilitacji⁵.

Rehabilitacja psychiatryczna – ujęcie współczesne

Zmiany w postrzeganiu przebiegu chorób psychicznych i możliwościach poprawy funkcjonowania doprowadziły do pojawienia się metod specjalistycznej rehabilitacji psychiatrycznej. Typowe dla niej techniki dziś już mogą być uznane za nieco przestarzałe, głównie w związku ze zbyt wąsko zdefiniowanymi celami. Polegają one w istocie na tworzeniu coraz bardziej wyspecjalizowanych zestawów treningów, które w swoim założeniu mają kompensować deficyty wywołane chorobą w zakresie poznawczym, emocjonalnym oraz społecznym. Do najbardziej popularnych tego rodzaju metod należą obecnie treningi neuropoznawcze, umiejętności społecznych oraz społecznego poznania.

Treningi neuropoznawcze opierają się na założeniu, że w chorobie, jaką jest schizofrenia, dochodzi do osłabienia funkcji poznawczych, a to wpływa na upośledzone postrzeganie rzeczywistości przez chorych. Takie zajęcia są realizowane w oparciu o treningi komputerowe⁶ lub odwołujące się do sytuacji życiowych⁷. Treningi te, popularne już od lat, nie spełniają jednak w pełni pokładanych w nich nadziei.

Treningi umiejętności społecznych również od dawna są popularne. Dzięki nim osoby chorujące mogą wypracować nowe lub udoskonalić już posiadane techniki zachowań i komunikowania się z innymi. Często wykorzystywane w pracy z osobami chorującymi psychicznie są też treningi samoobsługi, rozpoznawania nawrotów choroby i prowadzenia rozmowy. Treningi tego rodzaju mogą prowadzić do poprawy niektórych umiejętności społecznych i generalnie wzmocnić

⁴ C. M. Harding, G. W. Brooks, T. Ashikaga, *The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II Long term outcomes of subjects who respectively met DSM III criteria for schizophrenia*, „American Journal of Psychiatry” 1987, Nr 144, s. 727–735; P. Lysaker, K. Buck, *Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications*, „Primary Psychiatry” 2008, Nr 15, s. 60–65

⁵ G. W. Brown, M. Bone, B. Dalison i in., *Schizophrenia and social care*, London, Institute of Psychiatry, 1966

⁶ T. Wykes, C. Reeder, *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: an introduction*, London, New York, Brunner Routledge, 2005

⁷ E. W. Twamley, L. Vella, C. Z. Burton i in., *Compensatory cognitive training for psychosis: Effects in a randomized controlled trial*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2012, Nr 73(9), s. 1212–1219

funkcjonowanie. Wiele zależy jednak od tego, czy nabyte umiejętności będą używane w realnych sytuacjach społecznych.

Treningi społecznego poznania to kierunek w psychiatrycznej rehabilitacji osób chorujących psychicznie, który powstał w ostatnich latach. Jest nakierowany na ćwiczenie rozpoznawania i określania emocji oraz poprawy rozumienia motywów działania innych ludzi. Nacisk kładzie się na umiejętności prawidłowego rozpoznawania przekonań i motywacji u innych osób i dzięki temu lepszemu rozumieniu sytuacji społecznych⁸.

Metody treningowe w rehabilitacji psychiatrycznej mogą niewątpliwie przyczyniać się do poprawy funkcjonowania. Należy jednak pamiętać, że mają dość wybiórcze cele. Ich efektywność zależy w znacznym stopniu od tego, czy uda się je zastosować w realnym życiu. Można uznać, że dziś, w procesie rehabilitacji, stanowią one pewien fragment kompleksowych i szerszych oddziaływań.

Jednak prawdziwy przełom w podejściu do leczenia i rehabilitacji chorych na psychozy dokonał się za sprawą samych osób chorujących. Przez wiele lat była to grupa lekceważona, której głos nikogo nie interesował. Zgodnie z paternalistycznymi założeniami psychiatrii biologicznej oraz rehabilitacji psychiatrycznej właściwie nie mieli oni nic sensownego do powiedzenia. Nie widziano potrzeby, aby traktować ich opinie jako istotne, decyzje o zasadach leczenia i rehabilitacji podejmowali w istocie jedynie profesjonalści. Opinie osób chorujących psychicznie nie miały tu żadnego znaczenia. Sytuacja ta zaczęła się zmieniać w latach 70. ubiegłego wieku, początkowo w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie Zachodniej. W krajach tych powstał silny ruch samopomocowy osób chorujących psychicznie. Obecnie używa on wielu nazw: „użytkownicy psychiatrii”, „ocaleń z psychiatrii”, „ekspacjenci” lub „eksperci przez doświadczenie”. To ostatnie określenie wydaje się być szczególnie ważne dla nowego zdefiniowania celów rehabilitacji. Możemy założyć, że to właśnie „eksperci przez doświadczenie” wiedzą najwięcej o specyfice choroby, radzeniu sobie z objawami i oczekiwaniach wobec rehabilitacji⁹.

Środowisko osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego zainicjowało dyskusję o procesie zdrowienia – obecnie jednym z najbardziej istotnych terminów określających nowe horyzonty w leczeniu i rehabilitacji osób chorujących psychicznie. Drugim, bardzo blisko związanym z nim pojęciem jest „umacnianie”, będące swoistym narzędziem przydatnym we wspieraniu procesu zdrowienia.

⁸ D. L. Roberts, D. L. Penn, *Social cognition and interaction training in outpatients with schizophrenia: a preliminary study*, „Psychiatry Research” 2009, Nr 166, s. 141–147(a); M. Casaccia, M. Mazza, R. Roncone, *Theory of mind, social development and psychosis*, „Current Psychiatry Reports” 2004, Nr 6, s. 183–189

⁹ C. Brown, M. Rempfer, E. Hamera, *Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2008, Nr 32, s. 23–31

Pojęcie „proces zdrowienia” powstało w opozycji do utrzymującego się przez wiele lat wśród profesjonalistów i w świadomości społecznej przekonania, że z chorób psychicznych nie można wyzdrowieć i należy się spodziewać jedynie pogarszania funkcjonowania osób na nie chorujących. Zdrowienie w chorobach psychicznych nie jest prostym rezultatem leczenia, nie polega na powrocie do stanu sprzed zachorowania. Jest natomiast długotrwałym procesem obejmującym wiele małych kroków stawianych w różnych aktywnościach życiowych. „Zdrowienie” należy więc rozumieć jako proces, w którym chorzy odzyskują zdolność do samodzielnego życia, pracy, nauki oraz udziału w życiu społeczności. Cele i przebieg procesu zdrowienia mogą być odmienne dla różnych osób. Zdrowienie z chorób psychicznych stanowi samoorganizujący się proces kompensacji trudności i deficytów, niezależnie od tego, czy symptomy choroby utrzymują się, czy też nie¹⁰. Powrót do zdrowia jest więc osobistym procesem zmiany postaw, wartości i ról. Umożliwia on prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą¹¹.

Upodmiotowienie osób chorujących psychicznie oraz wzmacnianie ich funkcjonowania to podstawa nowoczesnego systemu rehabilitacji osób chorych psychicznie. Powrót do społeczności oraz przywrócenie nadziei na satysfakcjonujące życie stanowią główne cele podejmowanych działań. Podstawą jest tu odwoływanie się do pozytywnych aspektów funkcjonowania i potencjalnych możliwości tkwiących w osobie chorującej. Instrumentem, który może doprowadzić do ich uruchomienia, jest ich umacnianie. Ma ono dwa wymiary. W pierwszym pojmowane jest w kontekście indywidualnym („samoumacnianie”) i ma na celu uzyskanie poczucia kontroli nad swoim życiem oraz samorealizację. Istnieje również w kontekście społecznym (związanym z instytucjami i programami) i odnosi się do niwelowania barier w osiągnięciu celów życiowych oraz do wspomagania nieformalnych lub formalnych sieci społecznych. W obu przypadkach efektem umacniania ma być uzyskanie autonomii i odpowiedzialności. Umacnianie daje osobom chorującym nadzieję na samorealizację, rozwój oraz satysfakcjonujące życie pomimo ograniczeń, jakie niesie ze sobą przeżycie zaburzeń psychicznych. Idea umacniania odwołuje się do wewnętrznych i zewnętrznych zasobów. To, co wydaje się najistotniejsze w modelu umacniania, to nacisk na przywrócenie nadziei na satysfakcjonujące życie oraz przeciwdziałanie wykluczeniu¹².

¹⁰ N. Jacobson, D. Greenley, *What is recovery? A conceptual model and explication*, „Psychiatric Services” 2001, Nr 52(4), s. 482–485

¹¹ W. Anthony, E. Rogers, M. Farkas, *Research on evidence – based practices: future directions in an era of recovery*, „Community Ment Health J” 2003, Nr 39, s. 101–114

¹² P. Deegan, *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities*, „Social Work in Health Care” 1997, Nr 25(3), s. 11–24; L. Dawidson, T. Schmutte, T. Dinzeo i in., *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*, „Schizophrenia Bulletin” 2008, Nr 34(1), s. 5–8; J. Turner-Cowson, J. Wallcraft, *The recovery vision for mental health services and research: a British perspective*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2002, Nr 25, s. 245–254

Warto dodać, że podstawowe tezy związane z procesem zdrowienia nie są jedynie teoretycznymi rozważaniami, lecz stanowią już dziś podstawę praktycznych rozwiązań w organizacji systemów leczenia i rehabilitacji w Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach¹³.

Środowiskowe systemy wsparcia

Wspieranie procesu zdrowienia i umacnianie jako podstawowe cele programów rehabilitacji dla osób chorujących psychicznie są realizowane obecnie również w Polsce. Odbywa się to poprzez niemedyczne środowiskowe programy wsparcia. Należy do nich zaliczyć:

– **Środowiskowe Domy Samopomocy.** Dzielne ośrodki zapewniające rehabilitację społeczną i oparcie. Ich programy bazują na treningach umiejętności społecznych, terapii zajęciowej oraz różnych formach aktywizacji społecznej. Placówki te nastawione są w największym stopniu na podtrzymanie chorych w ich funkcjonowaniu społecznym oraz zapobieganiu hospitalizacji.

– **Ośrodki Wsparcia.** Dzielne placówki o profilu zbliżonym do ŚDS. Oferta zawiera w sobie wsparcie psychologiczne, kompensowanie sieci społecznych oraz terapię zajęciową. Nakierowane są przede wszystkim na podtrzymanie funkcjonowania w społeczności lokalnej poza całodobowymi placówkami psychiatrycznymi i opiekuńczymi.

– **Warsztaty Terapii Zajęciowej.** Dzielne ośrodki przygotowujące do podjęcia zatrudnienia. Oferują dość intensywny program rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Zawierają elementy wsparcia zawodowego polegające na doradztwie zawodowym i pomocy w zdobywaniu miejsc pracy. Ich program jest bardziej intensywny niż w ŚDS lub OW. Podstawę stanowi nacisk na nabywanie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia pracy.

– **Kluby.** Oferują możliwość zagospodarowania wolnego czasu oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Programy te są zwykle niezbyt intensywne w sposobie realizacji i łatwo dostępne. Działają zazwyczaj w godzinach popołudniowych. Formy udzielanego wsparcia są w nich zróżnicowane: pomoc psychologiczna, organizacja wolnego czasu, wspólne spędzanie świąt, możliwość zjedzenia posiłku, skorzystanie z komputera lub pralki.

– **Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze.** Program adresowany głównie do osób przejawiających duże trudności w funkcjonowaniu społecznym. Realizowany poprzez regularne wizyty domowe terapeutów. Obejmuje szeroki zakres działań, zawierający pomoc w przełamywaniu izolacji, interwencje kryzysowe oraz wspieranie w procesie leczenia.

¹³ C. Brown, M. Rempfer, E. Hamera, *Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2008, Nr 32, s. 23–31

– **Chronione Zakwaterowanie.** Dostępne w formie hosteli lub mieszkań chronionych. Zapewniają bezpieczne miejsce do życia oraz wsparcie terapeutów. Pozwalają na pobyt w dłuższym lub krótszym (treningowym) okresie. Zwykle stanowią fundament dla uczestnictwa w innych programach oparcia.

– **Programy Aktywizacji Zawodowej.** Obejmują szeroką gamę działań: od punktów aktywizacji zawodowej oferujących pomoc w zakresie poszukiwania miejsc pracy, diagnozę zawodową i pomoc psychologiczną aż do kompleksowych projektów umożliwiających zatrudnienie¹⁴.

Wymienione powyżej programy są w znacznym stopniu zróżnicowane, zarówno pod kątem intensywności, jak i czasu trwania. Wybór określonego programu zależy od potrzeb i od możliwości osoby chorującej. Dlatego niezwykle ważna jest wstępna diagnoza psychospołeczna osoby, która poszukuje wsparcia.

Programy środowiskowe można podzielić na dwie grupy pod względem ich celów operacyjnych. Pierwsze są nakierowane na podtrzymanie bieżącego funkcjonowania i zapobieganie hospitalizacji. Są niezbyt intensywne w sposobie realizacji i ostrożnie dozują aktywizację społeczną. Należą do nich Środowiskowe Domy Samopomocy, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze i Kluby. Do programów nastawionych na większą intensywność oddziaływań i silniejszą aktywizację zaliczają się Warsztaty Terapii Zajęciowej, Mieszkania Chronione oraz Programy Aktywizacji Zawodowej.

Cele stawiane przed środowiskowymi programami wsparcia są zdecydowanie bardziej szerokie i kompleksowe niż w tradycyjnych programach rehabilitacji psychiatrycznej, takich jak trening umiejętności społecznych lub poznania. W ich przypadku chodzi jedynie o kompensowanie deficytów, które – według założeń poszczególnych treningów – wywoływane są przez chorobę. Mają więc dość ograniczone i wąskie cele. W przypadku środowiskowych programów wsparcia mamy natomiast do czynienia z kompleksowo określonymi celami. Najbardziej ogólnie można określić je jako wspieranie procesu zdrowienia. Nie chodzi więc o usunięcie jakiegoś konkretnego deficytu funkcjonowania lub odbudowę utraconych umiejętności. Cele można, w ich przypadku, określić jako szeroko rozumianą poprawę jakości życia. Posługując się językiem psychologii pozytywnej, można stwierdzić, że chodzi o wzmacnianie możliwości do prowadzenia „dobrego życia” poprzez stworzenie struktury dnia, dostęp do treningów, poradnictwo psychologiczne, wsparcie indywidualne i grupowe, wzmocnienie kompetencji zawodowych.

Celem nowocześnie rozumianej rehabilitacji osób chorujących psychicznie jest więc wzmocnienie ich zdolności do samodzielnego życia w społeczności lokalnej poza instytucjami totalnymi. Jak już wspomniano, naczelnym celem wszystkich podejmowanych w ramach środowiskowych programów wsparcia działań

¹⁴ P. Bronowski, *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie*, Warszawa, Akademia Pedagogiki Specjalnej, 2012, s. 79–80

jest poprawa jakości życia. W ostatnim czasie kwestia jakości życia jest podkreślana szczególnie często w odniesieniu do osób chorujących psychicznie. To pojęcie bardzo szerokie, w skład którego wchodzi wiele elementów. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim poziom funkcjonowania społecznego oraz indywidualne sieci społeczne. Podkreśla się również kontrolę objawów choroby oraz kwestie bytowe, wśród których możliwość samodzielnego zamieszkania uważa się za szczególnie istotną. Należy dodać, że środowiskowe programy wsparcia wykazują się największą skutecznością, gdy działają w sposób systemowy. Oznacza to, że w jednej społeczności lokalnej funkcjonują wszystkie wymienione powyżej programy. Umożliwia to precyzyjne dobranie rodzaju i intensywności oddziaływań rehabilitacyjnych w odniesieniu do potrzeb i możliwości osób poszukujących wsparcia.

Badania dotyczące efektywności systemów wsparcia środowiskowego wykazały, że chorujące na schizofrenię osoby w nich uczestniczące dysponują licznymi sieciami społecznymi, lepszym poziomem funkcjonowania społecznego oraz wyższym deklarowanym poziomem jakości życia w porównaniu z chorymi, którzy w takich programach nie uczestniczyli¹⁵.

Trzeba podkreślić, że ważne programy wsparcia są realizowane dzięki Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Należy wymienić tu przede wszystkim Warsztaty Terapii Zajęciowej oraz Programy Aktywizacji Zawodowej. Bez dostępu do nich trudno jest wyobrazić sobie skuteczne systemy wsparcia środowiskowego. To właśnie te działania są nastawione na intensywną aktywizację i uzyskanie trwałej samodzielności. Trzeba też pamiętać o innych oddziaływaniach realizowanych w ramach programów dofinansowywanych przez PFRON, nastawionych na podnoszenie kompetencji i kwalifikacji osób chorujących psychicznie. Można tu wymienić np. realizowany w Warszawie od wielu lat program szkoleniowy „ICAR” w zakresie obsługi komputerów, Internetu i tworzenia stron internetowych. Stanowi on kombinację oddziaływań edukacyjnych i psychologicznych, nastawionych na wzmacnianie funkcjonowania. Jego efektywność została potwierdzona w zakresie obu tych sfer¹⁶.

Nowoczesne podejście do rehabilitacji osób chorujących psychicznie powinno być szerokie i kompleksowe. Warto wyjść poza przestarzałe działania nakierowane jedynie na wąsko rozumiane usuwanie deficytów. Należy odwoływać się do pozytywów, mocnych stron i zasobów osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Zorientowane na wzmacnianie procesu zdrowienia niemedyczne programy wsparcia środowiskowego wydają się być najlepszą drogą do osiągnięcia samodzielności, poprawy jakości życia i satysfakcjonującego funkcjonowania w ramach społeczności lokalnej.

¹⁵ Tamże, s. 121

¹⁶ P. Bronowski, M. Sawicka, S. Kluczyńska i in., *The use of the Internet to break the mental disability*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2010, Nr 2, s. 73–77

Literatura

- Anthony W., Rogers E., Farkas M., *Research on evidence – based practices: future directions in an era of recovery*, „Community Ment Health J” 2003, Nr 39
- Bronowski P., *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie*, Warszawa, Akademia Pedagogiki Specjalnej, 2012
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S. i in., *The use of the Internet to break the mental disability*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2010, Nr 2
- Brown C., Rempfer M., Hamera E., *Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2008, Nr 32
- Brown G. W., Bone M., Dalison B. i in., *Schizophrenia and social care*, London, Institute of Psychiatry, 1966
- Casacchia M., Mazza M., Roncone R., *Theory of mind, social development and psychosis*, „Current Psychiatry Reports” 2004, Nr 6
- Dawidson L., Schmutte T., Dinzeo T. i in., *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*, „Schizophrenia Bulletin” 2008, Nr 34(1)
- Deegan P., *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities*, „Social Work in Health Care” 1997, Nr 25(3)
- Ellis R., *The asylum, the poor law and the growth of county asylums in nineteenth-century Yorkshire*, „Northern History” 2008, Nr 45(2)
- Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2011
- Harding C. M., Brooks G. W., Ashikaga T., *The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II Long term outcomes of subjects who respectively met DSM III criteria for schizophrenia*, „American Journal of Psychiatry” 1987, Nr 144
- Jacobson N., Greenley D., *What is recovery? A conceptual model and explication*, „Psychiatric Services” 2001, Nr 52(4)
- Lysaker P., Buck K., *Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications*, „Primary Psychiatry” 2008, Nr 15
- Roberts D. L., Penn D. L., *Social cognition and interaction training in outpatients with schizophrenia: a preliminary study*, „Psychiatry Research” 2009, Nr 166
- Thorncroft G., Tansella M., *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2010
- Turner-Cowson J., Wallcraft J., *The recovery vision for mental health services and research: a British perspective*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2002, Nr 25
- Twamley E. W., Vella L., Burton C. Z. i in., *Compensatory cognitive training for psychosis: Effects in a randomized controlled trial*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2012, Nr 73(9)
- Wykes T., Reeder C., *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: an introduction*, London, New York, Brunner Routledge, 2005