

## Metody rehabilitacji w oddziałach psychiatrycznych dla pacjentów internowanych<sup>1)</sup>

*Rehabilitation methods in psychiatric units for interned patients*

ANDRZEJ AXER, CLIFFORD JOHANSEN

*Z Oregon State Hospital, Salem, USA*

**STRESZCZENIE.** Autor opisuje praktyczne zasady postępowania rehabilitacyjnego w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi internowanych w jednym ze stanowych szpitali psychiatrycznych w USA (Oregon State Hospital) z powodu popełnienia czynów zabronionych przez prawo. Omawia podstawy i ocenia skuteczność stosowanych treningów umiejętności społecznych (red.)

**SUMMARY.** The authors describe rehabilitation methods used in their work with mentally disordered patients interned in one of US state mental hospitals (the Oregon State Hospital) for perpetration of acts forbidden by law. The rationale of social skills training modules is discussed and their effectiveness is evaluated (Eds.).

---

**Słowa kluczowe:** internowanie z powodu zaburzeń psychicznych / trening umiejętności społecznych / rehabilitacja psychiatryczna

**Key words:** Key words: internment due to mental disorders / social skills training / psychiatric rehabilitation

---

### WPROWADZENIE

Cele, założenia i metody rehabilitacji psychiatrycznej wydają się, przynajmniej na pozór, bardzo odległe od misji, jakiej służy internowanie chorych psychicznie w zamkniętych oddziałach psychiatrycznych. Propozycja stosowania metod rehabilitacji w tych oddziałach może budzić wątpliwości u każdego rozsądnie myślącego klinicysty lub administratora psychiatrycznej służby zdrowia.

### Rozbieżności celów

Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest ułatwienie osobom poważnie chorym psychicznie wyboru i realizacji ich aspiracji życiowych pomimo barier wynikających z choroby. Budowanie wiary w sens życia, wbrew nieraz katastrofalnym skutkom choroby psychicznej, jest zasadniczą cechą tej misji.

Celem internowania w oddziałach psychiatrycznych jest leczenie chorych psychicznie, zwolnionych od odpowiedzialności karnej za przestępstwo (*acquitted of crime*) oraz zapewnienie bezpieczeństwa społeczności, w której czyn został popełniony. Publiczne stereotypy dotyczące "niebezpiecznego dla otoczenia szaleńca" wpływają na decyzje o warunkowym zwolnieniu z tych oddziałów w stopniu nie mniejszym niż potrzeby lecznicze pacjentów.

### Różnice w założeniach postępowania

Rehabilitacja psychiatryczna opiera się na założeniu współpracy pomiędzy pacjentem i terapeutą. Chorzy są zachęceni do aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji w sprawie własnego leczenia. Podkreśla się znaczenie ich odpowiedzialności i korzyści płynących z samopomocy. Założenia rehabilitacji są nacechowane optymizmem i skierowane ku przyszłości.

---

<sup>1)</sup> Artykuł ten jest tłumaczeniem uaktualnionej wersji referatu wygłoszonego na sympozjum poświęconym zagadnieniom psychiatrii sądowej w Stanach Zjednoczonych, które odbyło się w Portland, Oregon, w listopadzie 1993 roku.

Dla porównania postępowanie z chorymi psychicznie w oddziałach dla internowanych opiera się na zasadzie ścisłego podporządkowania. Postulacjom w spełnianiu poleceń personelu uprawnia chorego do korzystania z przywilejów dostępnych wewnątrz instytucji. Zakłada się również, że im dłużej internowany unika wykroczeń w stosunku do norm oddziału, tym mniejsze ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa. Ocena tego ryzyka opiera się głównie na analizie przestępczego zachowania w przeszłości i względnie stałych cech osobowości chorego. Postępowanie z pacjentami internowanymi bywa więc przedsięwzięciem nacechowanym pesymizmem.

### Odmienność metod

Metody rehabilitacji psychiatrycznej polegają na asystowaniu pacjentom w wyborze znaczących celów życiowych oraz na towarzyszeniu im w realizacji tych celów. Dokonuje się tego poprzez uczenie przydatnych w życiu sprawności oraz mobilizowanie oparcia dla pacjenta ze strony znaczących dla niego osób. Metody rehabilitacji są stosowane w realiach zbliżonych do warunków codziennego życia. Przynajmniej część treningu prowadzi się w środowisku pacjenta.

Metody stosowane w postępowaniu z chorymi internowanymi obejmują leczenie farmakologiczne, czasem w połączeniu z formą psychoterapii, oddziaływaniami edukacyjnymi i rekreacją. Niekiedy pacjenci poddawani są specjalnej formie rehabilitacji zmierzającej do ujawnienia "błędów w ich przestępczym myśleniu" (*criminal thinking errors*) [11]. Metody te stosowane są w maksymalnie restryktywnym środowisku instytucji.

### Bariery organizacyjne

Przeszkody w prowadzeniu rehabilitacji w oddziałach dla internowanych są także pochodną trudności, z którymi boryka się większość oddziałów szpitalnych dla chorych psychicznie w sektorze publicznym. Instytucje te są często

przedmiotami decyzji politycznych podejmowanych bez porozumienia z administracją szpitali [8]. Urzędnicy na różnych szczeblach hierarchii szpitalnej uginają się pod brzemieniem regulaminów, sprawozdawczości i formalnych wymogów związanych z akredytacją szpitala. Nie są w tych warunkach skłonni do podejmowania ryzyka. Przywiązują większą wagę do zachowania istniejących programów klinicznych niż do popierania innowacji [9].

Skuteczne programy rehabilitacyjne wymagają od personelu klinicznego cierpliwości w tolerowaniu powolnego tempa poprawy u chorych. Tymczasem terapeuci bywają często zaskakiwani decyzjami administracji szpitalnej, podejmowanymi bez konsultacji z nimi. Wywołuje to niepokój i frustracje. Do zniechęcenia i poczucia bezradności personelu przyczynia się również ich niedostateczne przygotowanie do pracy z pacjentami chronicznymi [4].

## INTERNOWANI CHORZY PSYCHICZNIE W OREGONIE

W Oregon chorzy psychicznie, którzy z powodu zniesionej poczytalności nie zostają uznani za winnych popełnionego przestępstwa (*acquitted of crime*), przekazywani są pod kuratelę specjalnej komisji, *Psychiatric Security Review Board* (PSRB), mającej za zadanie ochronę bezpieczeństwa publicznego [2]. Komisja ta decyduje zarówno o internowaniu w szpitalu jak i o warunkowym zwolnieniu. Kuratela PSRB rozciąga się na czas odpowiadający długości hipotetycznego wyroku sądowego, gdyby chory odpowiadał przed sądem za swój czyn. W skład komisji wchodzi klinicyści spoza szpitala (w tym lekarz psychiatra), prawnicy (w tym przedstawiciel prokuratora stanowego) oraz reprezentanci lokalnej społeczności (nie związani ani z psychiatrią ani z prawem). Każdy internowany ma prawo do przesłuchania przed PSRB co sześć miesięcy. Przesłuchania odbywają się zawsze w obecności adwokata reprezentującego interesy pacjenta. W przypadku udzielenia zgody na zawieszenie internowania, PSRB decyduje o zakresie ograniczenia

wolności i stopniu kontroli, jakim poddany będzie pacjent w społeczności. Plan warunkowego zwolnienia określa między innymi miejsce i warunki zamieszkania, rodzaj i częstotliwość kontaktów ambulatoryjnych oraz listę zakazanych aktywności (np. spożywania alkoholu, prowadzenia pojazdów mechanicznych, kontaktowania się z niektórymi osobami lub podróżowania poza granice stanu). Brak subordynacji wobec takiego planu karany jest cofnięciem warunkowego zwolnienia.

Szpital stanowy w Salem (Oregon) ma 486 łóżek w programie psychiatrii sądowej. Najliczniejszą grupę stanowią chorzy znajdujący się pod kuratelą PSRB (56.4%). Pozostałe grupy to pacjenci przeniesieni ze stanowego więzienia w wyniku nasilenia zaburzeń psychicznych (30.4%), oskarżeni niezdolni z powodu choroby do reprezentowania siebie w sądzie (6%), przestępcy seksualni sądowo zobowiązani do leczenia szpitalnego (4.5%) oraz pacjenci wymagający szczególnego dozoru, skierowani do szpitala w ramach postępowania cywilnego (2.7%). Rozpoznanie w tej populacji obejmują schizofrenię (27.1%), psychozy schizoafektywne (8.8%) i choroby afektywne dwubiegunowe (6.8%). Wśród chorych pod kontrolą PSRB 82.7% cierpi na zaburzenia psychotyczne, w tym 48.1% na schizofrenię, według diagnostycznych kryteriów DSM-IV.

## TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH W ODDZIAŁACH PSYCHIATRII SĄDOWEJ

Na przełomie lat osiemdziesiątych przeprowadzono sondaż sytuacji chorych internowanych w szpitalu stanowym w Salem [3]. Jedną z podstawowych obserwacji dotyczyła rosnącej liczby osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, które nie mogły być warunkowo zwolnione ze szpitala z powodu wysokiego prawdopodobieństwa nawrotu objawów i oczywistej niezdolności do radzenia sobie z chorobą.

Ta obserwacja skłoniła administrację szpitalną do zainteresowania się metodami treningu umiejętności społecznych, które kładą nacisk

na budowanie u chorego zaufania do samego siebie, uczą samodzielności i zarazem przygotowują do korzystania z pomocy, kiedy zachodzi taka potrzeba. Jest to metoda o empirycznie sprawdzonej przydatności w leczeniu schizofrenii i innych poważnych zaburzeń psychicznych [1, 5]. Pozwala na pokonanie barier w uczeniu, na które napotykać osoby chore psychicznie. Trening umiejętności społecznych wydaje się również prostszy i przez to łatwiejszy w stosowaniu niż inne formy terapii [6].

## Programy treningowe dla pacjentów

W szpitalu w Salem zdecydowano się na zastosowanie programów treningowych opracowanych przez Ośrodek Rehabilitacji Psychiatrycznej przy Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles. Sprawdziły się one bowiem w rozmaitych placówkach leczniczych, nie wyłączając oddziału psychiatrycznego ulokowanego w jednym z kalifornijskich więzień [5, 7].

Dwa z tych programów wydawały się szczególnie przydatne. Jeden uczy aktywnej współpracy w leczeniu farmakologicznym (*Medication Self-Management Module*), drugi przygotowuje do udziału w kontrolowaniu objawów chorobowych (*Symptom Self-Management Module*). Oba programy składają się z podręcznika dla trenera, zeszytu z ćwiczeniami dla pacjenta, kasy video oraz przewodnika do całości zestawu [5]. Podręcznik dla trenera omawia drobniogowo, co musi być powiedziane i wykonane w trakcie kolejnych zajęć, aby proces uczenia przebiegał skutecznie. Zeszyt dla pacjenta obejmuje zwięzłe podsumowania, opisy praktycznych ćwiczeń, formularze do prowadzenia samoobserwacji oraz miejsce na notatki. Kaseca video przedstawia systematycznie konkretne umiejętności będące przedmiotem treningu. Przewodnik do całości zestawu informuje przyszłego użytkownika o wymogach związanych ze stosowaniem treningu.

Programy UCLA podzielone są na zakresy tematyczne. Dla przykładu, trening w kontrolowaniu objawów chorobowych (*Symptom Self-Management*) składa się z czterech zakresów.

Pierwszy dotyczy rozpoznawania objawów zwiastunowych (*personal warning signs*), drugi uczy zwracania się o pomoc, gdy te objawy nasilają się, trzeci obejmuje metody kontrolowania objawów przewlekłych (*persistent symptoms*), wreszcie czwarty zawiera metody unikania alkoholu i narkotyków. Oczekiwania w stosunku do uczestników treningu opisane są bardzo szczegółowo. Dla przykładu pacjent ćwiczący zwracanie się o pomoc musi umieć poinformować lekarza o rodzaju i nasileniu objawów zwiastunowych, krótko opisać okoliczności prowadzące do tego nasilenia i grzecznie podziękować za uzyskaną pomoc. Od ćwiczącego oczekuje się także dobrego kontaktu wzrokowego z lekarzem i mówienia w sposób słyszalny.

W każdym z zakresów tematycznych stosuje się te same siedem aktywności. We wprowadzeniu trener podkreśla korzyści płynące z konkretnej umiejętności. Po tym następuje demonstracja video i ćwiczenia polegające na odgrywaniu ról. Trener stosuje proste instrukcje, modelowanie i udziela pochwał za drobne nawet postępy ćwiczących. Dwie kolejne aktywności służą mobilizacji środków (*resource management*) i przygotowują do pokonywania barier (*outcome problem-solving*) w stosowaniu nowych umiejętności w codziennym życiu. Celem dwóch ostatnich aktywności - ćwiczeń w warunkach naturalnych i zadań domowych (*in-vivo i homework assignments*) jest zastosowanie nowych umiejętności poza miejscem treningu.

## Szkolenie personelu

Szkolenie personelu szpitalnego prowadzono w trzech etapach. Rozpoczęto je od ogólnego przeglądu założeń i metod rehabilitacji dla wszystkich pracowników programu psychiatrii sądowej. Dwugodzinne wprowadzenie połączone z dyskusją było naturalnym sposobem wyłowienia osób zaciekawionych nowymi propozycjami kontaktu z pacjentami. W drugim etapie szkoleniem objęto personel trzech oddziałów z najwyższym odsetkiem internowanych cierpiących na poważne zaburzenia psy-

chiczne (psychozy). Specjalista rehabilitacji psychiatrycznej (pierwszy autor) spędził pół dnia z zainteresowanym personelem każdego oddziału. Czterogodzinne zajęcia warsztatowe poświęcone były przeglądowi treści wybranych programów treningowych (*Medication and Symptom Self-Management Modules*) oraz omówieniu szczegółów związanych ze stosowaniem ich w oddziale. W trzecim etapie, szpitalny specjalista prowadził zajęcia dla pacjentów wspólnie z zainteresowanym personelem. Przyszli trenerzy z początku obserwowali jedynie bardziej doświadczoną koleżkę. Pod koniec cyklu treningowego trwającego od 3 do 5 miesięcy, większość z nich była zdolna do prowadzenia następnego cyklu zajęć samodzielnie. Dokładność przyszłych trenerów w stosowaniu zalecanych strategii uczenia sprawdzana była wielokrotnie przy użyciu specjalnego inwentarza opracowanego w UCLA (*Therapist's Fidelity Evaluation Scale*) [10]. Informacje zwrotne z tych obserwacji przekazywane były początkującym trenerom bezpośrednio po zakończeniu każdej sesji.

## Efekty programów treningowych w ocenie personelu

Pomiędzy 1991 i połową 1995 roku 35 osób personelu ukończyło z sukcesem opisane wyżej szkolenie. Wśród nich było 3 psychologów, 8 pielęgniarek, 22 terapeutów oddziałowych (pełniących rolę pomocy pielęgniarskich), 3 pracowników socjalnych oraz 1 lekarz psychiatra. Wszyscy otrzymali dyplomy uprawniające do samodzielnego prowadzenia treningu.

Spośród nich 32 osoby wzięły udział w sondażu opinii na temat odbytego szkolenia. Większość respondentów była bardzo lub dość zadowolona z zaproszenia do aktywnego udziału w programie, z praktycznych demonstracji metod treningu oraz otrzymanych instrukcji. Wszyscy byli zgodni, że drobiazgową procedura treningu i wielokrotne powtarzanie tych samych ćwiczeń są pomocne w przezwyciężaniu barier poznawczych u pacjentów. Dla większości prowadzenie treningu było połączone z

przyjemnością i nawet z zabawą. Kilka osób było zgodnych co do tego, że najważniejsze dla trenera jest poczucie humoru, bezpośredniość i własny entuzjazm. Wśród korzyści dla pacjentów wymieniano najczęściej wzrost zaufania do samego siebie i dumę z osiągniętych w treningu sukcesów.

Aktywny, stanowczy lecz pełen pozytywnych wzmocnień styl uczenia był dla personelu oddziałów psychiatrii sądowej alternatywą w stosunku do bardziej konfrontacyjnego traktowania pacjentów. Na początku szkolenia przyszli trenerzy mieli kłopoty w udzielaniu konkretnych pochwał. Stopniowo przekonywali się jednak, że tworzenie bezpiecznego klimatu opartego o zasadę wzajemnej pomocy i rozwiązywania problemów jest koniecznym warunkiem w procesie uczenia. Ostatecznie, szkoleni terapeuci przyswoili sobie umiejętności dostrzegania mocnych stron pacjenta i ignorowania drobnych wykroczeń. Zaczęli również zapobiegać sytuacjom prowadzącym do próby sił z pacjentem, co w oddziałach psychiatrii sądowej zdarza się z zasady częściej niż w oddziałach mniej restryktywnych.

Jeden z terapeutów przytoczył następującą anegdotę ilustrującą, w jaki sposób nowe doświadczenia pomogły mu uniknąć konfliktu z pacjentem. Pacjent ten nie był w stanie odrobić "zadania domowego" w ramach treningu aktywnego udziału w leczeniu farmakologicznym, gdyż pielęgniarka oddziałowa nie miała czasu odpowiedzieć na jego pytania w sprawie leków. Trener ani nie skrytykował pacjenta za to niepowodzenie, ani nie próbował stawać w obronie pielęgniarki. Zamiast tego, wykorzystał opisaną przez pacjenta sytuację jako okazję do użycia metody pokonywania trudnych sytuacji (*problem-solving method*). Trener zachęcił uczestników treningu do poszukiwania różnych sposobów doprowadzenia do spotkania z pielęgniarką i do omówienia "za" i "przeciw" każdego z tych sposobów. W efekcie tego grupowego procesu, pacjent zdecydował, że najlepiej "mieć pielęgniarkę oddziałową na

oku i porozmawiać z nią, gdy będzie miała chwilę czasu".

Zdaniem innego respondenta, udział w treningu pomaga niekiedy internowanym w przezwyciężeniu oporów przed ujawnieniem personelowi niepokojących myśli, uczuć i impulsów. Taka obronna postawa interpretowana przez personel jako "brak wglądu", wynika często z obawy, że ujawnienie zagrażających treści może zaszkodzić w warunkowym zwolnieniu. W zajęciach treningowych interpretuje się te potencjalnie zagrażające treści jako "sygnały ostrzegawcze" nawrotu choroby, które muszą być włączane do planu warunkowego zwolnienia. Tym samym pacjent uczy się, że współpraca z personelem zbliża do wolności. Dla przykładu, jeden z uczestników treningu nigdy nie wspomniał nikomu o swoich agresywnych impulsach. W trakcie treningu określił jeden ze swoich objawów zwiastunowych jako "obawę przed łysieniem". Zapytany o stopnie nasilenia tego "sygnału ostrzegawczego", zwierzył się trenerowi, że naprzód "próbuję to ignorować", potem "izoluje się od ludzi" i po tym już tylko "myśli o tym, żeby zaatakować kogoś nożem". Ta ostatnia myśl nigdy wcześniej nie została ujawniona w bezpośrednim badaniu psychiatrycznym. W efekcie treningu pacjent zgodził się szukać pomocy u terapeuty zawsze kiedy wzrasta jego obawa przed łysieniem.

Personel oddziałów psychiatrii sądowej zauważył również, że ukończenie przez pacjenta treningu wydaje się mieć znaczenie dla decyzji podejmowanych przez PSRB. Jeden z trenerów podał jako przykład pacjenta, którego petycja w sprawie warunkowego zwolnienia ze szpitala była w przeszłości wielokrotnie odrzucana. Tymczasem bezpośrednio po zakończeniu treningu, pacjent ten wprowadził w zdumienie członków komisji swoimi nowymi umiejętnościami w radzeniu sobie z przewlekłymi objawami psychotycznymi. Zdaniem trenera, ta demonstracja przyczyniła się do wzrostu zaufania ze strony PSRB i przyznania pacjentowi prawa do warunkowego zwolnienia ze szpitala.

## ZAKOŃCZENIE

Wprowadzanie treningu umiejętności społecznych do oddziałów psychiatrii sądowej jest jedynie pierwszym krokiem do zmiany kultury terapeutycznej w tych z natury restryktywnych instytucjach. Udało się nam przekonać część personelu do strategii uczenia akcentujących wartość niekonfrontacyjnego stylu kontaktu z pacjentem. Jak dotąd metody rehabilitacji nie stały się jednak trwałym elementem krajobrazu w oddziałach psychiatrii sądowej w Salem. Prowadzimy nadal szkolenia personelu z nadzieją, że ich macierzyste oddziały wytworzą w przyszłości klimat zachęcający pacjentów do bardziej samodzielnego trybu życia. Jednocześnie zbieramy informacje, które pozwolą nam lepiej ocenić wartość programów treningowych z punktu widzenia korzyści pacjenta.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bellack A.S.: Schizophrenia: Treatment, Management, Rehabilitation. Grune & Stratton, New York 1984.
2. Bloom J.D., Williams M.H., Bigelow D.A.: Monitored conditional release of persons found not guilty by reason of insanity. *Am. J. Psychiat.* 1991, 148, 444-448.
3. Carlson J.: Forensic Psychiatric Program. State of Oregon, Department of Human Resources, Mental Health Division, 1986.
4. Corrigan P.W.: Staff stressors at a developmental center and state hospital. *Mental Retardation* 1993, 4, 234-238.
5. Liberman R.P., Corrigan P.W.: Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry* 1993, 56, 238-249.
6. Liberman R.P., Mueser K.T.: Schizophrenia. W: Kaplan H., Sadock B. (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Fifth edition). Williams & Wilkins, Baltimore 1989.
7. Mackain S.J., Streveler A.: Social and independent living skills for psychiatric patients in a prison setting: Innovations and challenges. *Behavior Modification* 1990, 14 (4), 490-518.
8. Paul G.L., Menditto A.A.: Effectiveness of inpatient treatment programs for mentally ill adults in public psychiatric facilities. *Applied and Preventive Psychology* 1992, 1, 41-63.
9. Slama K.M., Bannerman D.J.: Implementing and maintaining a behavioral treatment system in an institutional setting. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities* 1993, 3, 171-191.
10. Wallace C.J., Liberman R.P., Mackain S.J.: Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *Am. J. Psychiat.* 1992, 149, 654-658.
11. Yochelson S., Samenow S.: *The Criminal Personality*. Jason Aronson. New York 1976, vol. 1.

*Adres: Dr Andrzej Axer, Oregon State Hospital, 2600  
Center Street NE, Salem, OR 97310, USA.*