SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW DNIA CODZIENNEGO WYNIKAJĄCYCH Z DOŚWIADCZANIA PRZEWLEKŁEJ CHOROBY PSYCHICZNEJ – SCHIZOFRENII

WAYS OF SOLVING EVERYDAY PROBLEMS WHICH RESULT FROM CHRONIC PSYCHIATRIC DISEASE – SCHIZOPHRENIA

Patrycja Pięta

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.73>

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie sposobów, dzięki którym społeczne funkcjonowanie osób chorych na schizofrenię może zostać poprawione, a dobrostan psychiczny podwyższony. Opracowanie przedstawia problemy życiowe, z jakimi mogą spotkać się podczas codziennej aktywności osoby chore, oraz możliwości rozwiązywania tych problemów. Artykuł rozpoczyna się od krótkiego zdefiniowania wymienionej jednostki chorobowej. Następnie wyróżnione są dwie, uzupełniające się, metody radzenia sobie z chorobą i jej następstwami: model medyczny, który opiera się na leczeniu farmakologicznym, oraz model rehabilitacji psychiatrycznej opierający się na leczeniu środowiskowym. To właśnie drugi z modeli jest głównym tematem niniejszego opracowania. Ma on krótszą historię niż leczenie psychotropowe, warto mu się przyjrzeć, przedstawić główne założenia oraz podkreślić jego ogromny wpływ na poprawę codziennego życia osób chorych na schizofrenię. W artykule zaproponowano sekwencyjny program rehabilitacji. Podkreślono również rolę pielęgniarek, które mogą w znacznym stopniu przyczynić się do podwyższenia jakości życia osób chorych psychicznie.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby chore psychicznie, schizofrenia, rehabilitacja.

ABSTRACT

This article aims to present ways in which social functioning of people with schizophrenia can be improved, and mental well-being increased. The paper presents problems of life that mentally ill people can meet during daily activities and ways of solving them. The article begins with a brief definition of the said psychiatric disease. Then, the author highlights two complementary methods of coping with the disease and its consequences: the medical model, which is based on pharmacological treatment, and the psychiatric rehabilitation model based on environmental treatment. The second model is the main focus of this article. It has shorter history than psychotropic treatment. It is worth looking through, presents its main assumptions and emphasizes its enormous impact on improving daily life of people who suffer from schizophrenia. The article proposes a sequential program of rehabilitation. It also stressed the major role of nurses in improving schizophrenics patients' quality of life.

KEYWORDS: mentally ill persons, schizophrenia, rehabilitation.

Wprowadzenie

Tradycyjne klasyfikacje psychologiczne wymieniają trzy główne typy zaburzeń psychicznych: psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości [1]. Schizofrenia, zaliczana do grupy psychoz, wydaje się być jedną z najbardziej tajemniczych chorób psychicznych. Często jest nazywana „królową zaburzeń psychicznych”. Charakteryzuje ją wiele różnych, czasami niezrozumiałych i intrygujących objawów. Można je podzielić na „pozytywne” (np. urojenia, omamy) oraz „negatywne” (np. apatia, wycofanie z codzienności) [2]. Rozpowszechnienie schizofrenii jest podobne na całym świecie – wynosi około 1% populacji [2–5].

Jedną z najbardziej negatywnych konsekwencji doświadczania tej choroby jest trudność w codziennym, zwyczajnym funkcjonowaniu. Osoby chore psychicznie,

przede wszystkim te, które cierpią z powodu schizofrenii, osiągają niższy poziom przystosowania do dnia powszedniego (w porównaniu z osobami zdrowymi) [3–7]. Upośledzone funkcjonowanie osób cierpiących z powodu schizofrenii może mieć wpływ na wiele aspektów życia [8, 9]. Dlatego też naukowcy i praktycy kliniczni starają się znaleźć sposoby, dzięki którym uda się poprawić codzienność osób chorych.

Można powiedzieć, że opieka psychiatryczna udzielana osobom chorym psychicznie przeszła w XX wieku trzy rewolucje. Pierwsza, która nastąpiła mniej więcej 100 lat temu, jest związana z Zygmuntem Freudem i rozwojem psychiatrii psychodynamicznej. Druga, w latach 50. ubiegłego wieku, jest związana z wprowadzeniem leków psychotropowych. Trzecia natomiast, rozpoczą-

ta w drugiej połowie XX wieku na Zachodzie oraz na przełomie lat 80. i 90. w Polsce, dotyczy wprowadzenia leczenia środowiskowego osób chorych psychicznie [Cockerham, 2000; za: 10].

Jak wynika z powyższego, osoby cierpiące z powodu schizofrenii do niedawna były traktowane jako chorzy, którym należy jedynie podać leki. W wyniku tego udaje się niwelować w pewnym stopniu objawy chorobowe. Pojawiają się jednak skutki uboczne przyjmowania leków (np. obojętność), które mogą być podobne do części objawów. Jest to więc pewnego rodzaju błędne koło. Oczywiście leki psychotropowe nie są niepotrzebne, wydaje się nawet, że są konieczne, szczególnie w ostrym epizodzie chorobowym. Nie są one jednak wystarczające, biorąc pod uwagę dobrostan osoby chorej [11]. Dlatego też osoby cierpiące z powodu schizofrenii, dopiero niedawno, zaczęto traktować także jako osoby niepełnosprawne, a więc potrzebujące rehabilitacji, pomocy w przystosowaniu do otaczającego świata. Jest to trzecia z wymienionych rewolucji stanowiąca przedmiot niniejszego opracowania.

Z doświadczeń autorki niniejszego artykułu w kontaktach z osobami cierpiącymi z powodu chorób psychicznych, w tym schizofrenii, wynika, że wymieniane w opracowaniach naukowych negatywne konsekwencje doświadczania choroby psychicznej są często boleśnie odczuwane przez samych chorych. Nierzadko dostrzegają oni swą psychospołeczną niepełnosprawność oraz jej następstwa. Dlatego tak ważne wydaje się przedstawianie najnowszych doniesień naukowych dotyczących tej niezwykle złożonej problematyki oraz proponowanie kolejnych rozwiązań, dzięki którym przewlekła choroba psychiczna stanie się mniej uciążliwa dla ludzi, którzy najmocniej doświadczają wszystkich jej negatywnych następstw – czyli dla samych osób chorych psychicznie.

Warto także podkreślić, że bardzo ważny w procesie poprawy codzienności osób chorych wydaje się być personel pielęgniarstwa, który w znacznym stopniu jest zaangażowany w rehabilitację psychiatryczną. Pielęgniarka jest bowiem często jedną z kilku – kilkunastu osób należących do sieci społecznej osoby chorej na schizofrenię [12]. Pielęgniarka może być pewnego rodzaju „pomostem” pomiędzy farmakologią a rehabilitacją. Z jednej strony może podawać leki, z drugiej natomiast odgrywać bardzo ważną rolę podczas środowiskowego uzdrawiania.

Rehabilitacja psychiatryczna osób chorych na schizofrenię

Jak wynika z powyższego, ostatnie dziesięciolecie przyniosło rozwój alternatywnych, czy raczej uzupełniających, dla farmakoterapii możliwości terapeutycznych

w stosunku do osób chorujących psychicznie (w tym na schizofrenię).

Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest podniesienie jakości umiejętności poznawczych oraz społecznych, niwelowanie objawów ubocznych przyjmowanych leków [13]. Ideą tej formy pomocy jest więc przeciwstawienie się ograniczeniom wynikającym z choroby psychicznej, pomoc w wyznaczeniu celów życiowych, a następnie pomoc w ich realizowaniu. Ważne jest podkreślanie sensu życia, budowanie wiary, przeciwstawiając się objawom czy skutkom choroby [14]. Można powiedzieć, że rehabilitacja psychiatryczna powinna pomóc osobie niepełnosprawnej, chorej na schizofrenię, we włączeniu się w codzienne życie społeczne [15]. Wymienione założenia oraz cele w efekcie mają doprowadzić do wyższego poziomu zadowolenia z życia – kolejnego oczekiwanego rezultatu oddziaływań terapeutycznych [16].

Model medyczny, mający już długą tradycję, skupia się na symptomach chorobowych, stara się je niwelować poprzez interwencje lekarskie. Rehabilitacja psychiatryczna jest natomiast skoncentrowana na redukcji niepełnosprawności, na podkreślanu znaczenia odpowiedniego dostosowania się osoby chorej do jej codziennego środowiska. Połączenie tych dwóch typów oddziaływań jest bardziej efektywnym procesem terapeutycznym w porównaniu do wyłącznie leczenia farmakologicznego [17]. Niezwykle istotne jest to, aby taka rehabilitacja odbywała się w jak największym stopniu w codziennym środowisku osoby chorej. Skraca się więc do minimum hospitalizację całodobową na rzecz oddziałów dziennych czy leczenia środowiskowego [10].

Jak wspomniano, istnieją dane wskazujące na znaczącą poprawę ogólnego stanu cierpiącej z powodu schizofrenii osoby, która korzysta zarówno z farmakoterapii, jak i rehabilitacji psychiatrycznej [17]. Z doświadczeń autorki niniejszego opracowania wynika, iż czasami zdarza się jednak tak, że chorzy psychicznie czy ich rodziny wierzą w to, że pomoc w chorobie psychicznej mogą jedynie lekarz psychiatra oraz przepisane przez niego leki. Osoby chore, dotychczas biernie przyjmujące leki, mogą również bać się aktywnego zaangażowania się w proces terapeutyczny. Warto wówczas, aby ktoś z personelu medycznego (na przykład pielęgniarka) przedstawił w przystępny sposób dodatkową formę oddziaływań środowiskowych, które w znaczący, pozytywny sposób mogą wpłynąć na ogólne codzienne funkcjonowanie chorego.

Jeszcze raz należy podkreślić, że rehabilitacja psychiatryczna stawia sobie za cel podniesienie jakości życia osoby chorej psychicznie [14]. Działania takie można podjąć, kiedy objawy chorobowe nie występują w mocnym nasileniu. Należy pamiętać o tym, że schizofrenia najczęściej pojawia się w dorosłości [4]. Osoby chore

zazwyczaj mają za sobą przynajmniej jedną hospitalizację całodobową. Ta nowa sytuacja w ich życiu – objawy chorobowe oraz wszystko to, co w ich następstwie się dzieje – może prowadzić do pewnego zagubienia w otaczającym świecie. Po ostrym epizodzie chorobowym osoba cierpiąca z powodu schizofrenii często musi jakby na nowo spróbować nauczyć się codziennego funkcjonowania. Jest to duże wyzwanie zarówno dla chorego, jak i jego najbliższego otoczenia, ponieważ schizofrenia jest chorobą przewlekłą [18]. Mogą więc pojawiać się kolejne epizody nasilonych objawów. Ważne są więc wytrwałość oraz wiara w podejmowane działania w ramach rehabilitacji. To zaangażowanie musi występować zarówno ze strony osoby chorej, jak i jej najbliższego otoczenia. Wówczas szansa na kolejne małe sukcesy jest zdecydowanie większa. Co za tym idzie – osoby chore, mimo tego iż w pewnym stopniu niepełnosprawne psychicznie, będą mogły się cieszyć dniem powszednim.

Rehabilitacja osoby niepełnosprawnej psychicznie może być porównana do rehabilitacji osoby niepełnosprawnej fizycznie [19]. Powinna być więc długotrwała oraz stawiać sobie kolejne pośrednie cele, które w efekcie mają doprowadzić do sukcesu terapeutycznego. Można podać przykład kogoś, kto uległ wypadkowi samochodowemu, w efekcie czego ma problemy z poruszaniem nogami. Osoba taka nie próbuje zazwyczaj od razu przebiec maratonu. Podczas rehabilitacji kolejnymi sukcesami mogą być etapy: poruszanie palcami, samodzielne stawianie, chodzenie z pomocą, następnie samodzielne przejście kilku metrów, a dopiero po długotrwałych oddziaływaniach terapeutycznych zupełnie samodzielne poruszanie się czy nawet przebiegnięcie maratonu właśnie. Wiadomo jednak, że czasami, po poważnych uszkodzeniach, wrócenie do poprzedniej sprawności fizycznej może być niemożliwe.

Podobnie więc wydaje się być z osobami niepełnosprawnymi psychicznie. Można sobie wyobrazić osobę studiującą na trzecim roku kulturoznawstwo, która ma rodzinę oraz przyjaciół i okazuje się, że zachorowała na schizofrenię (oczywiście czasami już wcześniej mogą się pojawiać pojedyncze sygnały chorobowe, w zachowaniach i odczuciach, niewzbudzające jednak większego niepokoju zarówno osoby chorej, jak i jej otoczenia). A więc taka osoba, w wyniku doświadczeń związanych z chorobą pojawiającą się w dorosłym życiu (np. halucynacji, omamów, apatii, wycofania), a także w wyniku hospitalizacji, możliwych skutków ubocznych przyjmowanych leków oraz często poczucia braku zrozumienia ze strony nawet najbliższego otoczenia, staje się niepełnosprawna psychicznie. Rehabilitacja powinna więc często od podstaw wspomagać adaptację do otaczającego świata. Podobnie jak podczas rehabilitacji fizycz-

nej, rehabilitacja psychiatryczna powinna być dostosowana indywidualnie do konkretnej osoby.

W niniejszym opracowaniu zaproponowano sekwencyjny model rehabilitacji psychiatrycznej osób chorych na schizofrenię. To znaczy stopniowe usprawnianie kompetencji osoby cierpiącej z powodu choroby psychicznej oraz stopniowe ponowne włączanie jej w zwyczajną codzienność.

Wybrane problemy codzienności osób chorych na schizofrenię oraz sposoby przezwyciężania tych problemów

W niniejszym paragrafie bliżej przedstawiono wybrane, dotyczące codziennego funkcjonowania osób chorych na schizofrenię problemy, które mogą, przynajmniej w pewnym stopniu, zostać zmniejszone dzięki rehabilitacji psychiatrycznej. Są to psychospołeczne niedostosowania osoby chorej, z którymi musi sobie ona poradzić pomimo stosowanego leczenia psychofarmakologicznego [20], oraz negatywne odczucia, jakich może doświadczać podczas kontaktów społecznych. Będą to kolejno: deterioracja procesów poznawczych, obniżenie kompetencji społecznych, poczucie odrzucenia, bierność podczas wolnego czasu oraz trudność w podjęciu zatrudnienia. Należy podkreślić, że problemów dotyczących codzienności osób chorych psychicznie jest oczywiście więcej, w niniejszej pracy skupiono się jednak na tych najczęściej występujących.

Przed omówieniem powyższych trudności należy zaznaczyć, iż podczas rehabilitacji psychiatrycznej osoby chorej na schizofrenię ważną rolę odgrywają zarówno sama osoba chora, jak i osoby z jej najbliższego otoczenia. Są to lekarze, psychologowie, pielęgniarki czy pracownicy socjalni, a także bliscy członkowie rodzin. Trzeba również podkreślić, że to właśnie pielęgniarki często odgrywają zasadniczą rolę podczas realizowania usług na rzecz osób chorych. Często to właśnie one są największą częścią zespołu sprawującego opiekę nad osobą cierpiącą z powodu schizofrenii [21]. Ważne wydaje się, aby miały świadomość tego, jak istotna może być ich pomoc podczas rehabilitacji osoby chorej psychicznie.

Pierwszym z wymienionych problemów życia codziennego dotyczących osoby chorej na schizofrenię jest deterioracja procesów poznawczych [22, 23]. Jest to jeden z objawów chorobowych. Obniżenie funkcji poznawczych może jednak także być skutkiem przyjmowania zbyt dużej dawki leków neuroleptycznych [24]. Mowa tutaj o obniżeniu sprawności funkcjonowania uwagi, pamięci [25], funkcji wzrokowo-przestrzennych itd. Rehabilitacja w tym obszarze wydaje się być wyjątkowo ważna, ponieważ deficyty poznawcze są uznawane za objawy schizofrenii, które najbardziej upośledzają codzienną aktywność. Trening funkcji poznawczych jest

podstawą lepszej współpracy z osobą chorą [13]. Dlatego istotne wydaje się, aby zacząć od tej formy rehabilitacji. Może ona bowiem zapewnić większą efektywność kolejnych działań terapeutycznych.

Istnieje wiele rodzajów treningów poznawczych [26]. Jako przykład terapii podnoszącej omawiane kompetencje często podawana jest w literaturze terapia usprawniania poznawczego (ang. *cognitive remediation therapy* – CRT) [13, 27]. Jest to forma komputerowego treningu złożonego z zadań o rosnącej trudności. Zadania te dotyczą m.in. przetwarzania uwagi, pamięci, planowania, percepcji wzrokowo-przestrzennej. Przeciężny program CRT trwa 5 tygodni, podczas których organizowanych jest 10 sesji (40–60 min) [13]. Efektem stosowania CRT ma być polepszenie funkcji poznawczych lub przywrócenie ich do odpowiedniego poziomu [27]. Ten rodzaj rehabilitacji wymaga wglądu we własne procesy poznawcze, gotowości do zmiany przekonań, w efekcie rozwijając tzw. giętkość poznawczą. Dzięki tej terapii może zmniejszyć się lęk u osoby chorej na schizofrenię wywołany zniekształceniami poznawczymi. Terapia ta może również wpływać na wzrost samooceny osoby cierpiącej z powodu schizofrenii [13].

Biorąc pod uwagę zakładane efekty CRT, poprawa funkcjonowania poznawczego wydaje się być podstawą rehabilitacji psychiatrycznej. Usprawnienie pamięci, funkcji uwagi, spostrzegania jest konieczne do podejmowania dalszych działań terapeutycznych. Dodatkowo mniejszy lęk, a wyższa samoocena mogą leżeć u podstaw chęci zaangażowania się osoby chorej w kolejne kroki usprawniania psychospołecznego.

Obniżenie kompetencji społecznych to kolejny z wliczonych na początku paragrafu problemów dotyczących osoby chorej [28, 29]. Mowa tutaj o upośledzonych umiejętnościach rozpoznawania emocji, odpowiedniego interpretowania sytuacji społecznych [30], a co za tym idzie – o nieadekwatnych reakcjach na sytuacje zachodzące w codziennym życiu.

Jednym z oddziaływań rehabilitacyjnych, mogących wpływać na kompetencje społeczne, jest trening społecznego poznania i interakcji (ang. *social cognition and interaction training* – SCIT). Na trening ten składają się trzy etapy. Pierwszy skupia się na nauce rozpoznawania podstawowych emocji oraz ich związku z myśleniem czy zachowaniem. Drugi dotyczy rozumienia sytuacji społecznych, zmniejszania skłonności do automatycznych wniosków, a zwiększania przyzwolenia na wieloznaczność. Trzeci etap SCIT to próba analizy rzeczywistych trudnych sytuacji w codziennym życiu społecznym, w których pacjent brał lub bierze udział [13, 27]. Na SCIT składa się 18–24 sesji trwających od 45 do 60 min. Trening ten odbywa się w małych grupach.

Zaangażowanie w taki rodzaj treningu wydaje się być konieczne dla wielu osób chorych na schizofrenię.

Kompetencje nabyte podczas SCIT mogą mieć ogromny pozytywny wpływ na poprawę codzienności osoby chorej. Należy jednak zaznaczyć, że zarówno pierwsze z wymienionych oddziaływań (CRT), jak i drugie (SCIT) oraz wszystkie wymienione poniżej są przykładowe. Należy mieć na uwadze, że każdy człowiek jest inny. Choroba może mieć odmienne objawy, powodować różne deficyty. Dlatego bardzo ważne jest, aby program rehabilitacji był, w miarę możliwości, dopasowany do konkretnej osoby cierpiącej z powodu schizofrenii [27].

Trzecią z wymienionych trudności jest poczucie odrzucenia, dystansowania się otoczenia w stosunku do osoby chorej na schizofrenię [31]. Proces ten „polega na unikaniu wchodzenia w bliskie i nieformalne kontakty z osobami niepełnosprawnymi” [32]. Jest to jedna z najmniej pozytywnych społecznych reakcji na tę chorobę psychiczną. Osoba chora jest przez to odizolowana od świata, co oczywiście wpływa bardzo niekorzystnie na rehabilitację [33, 34]. Warto podkreślić, że „odsuwać się psychologicznie” od osoby cierpiącej z powodu schizofrenii mogą również jej najbliżsi, nawet członkowie rodziny [35].

Osoba chora mająca rozwinięte kompetencje poznawcze i społeczne oczywiście często odczuwa tę niechęć ze strony innych. Tutaj ważna może być pomoc pielęgniarki, która może stanowić pewnego rodzaju „łącznik” pomiędzy chorym a jego najbliższymi. Ważne na tym etapie jest zaangażowanie rodziny w działania terapeutyczne. Uświadomienie jej, że jest niezwykle istotna podczas rehabilitacji psychiatrycznej. Warto przeprowadzić dokładny wywiad na temat relacji z chorą osobą. Jeśli występują negatywne zachowania czy myśli w stosunku do osoby cierpiącej z powodu schizofrenii, należy zwrócić na nie uwagę. Należy podkreślić, że osoba chora powinna być traktowana podmiotowo, a nie przedmiotowo. Warto zainteresować rodzinę programami psychoedukacyjnymi, grupami samopomocy. Nie ulega wątpliwości, iż pojawienie się przewlekłej choroby psychicznej w rodzinie jest wyjątkowo złożonym problemem [31, 34, 36]. Bardzo ważne jest jednak dla chorego, niepełnosprawnego psychicznie członka rodziny wsparcie ze strony najbliższych, poczucie ich akceptacji, a nie odrzucenia. Dlatego tak istotne wydaje się włączenie ich w proces rehabilitacji.

Kiedy osoba chora poczuje się akceptowana przez najbliższych, rozumiana przez nich, zapewne łatwiej jej będzie poradzić sobie z kolejną z wymienionych trudności – biernością podczas wolnego czasu, brakiem aktywności towarzyskiej. Jest to niezwykle istotny aspekt życia w społeczeństwie. Umiejętność planowania aktywności w czasie wolnym jest uznawana za jedną z podstawowych zdolności, która może pomóc osobom chorym psychicznie w sposób prawidłowy funkcjonować w społeczeństwie [15]. Integracja społeczna jest

wymieniana jako jeden z celów rehabilitacji psychiatrycznej [Ekdawi i Conning, 1995; za: 37].

Często osoby chore, będąc na początku rehabilitacji, mając deficyty w podstawowych umiejętnościach czy kompetencjach oraz czując się odrzucone przez otoczenie, mogą nie szukać pomysłów na spędzanie wolnego czasu, być bierne towarzysko. Wydaje się jednak, że w wyniku wymienionych powyżej działań rehabilitacyjnych (usprawnienie poznawcze, poprawa umiejętności społecznych, wypracowanie poczucia akceptacji) zachęcenie osoby chorej na schizofrenię do próby zaplanowania wolnego czasu oraz do integracji społecznej może być łatwiejsze.

Jak napisano wcześniej, poszukiwanie kontaktów towarzyskich może mieć istotny wpływ na przebieg rehabilitacji [37]. Znalezienie przyjaciela może okazać się niezwykle ważnym, przełomowym momentem rehabilitacji. Do najbliższego otoczenia osoby chorej na schizofrenię należy personel medyczny czy terapeutyczny oraz rodzina [34] – osoby, które są mniej lub bardziej zaangażowane w rehabilitację. Często relacje te są spostrzegane jako asymetryczne – osoba chora może się czuć lub być postrzegana jako jedynie biorca [12]. Często brak w tej grupie zaufanych osób, przyjaciół. Wydaje się, że nawiązanie bliższej znajomości z osobą niezaangażowaną bezpośrednio w proces rehabilitacji może być bardzo ważnym, czasami nawet newralgicznym momentem w procesie usprawniania społecznego osoby niepełnosprawnej.

Ostatni z wymienionych problemów to bierność zawodowa. Temat braku zatrudnienia osób chorych psychicznie jest w ostatnich latach dość często poruszany w publikacjach naukowych [22]. Problem ten jest złożony. Tutaj oddziaływania terapeutyczne, dobre chęci, rozmowy, wsparcie najbliższych osób często nie są wystarczające. Potrzebne są kompetencje, które osoba chora może posiadać lub nabyć czy polepszyć w trakcie rehabilitacji. Konieczne jest jednak także często odpowiednie przygotowanie zawodowe, które – z racji tego, że schizofrenia najczęściej rozpoczyna się we wczesnej dorosłości, trudno zdobyć. Wydaje się jednak, że warto podjąć próbę oraz starania, aby wspomóc osobę chorą w podejmowaniu aktywności zawodowej. Zatrudnienie jest bowiem uznawane za niezwykle istotne w poprawie funkcjonowania osób chorych na schizofrenię [34, 38–40].

Rozwiązaniem może być praca chroniona. Istnieją zakłady pracy, które mają na uwadze chorobę psychiczną pracownika, dostosowują wymiar pracy do możliwości osoby chorej, mają także na uwadze to, że w pewnym momencie może nastąpić nasilenie objawów, co będzie związane z większą absencją. Tutaj bardzo waż-

ną rolę odgrywa również personel rehabilitacyjny, który ze względu na doświadczenie może wskazać miejsca, gdzie warto szukać zatrudnienia. W ośrodkach pomocowych dla osób chorych psychicznie często odbywają się także zajęcia grupowe dotyczące aktywizacji zawodowej, na których chorzy, razem z terapeutą, przeglądają ogłoszenia, dzielą się własnymi doświadczeniami, motywując w ten sposób siebie nawzajem. Niezwykle istotna jest obecność najbliższych osób, które mogą pomóc, zarówno udzielając wsparcia, jak i przeszukując razem z osobą chorą Internet czy asystując podczas telefonowania do potencjalnego pracodawcy. Nie ulega wątpliwości, że rehabilitacja zawodowa wpływa niezwykle korzystnie na jakość życia chorych [22].

Tak jak podkreślono wcześniej, w niniejszym opracowaniu nie wymieniono wszystkich problemów, z jakimi mogą spotkać się na swej codziennej drodze osoby chore na schizofrenię. Nie było tutaj mowy o uzależnieniach (np. od papierosów, ale też alkoholu czy narkotyków) [18], depresji [41, 42] czy współwystępujących chorobach somatycznych [18]. Z drugiej strony – nie wszystkie problemy wymienione w opracowaniu muszą dotyczyć każdego chorego. Co wydaje się być dość oczywiste, biorąc pod uwagę to, że wszyscy – chorzy czy zdrowi – różnimy się od siebie.

Celem niniejszego opracowania było przedstawienie rozwiązania najbardziej powszechnych problemów, które osoby chore na schizofrenię mogą spotkać w swojej codzienności. Problemów, które mogą ujemnie wpływać na poczucie dobrostanu psychicznego. Starano się także podkreślić, iż w procesie rehabilitacji osoby chorej psychicznie ogromne znaczenie ma jej najbliższe otoczenie. Ponowne, często powolne, odnajdywanie się na nowo w świecie społecznym jest możliwe dzięki profesjonalnej pomocy, ale też dzięki zwyczajnemu ludzkiemu wsparciu.

Warto jeszcze raz zaznaczyć, że proces rehabilitacji osoby niepełnosprawnej psychicznie powinien być dostosowany do każdej osoby indywidualnie. Różne mogą być objawy chorobowe, deficyty nią spowodowane, przyjmowane leki i ich dawki, a także sytuacja osobista osoby chorej. Przed przystąpieniem do procesu rehabilitacji należy wziąć te wszystkie czynniki pod uwagę. Rehabilitacja nie powinna być mechanicznym, rutynowym zespołem oddziaływań. Aby rzeczywiście realizowała ona swój cel, w jej centrum zawsze musi być dobro człowieka, który potrzebuje pomocy. Rehabilitacja psychospołeczna osób przewlekłe chorych psychicznie jest procesem, który wymaga ciągłych poszukiwań [43]. Istotne wydaje się także to, aby przebiegała ona etapowo. Dzięki temu będzie miała szansę w coraz większym stopniu poprawiać codzienność osób chorych na schizofrenię.

Podsumowanie

Omówione problemy dnia codziennego, z jakimi muszą się zmagać osoby chore na schizofrenię, jeszcze niedawno nie były brane pod uwagę podczas procesu pomagania tym osobom. W przeszłości skupiano się jedynie na redukcji objawów. Był to jedyny sposób podczas postępowania terapeutycznego. Okazało się jednak, że takie działania nie są wystarczające do poprawy dobrostanu psychicznego osób chorych. Dlatego też wprowadzono nową wizję człowieka chorego psychicznie, który wymaga obniżenia niepełnosprawności psychospołecznej oraz pomocy podczas adaptacji do codzienności. Nowe formy wsparcia mają na celu pomaganie w skutecznym funkcjonowaniu w środowisku [44].

W niniejszym artykule zaproponowano sekwencyjny model rehabilitacji psychiatrycznej, który zakłada stopniowe usprawnianie funkcjonowania psychospołecznego. Starano się także podkreślić rolę pielęgniarów w procesie usprawniania chorych na schizofrenię. Często stanowią one jedne z najbliższych osób chorego [12]. Ponadto w zespole terapeutycznym jest ich stosunkowo najwięcej. Łączą w sobie zdolności instrumentalne z humanistycznymi. Z jednej strony podają leki, z drugiej natomiast obserwują, doradzają zarówno osobie niepełnosprawnej, jak i jej najbliższemu [21]. Bardzo ważne wydaje się zbudowanie pomiędzy nimi, czyli dostarczającymi pomocy a pacjentami, a więc potrzebującymi pomocy, silnej relacji interpersonalnej [45]. Mogą się one przyczynić do osiągnięcia jednego z najważniejszych celów rehabilitacji psychiatrycznej – budowania wiary w sens życia [14].

W ostatnich latach odchodzi się od modelu, który zakłada długie hospitalizacje w szpitalach psychiatrycznych, na rzecz modelu podkreślającego zalety leczenia środowiskowego, na przykład na oddziałach dziennych czy w domach pomocy, a także w systemach zorganizowanego zakwaterowania i leczenia [46]. W związku ze zmieniającym się trendem można się domyślać, że zapotrzebowanie na pomoc pielęgniarów będzie systematycznie wzrastać.

Piśmiennictwo

1. Cierpiatowska L. Psychopatologia. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar; 2015.
2. Czabała CJ, Meder J, Sawicka M. Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: Strelau J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk: GWP; 2005. 583–604.
3. Jackowska E. Z badań nad naznaczeniem i wykluczeniem społecznym osób z problemami zdrowia psychicznego. *Prz Hum Pedagog Polit Filol.* 2009; 2: 15–29.
4. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2001.
5. Podbielska M. Przyczyny mniejszych szans życiowych osób chorujących na schizofrenię. *Prz Hum Pedagog Polit Filol.* 2009; 2: 31–40.
6. Chuchra M. Wybrane zagadnienia z problematyki schizofrenii. W: Chuchra M. Rodzina z dorosłym dzieckiem chorym na schizofrenię. Porównawcze studium koncepcji siebie i innych. Lublin: Wyd. KUL; 2010. 21–72.
7. Motak E. Uwarunkowania umiejętności społecznych w schizofrenii. *Psychiatr Pol.* 1997; 31(2): 285–294.
8. Lindenmayer J-P. Increasing awareness of patient functional impairment in schizophrenia and its measurements. *Prim Psychiatry.* 2008; 15(1): 88–93.
9. Wierzbński P, Strombek-Milczarek M, Szpilewska M, Wierzbńska A, Zdanowicz A, Florkowski A. Rzadkie powikłania elektrowstrząsów w przebiegu schizofrenii lekoopornej. *Curr Probl Psychiatry.* 2013; 14(1): 38–43.
10. Brodnjak WA, Welbel S. Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000–2002. *Post Psychiatr Neurol.* 2003; 12(4): 393–402.
11. Pawłowska B, Fijałkowska-Kiecka P, Potembska E, Domański M, Lewczuk E. Zmiany w zakresie funkcjonowania psychospołecznego u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii objętych rehabilitacją psychiatryczną. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(6): 1191–1202.
12. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Indywidualna sieć wsparcia społecznego osób przewlekle chorych psychicznie objętych środowiskowym programem rehabilitacji. *Post Psychiatr Neurol.* 2008; 17(4): 297–303.
13. Wilkos E, Tylec A, Kułakowska D, Kucharska K. Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatr Pol.* 2013; 47(4): 621–634.
14. Axer A, Johannsen C. Metody rehabilitacji w oddziałach psychiatrycznych dla pacjentów internowanych. *Post Psychiatr Neurol.* 1995; 4: 283–288.
15. Meder J, Kasperek B, Spirindow K. Ocena efektów zastosowania treningu „Powrót do społeczeństwa” w rehabilitacji osób chorych na schizofrenię leczonych lekami przeciwpsychotycznymi I i II generacji. *Post Psychiatr Neurol.* 2003; 12(1): 45–53.
16. Glynn SM. Psychiatric rehabilitation in schizophrenia: advances and challenges. *Clin Neurosci Res.* 2003; 3: 23–33.
17. Silverstein SM. Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: unresolved issues, current trends, and future directions. *Appl Prev Psychol.* 2000; 9: 227–248.
18. Gondek TM, Królicka A, Piotrowski P, Kiejna A. Europejskie badania nad umieralnością w schizofrenii. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(6): 1139–1148.
19. Starkey D, Flannery RB. Schizophrenia, psychiatric rehabilitation, and healthy development: a theoretical framework. *Psychiatric Q.* 1997; 68(2): 155–166.
20. Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2010; 12: 345–255.
21. Usher K, Grigg M. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Problemy i kierunki rozwoju. Warszawa: PTP; 2010.
22. Cybula-Fujiwara A, Merecz-Kot D, Walusiak-Skorupa J, Marcinkiewicz A, Wiszniewska M. Pracownik z chorobą psychiczną – możliwości i bariery w pracy zawodowej. *Med Pr.* 2015; 66(1): 57–69.
23. Kahn RS. Dlaczego Kraepelin miał rację: schizofrenia jako zaburzenie poznawcze. *Neuropsychiatr Neuropsychol.* 2014; 9(2): 41–47.
24. Corrigan PW. The effects of antipsychotic and antiparkinsonian medication on psychosocial skill learning. *Clin Psychol.* 1995; 2(3): 251–262.

25. Wiłkość M, Izdebski P, Zając-Lamparska L. Pamięć perspektywna – pojęcia, metody badania, podłoże neuroanatomiczne oraz jej deficyty w chorobach psychicznych. *Psychiatr Pol.* 2013; 47(2): 313–324.
26. Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, Kristensen CH, Grassi-Oliviera R. Executive functions rehabilitation for schizophrenia: a critical systematic review. *J Psychiatr Res.* 2013; 47: 91–104.
27. Linke M, Jarema M. Rehabilitacja poznawcza osób chorych na schizofrenię – najnowsze interwencje. *Psychiatr Pol.* 2014; 48(6): 1179–1188.
28. Człapa K, Wysok D, Rybakowski F. Deficyty poznania społecznego w zaburzeniach ze spektrum autyzmu – porównanie ze schizofrenią. *Neuropsychiatr Neuropsychol.* 2016; 11(1): 12–20.
29. Kurowska K, Kaczmarek M. Rola wsparcia i poczucia koherencji w zmaganiu się ze schizofrenią. *Psychiatr Psychol Klin.* 2013; 13(4): 239–249.
30. Parnowska D. Poczucie humoru w schizofrenii – zdolność do odbioru komizmu i możliwości jego wykorzystania w oddziaływaniach terapeutycznych. *Psychiatr Pol.* 2013; 47(5): 945–956.
31. Chuchra M. Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię. *Rocz Psychol.* 2009; 12(2): 103–128.
32. Kowalik S. Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Katowice: Wydawnictwo Śląsk; 1999.
33. Wciórka B, Wciórka J. Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię. Społeczne rozumienie słowa „schizofrenia”. Komunikat z badań. Badanie sondażowe przygotowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, zrealizowane przez CBOS. Warszawa: CBOS; 2002.
34. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatr Pol.* 2014; 48(6): 1201–1211.
35. Gonzales-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernández-Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42: 14–23.
36. Kordas W, Kokodyńska K, Kurtyka A, Sikorska I, Walczewski K, Bogacz J. Rodzina wobec schizofrenii – grupa psychoedukacyjna w programie pilotażowym. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(6): 1129–1138.
37. Meder J. Nowoczesne formy terapii chorych na schizofrenię. *Farmakoter Psychiatr Neurol.* 1996; 12(3): 57–61.
38. Ciałkowska M, Adamowski T, Kiejna A. Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007. *Psychiatr Pol.* 2009; 43(3): 313–322.
39. Higgins L, Dey-Ghatak P, Davey G. Mental health nurses' experiences of schizophrenia rehabilitation in China and India: A preliminary study. *Int J Ment Health Nurs.* 2007; 16: 22–27.
40. Kaszyński H. Praca i rehabilitacja zawodowa chorych na schizofrenię: wprowadzenie do modelu „firmy społecznej”. *Post Psychiatr Neurol.* 2003; 12(4): 435–447.
41. Potik D. Self psychology conceptualization of postpsychotic depression and recovery among paranoid schizophrenic patients. *Bull Menninger Clin.* 2014; 78(1): 70–86.
42. Skorupska-Król A, Hanarz B. Samoocena depresji wśród chorych na schizofrenię uczestniczących w programie rehabilitacji psychiatrycznej – doniesienia wstępne. *Psychiatria.* 2014; 11(1): 43–48.
43. Meder J. Ocena efektów zastosowania „Treningu radzenia sobie z objawami choroby” w rehabilitacji pacjentów chorych na schizofrenię. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2002.
44. Szczupał B. Aktywizacja społeczno-zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne. *Ann UMCS.* 2015; 28(1): 179–193.
45. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102(407): 6–10.
46. Axer A, Prot-Kinger K, Lech K. Mieszkania dla osób doświadczających choroby psychicznej – przykład Oregonu i Polski. *Post Psychiatr Neurol.* 2015; 24: 91–98.

Artykuł przyjęty do redakcji: 28.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.01.2017

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Patrycja Pięta
skr. poczt. nr 101
02-363 Urząd Pocztowy Warszawa 79
ul. Białobrzaska 22
tel. kom.: 733 426 959
e-mail: patrycja.pieta@op.pl
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny