**Wytyczne S3**

**Terapie psychospołeczne dla ciężkich chorób psychicznych**

Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii (red.)

**Wytyczne S3**

**Terapie psychospołeczne dla ciężkich chorób psychicznych**

**S3 wytyczne dla praktyki w psychiatrii i psychoterapii**



*Wydawca*

**DGPPN - Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii Berlin**

**Prof. Dr. Peter Falkai** Szpital Uniwersytecki w Getyndze Niemcy



Numer rejestracyjny AWMF: 038-020

ISBN 978-3-642-30269-5 ISBN 978-3-642-30270-1 (eBook) DOI 10.1007/978-3-642-30270-1

Niemiecka Biblioteka Narodowa wymienia tę publikację w Niemieckiej Bibliografii Narodowej; szczegółowe dane bibliograficzne dostępne są w Internecie pod adresem [http://dnb.d-nb.de.](http://dnb.d-nb.de/)

**Springer Medicine**

Springer-Verlag Berlin Heidelberg

© DGPPN (Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii) 2013

Ta praca jest chroniona prawem autorskim. Zastrzega się ustanowione w ten sposób prawa, w szczególności prawa do tłumaczenia, przedruku, prezentacji, wyodrębniania ilustracji i tabel, transmisji radiowej, mikrofilmowania lub powielania w inny sposób oraz przechowywania w systemach przetwarzania danych, również w przypadku wykorzystania tylko we fragmentach. Powielanie niniejszej pracy lub jej części, także w pojedynczych przypadkach, jest dozwolone tylko w granicach ustawowych przepisów ustawy o prawie autorskim Republiki Federalnej Niemiec z dnia 9 września 1965 r. z późniejszymi zmianami. Zasadniczo podlega ona wynagrodzeniu. Naruszenia podlegają przepisom karnym zawartym w ustawie o prawie autorskim.

Odpowiedzialność za produkt: Wydawca nie ponosi żadnej odpowiedzialności za informacje dotyczące instrukcji dozowania i form stosowania. Informacje te muszą być każdorazowo sprawdzone przez użytkownika na podstawie innej literatury.

Powielanie w niniejszej pracy nazw zwyczajowych, oznaczeń produktów itp. nie uzasadnia założenia, że nazwy te należy traktować jako wolne w rozumieniu przepisów o ochronie znaków towarowych i marek, a zatem mogą być używane przez każdego, nawet bez specjalnego oznaczenia.

Planowanie: Renate Scheddin Kierownictwo projektu: Renate Schulz Redakcja: Traudel Lampel, Odenthal Koordynacja projektu: Barbara Karg Projekt okładki: deblik Berlin

Produkcja: Crest Premedia Solutions (P) Ltd, Pune, Indie Wydrukowano na papierze bielonym bezkwasowo i bezchlorowo

Springer Medizin jest częścią grupy wydawniczej Springer Science+Business Media [www.springer.com](http://www.springer.com/)

**Przedmowa**

Niniejsze wytyczne są wytycznymi tzw. S3. Jego przygotowanie opiera się na systematycznym poszukiwaniu i sformalizowanej procedurze z udziałem ekspertów, pacjentów, krewnych i wiodących praktyków w tej dziedzinie. W wielu dziedzinach na podstawie bardzo obszernych dowodów można sformułować jasne zalecenia dotyczące leczenia.

Szczególną cechą tego przewodnika jest jego przekrojowe podejście diagnostyczne. Grupą docelową wytycznej są osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Każdy lekarz pacjentów. Grupa pacjentów charakteryzuje się przede wszystkim skutkami ciężkiej i długotrwałej choroby psychicznej. Perspektywa niniejszych Wytycznych S3 odnosi się zatem do grupy osób, które są upośledzone objawowo przez dłuższy czas, doświadczają znaczących ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym i intensywnie korzystają z systemu pomocy. Niniejsze wytyczne S3 należy odczytywać w połączeniu z wytycznymi Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii (DGPPN) dotyczącymi diagnostyki [1; 2; 3].

Poza opisanymi interwencjami psychospołecznymi niniejsze wytyczne dotyczą również podstawowych aspektów działań psychospołecznych, takich jak relacja terapeutyczna, środowisko terapeutyczne i nowsze osiągnięcia, takie jak upodmiotowienie i powrót do zdrowia. Interwencje psychospołeczne dzielą się z jednej strony na tzw. interwencje systemowe, które dotyczą organizowania i świadczenia usług opiekuńczych w określony sposób (np. ostre leczenie w środowisku domowym, zarządzanie przypadkami, rehabilitacja zawodowa). Z drugiej strony podano zalecenia dotyczące tak zwanych interwencji jednoośrodkowych, które mogą być stosowane w różnych warunkach, zarówno w sektorze ambulatoryjnym, w klinice dziennej, jak i w psychiatrii stacjonarnej, takich jak psychoedukacja czy terapie artystyczne. Ponieważ samopomoc i związane z nią koncepcje, takie jak podejście do zarządzania sobą, mają duże i rosnące znaczenie w opiece nad osobami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, poświęcono temu obszarowi osobny rozdział.

Usługi leczenia, w tym interwencje psychospołeczne, nie są świadczone w próżni. Są oni osadzeni w systemie opieki ze złożonymi społecznymi ramami prawnymi, które od czasu reformy psychiatrycznej w Niemczech uległy zasadniczym zmianom. Rozdział, który nazwaliśmy rozdziałem macierzy, uwzględnia tę okoliczność. Umiejscawia opisane interwencje, pokazuje aktualny stan ich realizacji w Niemczech i przygląda się najnowszym zmianom w systemie opieki, takim jak regionalny budżet psychiatryczny.

Interwencje psychospołeczne w zaburzeniach uzależnienia i otępieniu nie są systematycznie omawiane w niniejszych wytycznych S3. Jednak niektóre aspekty interwencji psychospołecznych w dzieciństwie i okresie dojrzewania, w starszym wieku i w związku z migracją zostały omówione w rozdziałach dotyczących interfejsów.

Ten gruntownie opracowany przegląd sprawia, że wytyczne te są standardowym opracowaniem1 , w którym po raz pierwszy w obszarze niemieckojęzycznym podsumowano w ten sposób obszerne dowody w tej dziedzinie. Jednocześnie pokazuje "białe plamy na mapie" badań psychospołecznych i będzie stymulować wymagające metodologicznie badania w ochronie zdrowia w tym obszarze.

**Steffi G. Riedel-Heller Stefan Weinmann Thomas Becker**

1 Dla lepszej czytelności w tekście użyto na ogół męskiej formy nazw osobowych; oczywiście wszystkie wypowiedzi odnoszą się również do formy żeńskiej.

**Spis treści**

1. Metody opracowywania wytycznych1
   1. Cel, zakres i adresaci2
      1. [Cel i uzasadnienie 2](#_TOC_250073)
      2. Uwzględnione interwencje  [4](#_TOC_250072)
   2. [Inne istotne wytyczne w Niemczech 5](#_TOC_250071)
   3. [Skład i organizacja Panelu Wytycznych 6](#_TOC_250070)
      1. [Konsensusgruppe 6](#_TOC_250069)
      2. [Expertengruppe 9](#_TOC_250068)
      3. [Projektgruppe 9](#_TOC_250067)
   4. [Metodologia opracowania wytycznych 10](#_TOC_250066)
      1. [Kluczowe etapy rozwoju Leitlinie 10](#_TOC_250065)
      2. [Przeszukiwanie literatury, baz danych i pozyskiwanie materiałów przeglądowych i Studien 10](#_TOC_250064)
   5. [Poziomy dowodów i stopnie zaleceń 11](#_TOC_250063)
      1. [Stopień zalecenia 12](#_TOC_250062)
      2. [Opracowanie zaleceń 13](#_TOC_250061)
   6. [Aspekty krytyczne metod13](#_TOC_250060)
   7. [Konflikty interesów 14](#_TOC_250059)
   8. [Okres obowiązywania wytycznych 14](#_TOC_250058)
   9. [Finansowanie wytycznych 14](#_TOC_250057)
2. Zalecenia i oświadczenia w skrócie15
   1. [Podstawy interwencji psychospołecznych 16](#_TOC_250056)
      1. Terapeutyczna relacja 16
      2. Milieutherapia 16
   2. [Interwencje systemowe16](#_TOC_250055)
      1. Psychiatria wspólnotowa -zasady opieki 16
      2. [Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w zatrudnieniu 17](#_TOC_250054)
      3. [Usługi mieszkaniowe dla osób chorych psychicznie Menschen 18](#_TOC_250053)
   3. [Interwencje indywidualne 19](#_TOC_250052)
      1. Interwencje psychoedukacyjne dla osób cierpiących i ich bliskich,

Podejście peer-to-peer i Trialog 19

* + 1. [Szkolenie z zakresu życia codziennego i społecznych kompetencji 20](#_TOC_250051)
    2. [Terapie artystyczne 21](#_TOC_250050)
    3. [Terapia zajęciowa 21](#_TOC_250049)
    4. [Sport i choreoterapia 22](#_TOC_250048)
    5. [Samopomoc i pokrewne koncepcje 22](#_TOC_250047)
  1. [Matryca rozdział23](#_TOC_250046)
     1. [Podstawowe zasady wykonywania zawodu Handelns 23](#_TOC_250045)
     2. Samostanowienie vs. Obowiązek opieki 23
     3. [Dzieci osób chorych psychicznie Eltern 23](#_TOC_250044)

1. Kontekst i dowody25
   1. [Podstawy interwencji psychospołecznych 26](#_TOC_250043)
      1. [Terapeutyczne relacje 26](#_TOC_250042)
      2. [Milieutherapie 29](#_TOC_250041)
      3. [Podstawowe zasady 32](#_TOC_250040)
   2. [Interwencje systemowe 35](#_TOC_250039)
      1. [Przegląd wybranych interwencji w psychiatrii środowiskowej 35](#_TOC_250038)
      2. [Interdyscyplinarny środowiskowy zespół psychiatryczny 36](#_TOC_250037)
      3. [Case Management 52](#_TOC_250036)
      4. [Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w pracy 62](#_TOC_250035)
      5. [Usługi mieszkaniowe dla osób chorujących psychicznie 74](#_TOC_250034)
   3. [Interwencje indywidualne 82](#_TOC_250033)
      1. Interwencje psychoedukacyjne dla osób cierpiących i ich bliskich,

Podejście peer-to-peer i Trialog 82

* + 1. [Szkolenie z zakresu życia codziennego i społecznym umiejętności 103](#_TOC_250032)
    2. [Artystyczne terapie 114](#_TOC_250031)
    3. [Terapia zajęciowa 122](#_TOC_250030)
    4. [Sport i choreoterapia 128](#_TOC_250029)
  1. [Samopomoc i koncepcje pokrewne 148](#_TOC_250028)
     1. [Wprowadzenie 148](#_TOC_250027)
     2. [Dowody dotyczące poszczególnych form samopomocy 149](#_TOC_250026)

1. Matryca niemieckiego systemu opieki -

dla osób ciężko chorujących psychicznie …………………………………..159

* 1. [Wprowadzenie160](#_TOC_250025)
  2. [Społeczne ramy prawne164](#_TOC_250024)
  3. [Leczenie i rehabilitacja społeczno-psychiatryczna 169](#_TOC_250023)
     1. [Leczenie ambulatoryjne i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie 169](#_TOC_250022)
     2. [Częściowe leczenie stacjonarne i rehabilitacja ciężko chorych psychicznie 178](#_TOC_250021)
     3. [Leczenie stacjonarne i rehabilitacja ciężko chorych psychicznie 180](#_TOC_250020)
  4. [Zintegrowana pomoc na rzecz uczestnictwa w pracy i zatrudnienia 183](#_TOC_250019)
     1. [Tendencje i rozwój w dziedzinie kształcenia zawodowego 185](#_TOC_250018)
     2. [Wdrożenie Zatrudnienia Wspomaganego w Niemczech 186](#_TOC_250017)
  5. Usługi psychiatrii społecznej w zakresie uczestnictwa w życiu społeczności188
     1. Usługi socjalno-psychiatryczne dla opieki dziennej i bycia w kontakcie 188
     2. Usługi socjalno-psychiatryczne w zakresie samoopieki w obszarze mieszkania 189
  6. [Tworzenie sieci i współpraca 192](#_TOC_250016)

1. Interfejsy w opiece psychiatrycznej

osób ciężko chorych psychicznie 199

* 1. Znaczenie tła migracyjnego dla leczenia

osoby poważnie chorej psychicznie 200

* + 1. [Wprowadzenie 200](#_TOC_250015)
    2. [Znaczenie aspektów międzykulturowych w psychiatrii i psychoterapii 201](#_TOC_250014)
    3. Dowody w zakresie diagnostyki, podejść terapeutycznych i profilaktyki

zaburzeń psychicznych migrantów 205

* + 1. [Ramy polityczne w Niemczech 209 r.](#_TOC_250013)
    2. [Posumowanie 209](#_TOC_250012)
  1. [Terapie psychospołeczne dla dzieci i młodzieży 210](#_TOC_250011)
     1. Wprowadzenie 210
     2. [Praktyki oparte na dowodach w terapii psychospołecznej dzieci i młodzieży 212](#_TOC_250010)
     3. [Podsumowanie 214](#_TOC_250009)

Spis treści

**IX**

* 1. [Terapie psychospołeczne w starszym wieku214](#_TOC_250008)
     1. [Wprowadzenie 214](#_TOC_250007)
     2. [Dowody dotyczące terapii psychospołecznych w leczeniu demencji 215 r.](#_TOC_250006)
     3. [Posumowanie 218](#_TOC_250005)

1. **Perspektywy 219**
   1. [Środki realizacji wytycznych 220](#_TOC_250004)
   2. [Wskaźniki jakości 220](#_TOC_250003)
   3. [Uwzględnienie skutków kontroli systemu dostaw 221](#_TOC_250002)
   4. [Desiderata dla badań 222](#_TOC_250001)

[**Literatura………………………………………………………………………………………………………227**](#_TOC_250000)

**Wydawca**

Niniejsze *wytyczne S3 dotyczące terapii psychospołecznych* były koordynowane przez Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii (DGPPN) i zostały opublikowane wspólnie z uczestniczącymi organizacjami.

■ **Zaangażowani w proces konsensusu i wspierani przez (w kolejności alfabetycznej)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACKPA** | Grupa Robocza Lekarzy Naczelnych Klinik Psychiatrii i Psychoterapii przy Szpitalach Ogólnych w Niemczech |
| **ACP** | Aktionskreis Psychiatrie e. V. |
| **AOK** | AOK Bawaria |
| **APK** | Aktion Psychisch Kranke e. V. |
| **ARGE BFW** | Stowarzyszenie Niemieckich Centrów Wspierania Zawodowego |
| **BAG BBW** | Federalne Stowarzyszenie Ośrodków Kształcenia Zawodowego |
| **BAG BTZ** | Federalne Stowarzyszenie Ośrodków Kształcenia Zawodowego |
| **BAG GPV** | Federalna Grupa Robocza Wspólnotowych Stowarzyszeń Psychiatrycznych (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.) |
| **BAG KT** | Federalna Grupa Robocza ds. Terapii Artystycznych |
| **BAG RPK** | Federalna Grupa Robocza ds. Rehabilitacji Osób Chorych Psychicznie e. V. |
| **BAG UB** | Federalna Grupa Robocza ds. Zatrudnienia Wspomaganego e. V. |
| **BAG WfbM** | Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (Federalne Stowarzyszenie Warsztatów dla Osób Niepełnosprawnych) |
| **BAŁK** | Stowarzyszenie Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V. |
| **BApK** | Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./ Psychiatria Samopomocy Rodzinnej |
| **BAPP** | Federal Initiative for Outpatient Psychiatric Care e. V. |
| **BDK** | Federalna Konferencja Dyrektorów Szpitali Psychiatrycznych |
| **BDP** | Stowarzyszenie Zawodowe Psychologów Niemieckich e. V. |
| **BFLK** | Federalne Stowarzyszenie Starszych Pielęgniarek Psychiatrycznych e. V. |
| **BKMT** | Stowarzyszenie zawodowe zajmujące się terapią sztuką, muzyką i tańcem |
| **BPE** | Federalne Stowarzyszenie Osób Doświadczających Psychiatrii e. V. |
| **BPtK** | Federalna Izba Psychoterapeutów |
| **BVDN** | Stowarzyszenie Zawodowe Neurologów Niemieckich e. V. |
| **BVDP** | Stowarzyszenie Zawodowe Psychiatrów Niemieckich |
| **bvvp** | Federalne Stowarzyszenie Psychoterapeutów Kontraktowych e. V. |
| **DBSH** | Niemieckie Stowarzyszenie Zawodowe Pracy Socjalnej e. V. |
| **DGBP** | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Biologicznej |
| **DGGPP** | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Gerontologicznej i Psychoterapii e. V. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ciąg dalszy | |
| **DGKJP** | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Psychosomatyki i Psychoterapii e. V. |
| **DGPE** | Niemieckie Towarzystwo Psychoedukacji e. V. |
| **DGPPN** | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii |
| **DGS** | Niemieckie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom e. V. |
| **DGSP** | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Społecznej e. V. |
| **DHS** | Niemieckie Centrum Problemów Uzależnień e. V. |
| **DTGPP** | Niemiecko-Tureckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Zdrowia Psychospołecznego e. V. |
| **DVE** | Niemieckie Stowarzyszenie Terapeutów Zajęciowych e. V. |
| **DVGS** | Niemieckie Stowarzyszenie Sportów Zdrowotnych i Terapii Sportowej e. V. |
| **VKD** | Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Niemieckich e.V./ Grupa Specjalistyczna Psychiatria |
|  | Stowarzyszenie zawodowe socjoterapeutów e. V. |
|  | Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. |

■ **Odpowiedzialny za wytyczne S3 Terapie psychospołeczne**

Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii (DGPPN) - we współpracy z

Szpital Uniwersytecki w Ulm, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii II oraz

Instytut Medycyny Społecznej, Medycyny Pracy i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Lipsku oraz

— Instytut Medycyny Społecznej, Epidemiologii i Ekonomiki Zdrowia, Charité, Medycyna Uniwersytecka Berlin

■ **Koordynacja i edycja**

*Projekt był koordynowany przez:*

— Prof. Dr. Thomas Becker, Wydział Psychiatrii i Psychoterapii II Uniwersytetu w Ulm (zarządzanie projektem)

— Prof. dr Steffi Riedel-Heller, MPH, Instytut Medycyny Społecznej, Medycyny Pracy i Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie w Lipsku

— Dr. Dr. Stefan Weinmann, Niemieckie Towarzystwo Współpracy Międzynarodowej (GIZ)

*Pracownicy projektu, którzy przeprowadzili badania i wyodrębnili badania oraz napisali teksty, to:*

— Dr. Uta Gühne, Instytut Medycyny Społecznej, Medycyny Pracy i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Lipsku

— Esra-Sultan Ay (licencjat z dokumentacji medycznej), Wydział Psychiatrii i Psychoterapii II Uniwersytetu w Ulm

— Dipl. Soz. Katrin Arnold, Wydział Psychiatrii i Psychoterapii II Uniwersytetu w Ulm

■ **Wsparcie metodyczne zespołu koordynacyjnego i redakcyjnego oraz moderacja**

Prof. dr hab. n. med. Ina Kopp - Związek Naukowych Towarzystw Medycznych (AWMF)

■ **Korespondencja**

**Prof. Dr. Thomas Becker**

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii II Uniwersytetu w Ulm, BKH Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg

E-mail: [t.becker@uni-ulm.de](mailto:er@uni-ulm.de)

■ **Grupa ekspertów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ekspert** | **Zastępca** |
| Prof. Dr. Thomas Reker | PD Dr. Holger Hoffmann |
| PD Dr. Thomas Reuster | Dr Matthias Schützwohl |
| PD dr Reinhold Kilian |  |
| Prof. Dr. Arno Deister |  |
| Prof. dr Hans-Helmut König | Dr Alexander Konnopka |
| Prof. dr Andreas Heinz | Prof. Dr. Rainer Hellweg |
| Prof. Dr. Dirk Richter |  |
| PD Dr. Katarina Stengler |  |
| Prof. dr Heinrich Kunze | Prof. Dr. Gerhard Längle |
| Prof. Dr. Wielant Machleidt | PD Dr. Iris Tatjana Calliess |
| PD Dr. Thomas Bock | Dr. Tina Wessels |
| Dr. Hermann Elgeti | Dr Stefan Bartusch |
| Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf | Dr. Manfred Moos |

■ **Członkowie grupy porozumienia (w porządku alfabetycznym)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizacja** | **Przedstawiciel** | **Zastępca** |
| Grupa Robocza Lekarzy Naczelnych Klinik Psychiatrii i Psychoterapii przy Szpitalach Ogólnych w Niemczech (Working Group of the Chief Physicians of the Clinics for Psychiatry and Psy- chotherapy at General Hospitals in Germany) | Prof. dr Martin Ham- brecht | Prof. Dr. Karl-Heinz Beine |
| Aktionskreis Psychiatrie e. V. | PD Dr. Felix M. Böcker | Prof. Dr. E. Rüther |
| AOK Bawaria | Walter Langenecker |  |
| Aktion Psychisch Kranke e. V. | Prof. dr Reinhard Peukert |  |
| Grupa Robocza Niemieckich Centrów Wspierania Zawodowego | August Bush | Wilhelm Bultmann |
| Federalne Stowarzyszenie Ośrodków Kształcenia Zawodowego | Walter Krug |  |
| Federalne Stowarzyszenie Ośrodków Kształcenia Zawodowego | Erih Novak | Heiko Kilian |
| Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsy- chiatrischer Verbünde e. V. (Federalne Stowarzyszenie Wspólnotowych Stowarzyszeń Psychiatrycznych) | Matthias Rosemann | Mechthild Böker- Scharnhölz |
| Federalna Grupa Robocza ds. Terapii Artystycznych | Beatrix Evers-Grewe | Tytus Hamdorf |
| Federalna Grupa Robocza ds. Rehabilitacji Osób Chorych Psychicznie e. V. | Annette Theißing | Gerhard Häberle |
| Federalna Grupa Robocza ds. Zatrudnienia Wspomaganego e. V. | Holger Mangold | Andreas Backhaus |
| Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (Federalne Stowarzyszenie Warsztatów dla Osób Niepełnosprawnych) | Wolfgang Schrank |  |
| Stowarzyszenie Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V. | Matthias Krake | Gerrit Krause |
| Bundesverband der Angehörigen psy- chisch Kranker e. V./Family Self-Help Psychiatry | Gudrun Schliebener | Eva Straub |
| Federal Initiative for Outpatient Psychiatric Care e. V. | Michael Theune | Alfred Karsten |
| Federalna Konferencja Dyrektorów Szpitali Psychiatrycznych | Prof. Dr. Hartmut Berger |  |
| Stowarzyszenie Zawodowe Psychologów Niemieckich e. V. | Elisabeth Noeske | Henry Bertram |
| Federalne Stowarzyszenie Starszych Pielęgniarek Psychiatrycznych (Bundesfachvereinigung Leitender Kran- kenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.) | Heinz Lepper |  |
| Stowarzyszenie zawodowe zajmujące się terapią sztuką, muzyką i tańcem | Prof. Dr. Georg Hör- mann | Dr. Georg Franzen |
| Federalne Stowarzyszenie Osób Doświadczających Psychiatrii  e. V. | Ruth Fricke | Jurand Daszkowski |
| Federalna Izba Psychoterapeutów | Prof. Dr. Rainer Richter | Dr. Tina Wessels |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciąg dalszy | | |
| **Organizacja** | **Przedstawiciel** | **Zastępca** |
| Stowarzyszenie Zawodowe Neurologów Niemieckich e. V. | Dr. Roland Urban |  |
| Stowarzyszenie Zawodowe Psychiatrów Niemieckich | Dr. P. C. Vogel | Dr. Christa Roth-Sa- ckenheim |
| Federalne Stowarzyszenie Psychoterapeutów Kontraktowych e. V. | Dr. Alessandra Carella | Dr. Hans Ramm |
| Niemieckie Stowarzyszenie Zawodowe Pracy Socjalnej  e. V. | Carmen Mothes-Weiher | Rolf Schneider |
| Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Biologicznej | Prof. Dr. med. Peter Falkai | PD Dr. Thomas Wo- brock |
| German Society for Gerontopsychia- try and -psychotherapy e. V. | Dr. Beate Baumgarte |  |
| Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Psychosomatyki i Psychoterapii e. V. | Prof. dr Renate Schepker | Prof. dr Andreas Warnke |
| Niemieckie Towarzystwo Psychoedukacji  e. V. | PD Dr. Josef Bäuml | Dr. Gabi Pitschel-Walz |
| Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii | Prof. Dr. Thomas Becker | Prof. dr Steffi Riedel- Heller |
| Niemieckie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom  e. V. | Prof. dr Elmar Etzers- dorfer |  |
| German Society for Social Psychi- atry e. V. | Martin Urban | Achim Dochat |
| Niemieckie Centrum Problemów Uzależnień e. V. | Dr. Heribert Fleischmann |  |
| Niemiecko-Tureckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Zdrowia Psychospołecznego e. V. | Dr. Eckhardt Koch | Dr. Meryam Schouler- Ocak |
| Niemieckie Stowarzyszenie Terapeutów Zajęciowych  e. V. | Andreas Pfeiffer | Jens Rohloff |
| Niemieckie Stowarzyszenie Sportów Zdrowotnych i Terapii Sportowej e. V. | Prof. Dr. Klaus Schüle | Prof. Dr. Gerd Hölter |
| Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Niemieckich e.V./ Grupa Specjalistyczna Psychiatria | Dipl.-BTW Holger Höhmann | Dr. Hans-Dieter Voigt |
| Stowarzyszenie zawodowe socjoterapeutów e. V. | S. Straszny |  |
| Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. | Birgit Görres | Petra Godel-Ehrhardt |

■ **Zaangażowane były również następujące organizacje**

— Niemieckie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Rodzinnej e. V. (DEGAM), dr Christa Dörr

— Niemieckie Towarzystwo Praktyki Ogólnej i Medycyny Rodzinnej (DEGAM) wstrzymało się od głosu w głosowaniu końcowym. (DEGAM) wstrzymał się od głosu w głosowaniu końcowym.

■ **Towarzysze zewnętrzni**

Następujące osoby pełniły rolę doradczą przy opracowywaniu wytycznych:

— Prof. Dr. Holger Pfaff

— Prof. Dr. med. Wolfgang Weig

■ **Zewnętrzna ocena partnerska**

Zewnętrzna recenzja została przeprowadzona przez Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler (Zurich).

**1 1**



# Metody

**Opracowanie wytycznych**

### Cel, zakres i adresaci - 2

* + 1. Cel i uzasadnienie - 2
    2. Rozważane interwencje - 4

### Inne istotne wytyczne w Niemczech - 5

* 1. **Skład i organizacja Panelu ds. Wytycznych - 6**
     1. Grupa Konsensusu - 6
     2. Grupa ekspertów - 9
     3. Grupa projektowa - 9

### Metodologia opracowania wytycznej - 10

* + 1. Kluczowe etapy opracowywania wytycznych - 10
    2. Przeszukiwanie literatury, baz danych i pozyskiwanie przeglądów i badań - 10

### Poziomy dowodów i stopnie zaleceń - 11

* + 1. Rekomendacje klas - 12
    2. Przygotowanie zaleceń - 13

### Aspekty krytyczne metod - 13

* 1. **Konflikty interesów - 14**

### Okres obowiązywania wytycznej - 14

* 1. **Finansowanie Wytycznych - 14**

**1 1.1Cel,**

**Psychospołeczne inter-**

### Zakres i adresaci

### Cel i uzasadnienie

**Wytyczne leczenia** to systematycznie opracowywane stwierdzenia, które odzwierciedlają aktualny stan wiedzy w danej dziedzinie i ułatwiają terapeutom i ich pacjentom podejmowanie decyzji dotyczących właściwego postępowania w określonych sytuacjach chorobowych [4]. Niniejsze wytyczne Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii są częścią programu wytycznych AWMF i opierają się na metodologii wytycznych S3, ale mają pewne cechy szczególne. Podstawowa procedura przygotowania niniejszych wytycznych została opisana na stronie internetowej AWMF [5].

Dlatego też **grupa docelowa** niniejszych wytycznych nie jest ograniczona do osób z konkretną chorobą psychiczną, ale obejmuje osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi w ogóle. Ta grupa osób jest określana w literaturze międzynarodowej jako *osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi.* Ta grupa ludzi jest oczywista dla każdego, kto praktycznie zajmuje się opieką nad chorymi psychicznie, jako grupa szczególnie potrzebująca pomocy. Ponadto wytyczne zawierają **zalecenia dotyczące interwencji psychospołecznych, które** należy najpierw opisać pod względem ich charakteru i odróżnić od leczenia psychoterapeutycznego w węższym znaczeniu, a także od ogólnych usług wsparcia i pomocy życiowej. Wytyczne starają się unikać rekomendacji dotyczących procedur psychoterapeutycznych; zasada ta jest naruszona w przypadku procedur psychoterapeutycznych dotyczących ciała (7 rozdz. 3.3.5) (wynik procesu grupy nominalnej). Nie formułuje się zaleceń dotyczących zabiegów leczniczych i innych zabiegów somatycznych. Niniejsze wytyczne nie są zgodne z angloamerykańskim użyciem językowym, w którym procedury psychoterapeutyczne i socjoterapeutyczne są zgrupowane razem jako procedury psychospołeczne. Omawiane tu interwencje mają raczej charakter socjoterapeutyczny.

Głównym celem **środków reintegracji społecznej jest** poprawa indywidualnych możliwości zainteresowanych osób do życia w swoim środowisku społecznym oraz do uczestniczenia w życiu społecznym. Osiąga się to albo poprzez tworzenie sprzyjających warunków środowiskowych, albo poprzez uczenie umiejętności społecznych i komunikacyjnych umożliwiających reintegrację w różnych dziedzinach życia [6]. Nie jest możliwe wyraźne oddzielenie interwencji psychospołecznych i socjoterapeutycznych od projektowania całego systemu pomocy i opieki psychiatrycznej. Dlatego w osobnym rozdziale (7, rozdz. 4) podjęto się integracji poszczególnych interwencji z niemieckim systemem opieki.

**Celem niniejszych wytycznych opartych na dowodach i konsensusie** jest przedstawienie zaleceń dotyczących kompleksowego leczenia psychospołecznego i opieki nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi w oparciu o najlepsze dostępne dowody na tle niemieckiego systemu opieki. Wytyczne zapewniają osobom zaangażowanym w leczenie i opiekę nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi systematycznie rozwijaną pomoc w podejmowaniu decyzji, które interwencje psychospołeczne okazały się skuteczne w badaniach i możliwe do zastosowania w niemieckim systemie opieki. Wytyczne służą również do informowania pacjentów i ich bliskich. Ponadto, wytyczne stanowią wsparcie decyzyjne dla osób i instytucji zaangażowanych w planowanie opieki.

Wytyczne te odzwierciedlają aktualny standard konsensusu dotyczący interwencji psychospołecznych. Zalecenia zawarte w niniejszych wytycznych mają na celu poprawę jakości leczenia i opieki nad wymienionymi poniżej grupami osób oraz zmniejszenie nieopartych na dowodach różnic w opiece. Należy wzmocnić stosowanie skutecznych i pomocnych procedur. Jednocześnie podawane są zalecenia, aby nie stosować poszczególnych procedur, jeśli istnieją przesłanki, że nie są one skuteczne. Celem jest podniesienie jakości życia i umożliwienie jak największego stopnia samostanowienia.

życie osób dotkniętych chorobą z możliwie największym udziałem w życiu społecznym.

W niniejszych wytycznych szczególną uwagę zwrócono na kontekst niemiecki. Jest to konieczne, ponieważ wiele badań było prowadzonych za granicą. Poza kwestią zależności od kontekstu, efekty przedstawione w badaniach grupowych nie zawsze odnoszą się do każdej osoby, której dotyczą. Wytyczna S3 "Psychosocial Therapies for People with Serious Mental Illness", podobnie jak wszystkie inne wytyczne, nie jest wytyczną i nie zwalnia osób zaangażowanych w leczenie i opiekę nad pacjentami od podejmowania decyzji uwzględniających okoliczności dotyczące konkretnego pacjenta.

#### Grupa docelowa wytycznej

Niniejsze wytyczne mają służyć jako podstawa do podejmowania decyzji oraz jako pomoc w działaniu dla następującej grupy osób:

— dorosłych ze schizofrenią, ciężkimi zaburzeniami afektywnymi (ciężka depresja, ciężka choroba dwubiegunowa) oraz ciężkimi zaburzeniami osobowości i obsesyjno-kompulsywnymi (osoby z *ciężkimi chorobami psychicznymi*) oraz ich krewni,

— profesjonalistów pracujących w psychiatrii (takich jak psychiatrzy, psychoterapeuci medyczni i lekarze ogólni, psychoterapeuci psychologiczni, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni, pielęgniarki, pracownicy innych instytucji psychiatrycznych, opiekunowie prawni i inne osoby pracujące w systemie wsparcia),

— innych osób i decydentów w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, którzy zapewniają lub organizują usługi wsparcia dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi.

Zbadano i rozważono interwencje dla następujących chorób w zakresie rozpoznań medycznych:

— Schizofrenia i inne ciężkie choroby psychiczne typu schizofrenicznego (ICD-10: F20-F22, F25)

— Ciężkie zaburzenia afektywne: Mania (ICD-10: F30), choroba afektywna dwubiegunowa (ICD-10: F 31),

ciężkie i nawracające zaburzenia depresyjne (ICD-10: F32.2-F32.3 i F33)

— Ciężkie zaburzenia osobowości (ICD-10: F60-F61)

— Ciężkie zaburzenie lękowe (ICD-10: F41)

— Ciężkie zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (ICD-10: F42) [7]

**Grupą docelową** niniejszych wytycznych są **osoby z jednym z tych rozpoznań, u których objawy choroby występują przez dłuższy czas, tj. przez co najmniej dwa lata, co wiąże się z istotnym wpływem na czynności życia codziennego i poziom funkcjonowania społecznego oraz często wiąże się z intensywnym korzystaniem z systemu leczenia i wsparcia psychospołecznego.** Taka definicja ciężkiej choroby psychicznej jest spotykana w wielu badaniach międzynarodowych [8].

Zaburzenia **otępienne** są również poważnymi chorobami psychicznymi w rozumieniu niniejszych wytycznych. Zaburzenia otępienne wiążą się z poważnym upośledzeniem funkcjonowania i ograniczeniami w czynnościach życia codziennego, procesy chorobowe trwają przez długi okres czasu, a ich wpływ na sieć psychospołeczną jest znaczny. Często poszukiwana jest intensywna pomoc psychospołeczna i psychiatryczno-psychoterapeutyczna. Jednakże dowody naukowe dotyczące interwencji psychospołecznych i usług opiekuńczych dla osób z demencją są obszerne, a także dostępna jest duża liczba badań interwencyjnych, w związku z czym współczesne leczenie demencji bez interwencji psychospołecznych jest niewyobrażalne. Leczenie demencji wymaga jednak odrębnego podejścia, a ocena dowodów w tej dziedzinie wymaga własnej analizy danych. Dlatego też nie uwzględniono tu chorób związanych z demencją, dla których dostępne są oddzielne wytyczne S3 DGPPN.

**Zaburzenia** są również często charakteryzowane

jako choroby psychiczne w rozumieniu niniejszych wytycznych. Dotyczy to ciężkości upośledzenia, różnorodności ograniczeń psychospołecznych, ograniczeń w poziomie funkcjonowania społecznego, często intensywnego korzystania z systemu opieki i ogólnie dłuższego czasu trwania choroby. Również w

Istnieje szeroki zakres dowodów w tym obszarze wskazań.

■ **Interwencje indywidualne**

oraz bogate doświadczenie w zakresie usług i interwencji w zakresie opieki psychospołecznej. Przegląd dowodów i doświadczeń dotyczących wsparcia psychospołecznego dla osób z zaburzeniami uzależnieniowymi wymaga własnych badań dowodowych i oceny doświadczeń klinicznych. Takie wyszukiwanie i ocena dowodów nie były możliwe w ramach niniejszych wytycznych S3. Interwencje psychospołeczne w przypadku uzależnienia są przedmiotem innych wytycznych DGPPN dotyczących uzależnień.

W przypadku **osób z ciężkimi chorobami** psychicznymi dostępne są wysokiej jakości dowody pochodzące z dużej liczby badań dotyczących różnych interwencji psychospołecznych. Uzasadnieniem dla łącznego rozpatrywania tej grupy osób jest fakt, że ciężkie choroby psychiczne często prowadzą do podobnych upośledzeń psychospołecznych i ograniczeń w uczestnictwie w życiu społecznym, a często to właśnie zakres tych upośledzeń, a nie konkretne rozpoznanie medyczne, decyduje o projektowaniu i wdrażaniu interwencji psychospołecznych w systemie ochrony zdrowia psychicznego. W związku z tym badania nad tymi interwencjami często obejmują niejednorodne diagnostycznie grupy pacjentów z *ciężkimi chorobami psychicznymi.* Pomimo takiego podejścia, optymalne leczenie i terapia tej grupy chorych wymaga również terapii specyficznych dla danego rozpoznania, które zostały omówione w odpowiednich wytycznych DGPPN.

### Rozważane interwencje

Do niniejszych wytycznych wybrano następujące interwencje psychospołeczne:

**Interwencje systemowe**

— Wielozawodowy środowiskowy zespół psychiatryczny oparty na leczeniu.

— Zarządzanie przypadkami

— Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w życiu zawodowym

— Usługi mieszkaniowe dla osób psychicznie chorych

— Interwencje psychoedukacyjne dla osób dotkniętych chorobą i ich krewnych, podejścia typu peer-to-peer i rozmowy trójstronne

— Trening umiejętności codziennych i społecznych

— Terapie artystyczne

— Terapia zajęciowa

— Terapia sportowa i wysiłkowa

Ponadto **samopomoc i związane z nią koncepcje** zostały potraktowane w osobnym rozdziale wraz z wynikającymi z nich zaleceniami. **Podstawy interwencji psychospołecznych** (orientacja na powrót do zdrowia, środowisko terapeutyczne i empowerment) są również opisane w oddzielnym rozdziale. Wreszcie, 3 **interfejsy do** specyficznych aspektów (migracja w jej znaczeniu dla interwencji psychospołecznych, aspekty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz leczenie i opieka nad osobami starszymi) zostały przeanalizowane w oddzielnej sekcji. Struktura tych trzech rozdziałów dotyczących interfejsu jest oparta na strukturze głównej części wytycznych, ale nie przeprowadzono tu systematycznego wyszukiwania dowodów, zorientowanego na strategię badawczą opisaną w części dotyczącej metod.

Interwencje psychospołeczne można zatem przypisać do różnych poziomów agregacji. Niektóre **interwencje** znajdują się **na poziomie systemowym** i są zwykle wdrażane przez system pomocników (np. zespoły psychiatryczne w środowisku zewnętrznym (*Assertive Communi-*

*ty Treatment*)). Z drugiej strony, istnieją psychospołeczne

Interwencje, które mogą być oceniane silniej niż **interwencje indywidualne** i które mogą być stosowane w różnych punktach systemu opieki (np. psychoedukacja). Ponadto niniejsze wytyczne zaliczają podejścia do opieki psychospołecznej do **zagadnień przekrojowych,** ponieważ wpływają one na codzienne czynności zawodowych opiekunów i reprezentują podstawowe postawy działań psychospołecznych (np. powrót do zdrowia, upodmiotowienie).

Przy wyborze systematycznie badanych interwencji psychospołecznych brano pod uwagę tylko te, które realizują cele terapeutyczne, a więc nie są tylko częścią systemu pomocy i wsparcia.

System opieki to. Nie uwzględniono interwencji psychoterapeutycznych opartych na indywidualnej terapii w odpowiednim otoczeniu i mających na celu leczenie dysfunkcyjnych wzorców poznawczych lub emocjonalnych, takich jak terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja poznawcza lub psychoterapia psychodynamiczna, ale opisanych w odpowiednich wytycznych DGPPN dotyczących poszczególnych rozpoznań [1;3;9] lub DGPPN wraz z DGN

[10] załatwione.

### Inne istotne wytyczne w Niemczech

Przy opracowywaniu tego przewodnika uwzględniono inne wytyczne z Niemiec odnoszące się do grupy docelowej i tematu. Są one wymienione poniżej, z krótkim opisem ich cech szczególnych i ewentualnego pokrywania się:

■ **S1 Guideline Psychosocial Therapies of the DGPPN (2005) [11].**

Niniejsze wytyczne są pierwszymi niemieckimi wytycznymi, które poruszają temat terapii psychospołecznych. W przeciwieństwie jednak do niniejszych wytycznych S3, grupa docelowa pacjentów nie była zdecydowanie ograniczona do osób z *ciężkimi* zaburzeniami psychicznymi. Ponadto podejście metodologiczne zastosowane przy opracowywaniu wytycznych było zgodne z mniej rygorystycznymi wymogami: Grupa opracowująca nie reprezentowała w pełni grupy użytkowników wytycznej, wyszukiwanie i ocena dowodów nie odbywały się według ścisłego i zrozumiałego systemu, a struktura procesu konsensusu nie odpowiadała procesowi grupy nominalnej określonemu dla wytycznych S3. Zakres terapii psychospołecznych był mniejszy niż w obecnej wytycznej S3. Nie uwzględniono aspektów specyficznych dla migracji, aspektów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz wieku podeszłego.

■ **S3 Treatment Guideline Schizophrenia of the DGPPN (2006) [1], AWMF-Reg. nr 038-009**

W tych opartych na dowodach wytycznych konsensusu nie przeprowadzono systematycznego wyszukiwania i prezentacji dowodów dotyczących projektowania miejsca leczenia. Na podstawie systematycznej kwerendy i przeglądu piśmiennictwa podano zalecenia dotyczące określonych interwencji psychospołecznych, które jednak odnoszą się tylko do schizofrenii. Aspekty związane z ustawieniem nie były częścią procesu konsensusu. Wybrane interwencje są oceniane, ale nie podaje się zaleceń dotyczących projektowania całego systemu pomocy. W przeciwieństwie do obecnych wytycznych, głównymi adresatami niniejszych wytycznych są personel medyczny i pacjenci.

■ **National Health Care Guideline Unipolar Depression, opublikowane przez DGPPN (2010) [3], nr rej. AWMF nvl-005**

W tych specyficznych dla danego rozpoznania wytycznych S3 przedstawiono oparte na dowodach naukowych zalecenia konsensusowe dotyczące leczenia depresji, które oprócz farmakoterapii obejmują również leczenie psychoterapeutyczne i projektowanie łańcucha opieki. Jednakże, mimo że istnieją aspekty koordynacji opieki i problemy z interfejsem, nie ma systematycznie badanych zaleceń dotyczących socjoterapeutycznie zorientowanych interwencji psychospołecznych.

■ **S3 Wytyczne dotyczące zaburzeń dwubiegunowych, zainicjowane przez DGPPN, we współpracy z Niemieckim Towarzystwem Zaburzeń Dwubiegunowych (DGBD).**

**Zaburzenia (DGBS e. V.) [2], nr rej. AWMF 038-019**

Niniejsze wytyczne S3 zawierają szereg zaleceń dotyczących interwencji psychospołecznych i systemu opieki, ale są one ograniczone do grupy osób z zaburzeniem dwubiegunowym.

**1** ■ **S2 wytyczne dotyczące leczenia**

Konsensus ekspertów uwzględniający re-

**Zaburzenia osobowości DGPPN (2009) [9], AWMF-Reg. Nr 038-015**

W wytycznych dotyczących zaburzeń osobowości w dziedzinie psychospołecznej wymieniono jedynie kryteria niezdolności do pracy i niepełnosprawności, a także aspekty prawne. Dowody dotyczące projektowania systemu pomocy dla osób z zaburzeniami osobowości nie zostały systematycznie zbadane i przedstawione, podobnie jak interwencje socjoterapeutyczne wykraczające poza psychoterapię.

■ **S3 wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia demencji DGPPN i Niemieckiego Towarzystwa Neurologicznego (DGN) (2010) [10], nr rej. AWMF 038-013**

Niniejsze wytyczne zawierają również zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji psychospołecznych, które były systematycznie badane. Są one jednak ograniczone do grupy osób z demencją.

■ **S2 Wytyczne Dementia Niemieckiego Towarzystwa Medycyny Ogólnej i Rodzinnej (DEGAM) [12], nr rej. AWMF 053-021**

Niniejsze wytyczne dotyczą również indywidualnych psychospołecznych form interwencji w demencji, takich jak terapia zajęciowa, grupy rodzinne lub zarządzanie przypadkami. Jednak nie wszystkie z tych interwencji otrzymały konkretne zalecenia wraz z odpowiadającymi im poziomami rekomendacji. W opracowaniu wytycznych brały udział tylko dwie grupy specjalistów, mianowicie specjaliści medycyny ogólnej i/lub chorób wewnętrznych. Osoby z demencją lub ich krewni nie byli bezpośrednio zaangażowani w opracowywanie wytycznych. Zastosowano mniej sformalizowaną procedurę koordynacji.

■ **Praktyczne wytyczne dotyczące rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi Federalnej Grupy Roboczej ds. Rehabilitacji Osób Chorych Psychicznie (BAG RPK) [13].**

Niniejsze wytyczne zawierają zalecenia dotyczące rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Został on opracowany przez

Opracowanie powstało w oparciu o najistotniejszą literaturę i tym samym spełnia wymagania poziomu S1 zaleceń metodycznych AWMF.

### Skład i organizacja Panelu Wytycznych

**Komitet ds. wytycznych** był wielodyscyplinarny, z udziałem przedstawicieli pacjentów i rodzin oraz przedstawicieli najważniejszych zawodów zaangażowanych w system wsparcia psychiatryczno-psychoterapeutycznego.

**Grupa projektowa** przeprowadziła badania literaturowe i ocenę, sporządziła tekst i była odpowiedzialna za ogólną koncepcję wytycznych. **Grupa ekspercka składała się z** wybranych ekspertów, którzy pełnili rolę doradczą w zakresie poszczególnych obszarów tematycznych ujętych w wytycznych. **Grupa konsensusowa składała się z** jednego przedstawiciela pacjentów, jednego przedstawiciela rodziny oraz przedstawicieli stowarzyszeń zawodowych ze wszystkich istotnych grup zawodowych działających w systemie wsparcia psychospołecznego. AWMF zapewniła znaczące wsparcie dla procesu rozwoju w formie doradztwa i sformalizowanej procedury konsensusu (proces grupy nominalnej). Pod **moderacją** prof. dr Iny Kopp (AWMF), rekomendacje, w tym stopnie rekomendacji, zostały przedyskutowane i uzgodnione przez wszystkich uczestników procesu konsensusu.

### Grupa ds. konsensusu

Grupa projektowa procedury wytycznej S3 zwróciła się do towarzystw zawodowych, stowarzyszeń zawodowych oraz organizacji pacjentów i rodzin, które są istotnie zaangażowane w opiekę nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi i poprosiła je o oddelegowanie mandatariuszy do grupy konsensusowej (Tabela 1.1). Na pierwszym, a także na kolejnych spotkaniach grupy konsensusowej oceniano reprezentatywność grupy dla opracowania wytycznej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 1.1** Członkowie grupy konsensualnej (w porządku alfabetycznym) | | | |
| **Stowarzyszenie/organizacja zawodowa** | | **Przedstawiciel** | **Zastępca** |
| **ACKPA** | Grupa Robocza Lekarzy Naczelnych Klinik Psychiatrii i Psychoterapii przy Szpitalach Ogólnych w Niemczech | Prof. Dr. Dr. Martin Hambrecht | Prof. Dr. Karl-Heinz Beine |
| **ACP** | Aktionskreis Psychiatrie e. V. | PD Dr. Felix M. Böcker | Prof. Dr. E. Rüther |
| **AOK** | AOK Bawaria | Walter Langenecker |  |
| **APK** | Aktion Psychisch Kranke e. V. | Prof. dr Reinhard Peukert |  |
| **ARGE BFW** | Stowarzyszenie Niemieckich Centrów Wspierania Zawodowego | August Bush | Wilhelm Bultmann |
| **BAG BBW** | Federalne Stowarzyszenie Ośrodków Kształcenia Zawodowego | Walter Krug |  |
| **BAG BTZ** | Federalna Grupa Robocza Ośrodków Kształcenia Zawodowego | Erih Novak | Heiko Kilian |
| **BAG GPV** | Federalna Grupa Robocza Wspólnotowych Stowarzyszeń Psychiatrycznych (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.) | Matthias Rosemann | Mechthild Böker- Scharnhölz |
| **BAG KT** | Federalna Grupa Robocza ds. Terapii Artystycznych | Beatrix Evers-Grewe | Tytus Hamdorf |
| **BAG RPK** | Federalna Grupa Robocza ds. Rehabilitacji Osób Chorych Psychicznie e. V. | Anette Theißing | Gerhard Häberle |
| **BAG UB** | Federalna Grupa Robocza ds. Zatrudnienia Wspomaganego e. V. | Holger Mangold | Andreas Backhaus |
| **BAG**  **WfbM** | Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (Federalne Stowarzyszenie Warsztatów dla Osób Niepełnosprawnych) | Wolfgang Schrank |  |
| **BAŁK** | Stowarzyszenie Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V. | Matthias Krake | Gerrit Krause |
| **BApK** | Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./ Psychiatria Samopomocy Rodzinnej | Gudrun Schliebener | Eva Straub |
| **BAPP** | Federal Initiative for Outpatient Psychiatric Care e. V. | Michael Theune | Alfred Karsten |
| **BDK** | Federalna Konferencja Dyrektorów Szpitali Psychiatrycznych | Prof. Dr. Hartmut Berger |  |
| **BDP** | Stowarzyszenie Zawodowe Psychologów Niemieckich e. V. | Elisabeth Noeske | Henry Bertram |
| **BFLK** | Federalne Stowarzyszenie Starszych Pielęgniarek Psychiatrycznych (BFLK) e. V. | Heinz Lepper |  |
| **BKMT** | Stowarzyszenie zawodowe zajmujące się terapią sztuką, muzyką i tańcem | Prof. Dr. Georg Hörmann | Dr. Georg Franzen |
| **BPE** | Federalne Stowarzyszenie Osób Doświadczających Psychiatrii e. V. | Ruth Fricke | Jurand Daszkowski |
| BPtK | Federalna Izba Psychoterapeutów | Prof. Dr. Rainer Richter | Dr. Tina Wessels |
| BVDN | Stowarzyszenie Zawodowe Neurologów Niemieckich e. V. | Dr. Roland Urban |  |

**1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 1.1** cd. | | | |
| **Stowarzyszenie/organizacja zawodowa** | | **Przedstawiciel** | **Zastępca** |
| BVDP | Stowarzyszenie Zawodowe Psychiatrów Niemieckich | Dr. P. C. Vogel | Dr. Christa Roth-Sacken- heim |
| bvvp | Federalne Stowarzyszenie Psychoterapeutów Kontraktowych  e. V. | Dr. Alessandra Carella | Dr. Hans Ramm |
| DBSH | Niemieckie Stowarzyszenie Zawodowe Pracy Socjalnej e. V. | Carmen Mothes-Weiher | Rolf Schneider |
| DEGAM | Niemieckie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Rodzinnej e. V. | Dr. Christa Dörr |  |
| DGBP | German Society for Biological Psychi- atry | Prof. Dr. med. Peter Falkai | PD Dr. Thomas Wobrock |
| DGGPP | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Gerontologicznej i Psychoterapii e. V. | Dr. Beate Baumgarte |  |
| DGKJP | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Psychosomatyki i Psychoterapii  e. V. | Prof. dr Renate Schep- ker | Prof. dr Andreas Warnke |
| DGPE | Niemieckie Towarzystwo Psychoedukacji e. V. | PD Dr. Josef Bäuml | Dr. Gabi Pitschel-Walz |
| DGPPN | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii | Prof. Dr. Thomas Becker | Prof. dr Steffi Riedel- Heller |
| DGS | Niemieckie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom e. V. | Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer |  |
| DGSP | Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Społecznej  e. V. | Martin Urban | Achim Dochat |
| DHS | Niemieckie Centrum Problemów Uzależnień e. V. | Dr. Heribert Fleischmann |  |
| DTGPP | Niemiecko-Tureckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Zdrowia Psychospołecznego  e. V. | Dr. Eckhardt Koch | Dr. Meryam Schouler- Ocak |
| DVE | Niemieckie Stowarzyszenie Terapeutów Zajęciowych e. V. | Andreas Pfeiffer | Jens Rohloff |
| DVGS | Niemieckie Stowarzyszenie Sportów Zdrowotnych i Terapii Sportowej e. V. | Prof. Dr. Klaus Schüle | Prof. Dr. Gerd Hölter |
| VKD | Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Niemieckich / Sekcja Psychiatrii | Dipl.-BTW Holger Höhmann | Dr. Hans-Dieter Voigt |
|  | Stowarzyszenie zawodowe socjoterapeutów e. V. | S. Straszny |  |
|  | Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. | Birgit Görres | Petra Godel-Ehrhardt |

z wytycznymi zostały przejrzane przez obecnych i przedstawicieli.

Każde uczestniczące stowarzyszenie zawodowe, związek lub organizacja dysponowały jednym głosem w formalnym procesie dochodzenia do konsensusu. Wskazanie osoby uprawnionej do głosowania i oddanie głosów

zostały przeprowadzone w porozumieniu z przedstawicielami delegowanymi przez odpowiednie stowarzyszenie lub organizację zawodową.

Po pierwszym spotkaniu inauguracyjnym w dniu 06.07.2009 r. odbyło się siedem kolejnych spotkań w ramach projektu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| . **Tab. 1.2** Członkowie grupy ekspertów (w porządku alfabetycznym) | | |
| **Obszar tematyczny** | **Ekspert** | **Zastępca** |
| Praca | Prof. Dr. Thomas Reker | PD Dr. Holger Hoffmann |
| Zatrudnienie | PD Dr. Thomas Reuster | Dr Matthias Schützwohl |
| Upodmiotowienie i powrót do zdrowia | PD dr Reinhold Kilian |  |
| Perspektywa systemu opieki zdrowotnej | Prof. Dr. Arno Deister |  |
| Perspektywa ekonomii zdrowia | Prof. dr Hans-Helmut König | Dr Alexander Konnopka |
| Znaczenie kliniczne i perspektywa zewnętrzna | Prof. dr Andreas Heinz | Prof. Dr. Rainer Hellweg |
| Perspektywa pielęgniarska | Prof. Dr. Dirk Richter |  |
| Psychoedukacja | PD Dr. Katarina Stengler |  |
| Uczestnictwo w życiu społecznym/finansach/prawie społecznym | Prof. dr Heinrich Kunze | Prof. Dr. Gerhard Längle |
| Psychiatria transkulturowa/aspekty migracyjne | Prof. Dr. Wielant Machleidt | PD Dr. Iris Tatjana Calliess |
| Trialog | PD Dr. Thomas Bock | Dr. Tina Wessels |
| Tworzenie sieci pomocy | Dr. Hermann Elgeti | Dr Stefan Bartusch |
| Living | Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf | Dr. Manfred Moos |

Na podstawie przesłanych wcześniej materiałów zaprezentowano i przedyskutowano wyniki badań na poszczególne tematy, a propozycje zaleceń zostały przedyskutowane i poddane głosowaniu w ramach nominalnego procesu grupowego, prowadzonego przez prof. dr Inę Kopp (AWMF). 38 zaleceń zawartych w wytycznych zostało ostatecznie przedyskutowanych podczas 7 spotkań konsensusowych, które odbyły się w dniach 7 grudnia 2009 roku, 9 marca 2010 roku, 17 maja 2010 roku, 5 lipca 2010 roku i 5 czerwca 2010 roku.

2010 r., 27 września 2010 r., 08 listopada 2010 r. oraz

w dniu 24 stycznia 2011 roku.

### Grupa ekspertów

Po konsultacji z różnymi towarzystwami zawodowymi grupa projektowa zwróciła się do ekspertów z poszczególnych obszarów tematycznych i wyznaczyła ich na ekspertów, którzy zapewnili wsparcie eksperckie podczas przeglądu dowodów oraz przygotowywania tekstów i zaleceń (Tabela 1.2). Przedstawiciele grupy ekspertów nie mogli być jednocześnie członkami grupy konsensusu.

### Grupa projektowa

Poza przygotowaniem spotkania, organizacją całego procesu opracowywania wytycznych i komunikacją ze wszystkimi uczestnikami, grupa projektowa była odpowiedzialna za opracowanie dowodów, przygotowanie tekstów źródłowych, opracowanie zaleceń, uwzględnienie wszystkich uwag i ostateczne opracowanie tekstu wytycznych.

Grupa projektowa składała się z koordynatora projektu oraz pracowników naukowych z Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii II Uniwersytetu w Ulm w Szpitalu Powiatowym w Günzburgu oraz Instytutu Medycyny Społecznej, Medycyny Pracy i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Lipsku.

■ **Projekt był koordynowany przez:**

— Prof. Dr. Thomas Becker, Wydział Psychiatrii i Psychoterapii II Uniwersytetu w Ulm (zarządzanie projektem)

— Prof. dr Steffi Riedel-Heller, MPH, Instytut Medycyny Społecznej, Medycyny Pracy i Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie w Lipsku

### Metodologia opracowania wytycznych

### Kluczowe etapy opracowywania wytycznych:

— Skład grupy projektowej, grupy ekspertów i grupy ds. konsensusu

— Definicja pytań istotnych z klinicznego punktu widzenia

— Opracowanie kryteriów wyszukiwania dowodów

— Opracowanie kryteriów oceny dowodów: rodzaje badań i ocena

— Opracowanie kryteriów syntezy informacji i procesu dochodzenia do konsensusu: rodzaje badań i ich ocena, sformalizowany proces dochodzenia do konsensusu

— Podsumowanie/synteza wyników przeglądu i badań oraz ocena przydatności klinicznej

— Realizacja sformalizowanych procesów grupowych

— Uwzględnienie uwag

— Przygotowanie ostatecznej wersji wytycznych

### Przeszukiwanie literatury, baz danych i pozyskiwanie przeglądów i badań

**Wyszukiwanie literatury** opierało się na zestawieniu istotnych klinicznie pytań przez grupę projektową, która kierowała wyszukiwaniem i oceną. Dla większości tematów przeprowadzono systematyczne wyszukiwanie literatury w następujących **bazach danych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | — | Dr. Dr. Stefan Weinmann, Stowarzyszenie na rzecz  Współpraca międzynarodowa (GIZ) i Instytut Medycyny Społecznej, Epidemiologii i Ekonomiki Zdrowia Charité w Berlinie. |
|  | ■ | **Personel projektu, który** |
|  |  | **zbadał i wyodrębnił badania i** |
|  |  | **autorami tekstów byli:** |
|  | —  — | Dr. Uta Gühne, Instytut Medycyny Społecznej, Medycyny Pracy i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Lipsku  Esra-Sultan Ay (B. Sc. Medical Docu- |
|  | — | Psychiatrii i Psy- choterapii II, Uniwersytet w Ulm  Dipl. Soz. Katrin Arnold, Wydział Psychiatrii i Psychologii. |
|  |  | psychiatrii i psychoterapii II st.  Ulm |

— MEDLINE

— Cochrane-Datenbanken: Cochrane Controlled Trials Register (CCTR), Database of Abstracts of Effectiveness (DARE)

— Embaza

— PsycINFO

— Wszystkie główne bazy danych wytycznych i HTA, takie jak bazy danych NGC (National Guideline Clearinghouse, INAHTA, ÄZQ, SIGN).

— Dla wybranych tematów wykorzystano dodatkowe bazy danych: Terapia zajęciowa: OTSEEKER.com, OTDBASE. org, CINAHL.com

Ponadto przeszukano bibliografie zidentyfikowanych badań i przeglądów oraz wybrane podręczniki w poszukiwaniu odpowiednich publikacji. Ponadto członkowie grupy konsensusowej i eksperckiej zostali poproszeni o dostarczenie odpowiedniej literatury na te tematy.

Dla każdego tematu zdefiniowano **strategie wyszukiwania** wrażliwego, oparte na strategiach wyszukiwania Cochra- ne. W pierwszej kolejności wzięto pod uwagę przeglądy systematyczne i metaanalizy, a w drugim etapie uwzględniono prace opublikowane później, w szczególności randomizowane badania kontrolowane. Uwzględniono tylko te publikacje w języku angielskim lub niemieckim, dla których dostępny był pełny tekst.

Badania zostały wybrane dla każdego obszaru tematycznego przez dwóch pracowników. W pierwszym etapie selekcji usunięto nieistotne odnośniki literaturowe na podstawie streszczeń. W drugim etapie dokonano ostatecznej selekcji publikacji na podstawie pełnych tekstów.

W odniesieniu do poszczególnych obszarów tematycznych, ze względu na różnice w metodologii

**Kryteria włączenia** ustalono na podstawie obowiązujących projektów badań i liczby publikacji. Ogólnie rzecz biorąc, można mówić o hierarchicznej strategii poszukiwania dowodów.

W pierwszej kolejności przeprowadzono **systematyczne przeglądy** wszystkich interwencji, w oparciu o systematyczne i raportowane wyszukiwanie literatury i

ocena. Za przeglądy systematyczne uznano również wytyczne oparte na dowodach, których rekomendacje oparto na systematycznym przeglądzie piśmiennictwa, takie jak wytyczne National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dotyczące schizofrenii. W przypadku tematów dotyczących leczenia w ramach wieloprofesjonalnego środowiskowego zespołu psychiatrycznego, zarządzania przypadkami, psychoedukacji i treningu umiejętności społecznych uwzględniono dodatkowo tylko **randomizowane badania kontrolowane (RCT), które obejmowały co** najmniej dziesięciu uczestników na grupę leczenia. W przypadku tematów: rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w życiu zawodowym, usługi mieszkaniowe dla osób z zaburzeniami psychicznymi, terapia zajęciowa oraz terapia sportowa i wysiłkowa, oprócz przeglądów systematycznych i RCT uwzględniono również **nierandomizowane badania kontrolowane, rzadziej badania obserwacyjne.** Powodem tego była słabsza liczba badań dotyczących tych czterech tematów, tak że wyłączne włączenie przeglądów systematycznych i RCT nie przyniosłoby żadnych lub zbyt mało wyników, na podstawie których można by ocenić skuteczność tych interwencji. Osobliwości metodologiczne związane z tematami podstaw interwencji psychospołecznych i samopomocy są opisane w odpowiednim miejscu.

Wykluczono badania, w których badana populacja nie spełniała kryteriów *ciężkiej choroby psychicznej* (*severe mental illness* - SMI). Więcej informacji na ten temat można znaleźć w raporcie dotyczącym wytycznych.

**Parametry** wyjściowe, dla których wyodrębniono wyniki badań, to:

— *Cechy charakterystyczne związane z chorobą*, takie jak zmniejszenie

objawów psychicznych/psychopatii, poprawa stanu ogólnego i zdrowia fizycznego, zmniejszenie

nawroty w ostrej fazie choroby, promowanie remisji

— *Cechy związane z leczeniem*, takie jak redukcja

Zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala oraz liczby dni i czasu leczenia stacjonarnego, zmniejszenie liczby przerw w leczeniu, poprawa przestrzegania zaleceń lekarskich i świadomości choroby.

— *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego*, takie jak

Poprawa funkcji społecznych, dostosowania społecznego i integracji społecznej, poprawa perspektyw zawodowych i sytuacji mieszkaniowej.

— *Zadowolenie* pacjentów i ich bliskich, wzrost *jakości życia związanej ze zdrowiem* i pewności siebie

i redukcja doświadczanego stresu

— *Efektywność kosztowa*

### Poziomy dowodów i zaleceń

Dla każdego tematu i parametru wynikowego w streszczeniu przeglądów i badań przedstawiono najwyższy dostępny poziom dowodów. Tabela 1.3 zawiera przegląd poziomów wykorzystanych dowodów ( Tabela 1.3):

Przy ustalaniu stopni zaleceń, na których opierają się poszczególne rekomendacje, uwzględniono następujące czynniki, kierując się kryteriami GRADE (Grading of Recommendations Assessment, De- velopment and Evaluation) [15]:

— *Jakość dowodów:* poziom dowodów rozpatrywanych w ramach

jakość badań i przeglądów.

— *Istotność efektów i wielkości efektów:* Jeśli

interwencja wpłynęła tylko na kilka istotnych dla pacjenta parametrów wynikowych, poziom dowodów dla określenia stopnia rekomendacji może zostać obniżony.

— *Niepewność co do równowagi między skutkami pożądanymi i niepożądanymi:* Na stronie

wysokie ryzyko, że działania niepożądane mogą przeważać lub prowadzić do poważnych obaw, poziom dowodów dla

## 1

|  |  |
| --- | --- |
| . **Tab. 1.3** Klasyfikacja dowodów [14]. | |
| Ia | Dowody z metaanalizy co najmniej 3 randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) lub pojedynczego dużego randomizowanego badania kontrolowanego z wyraźnym wynikiem. |
| Ib | Dowody z co najmniej jednego małego randomizowanego badania kontrolowanego lub metaanalizy mniej niż 3 RCT. |
| IIa | Dowody pochodzące z co najmniej jednego, dobrego pod względem metodologicznym, kontrolowanego badania nierandomizowanego |
| IIb | Dowody pochodzące z co najmniej jednego, dobrego pod względem metodologicznym, badania quasi-eksperymentalnego |
| III | Dowody z solidnych metodologicznie, nieeksperymentalnych badań opisowych, takich jak badania porównawcze, badania korelacyjne i serie przypadków. |
| IV | Dowody pochodzące ze sprawozdań i zaleceń komitetów ekspertów lub opinii ekspertów i/lub doświadczenia klinicznego uznanych autorytetów. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| . **Tab. 1.4** Poziomy rekomendacji | | |
| A | **Zalecenie docelowe:** Większość pacjentów powinna otrzymać tę interwencję w określonej sytuacji i zdecydowałaby się na nią. | Poziom dowodów Ia i Ib |
| B | **Powinno Zalecenie:** Część pacjentów **powinna** otrzymać tę interwencję po wspólnym omówieniu zalet, wad i innych alternatyw. | Poziomy dowodowe IIa, IIb, III lub dowody z poziomu I, które muszą być ekstrapolowane dla konkretnego pytania badawczego. |
| 0 | **Zalecenie opcjonalne:** Brak wystarczających dowodów, aby sformułować **zalecenie** lub wady i zalety są porównywalne. | Poziom dowodów IV lub pochodne od IIa, IIb lub III |
| KKP | **Punkt konsensusu klinicznego**: Zalecenie, dla którego nie można przeprowadzić badań uzasadniających jego słuszność lub które odpowiada szerokiej decyzji dotyczącej wartości i preferencji w naszym społeczeństwie. | Zalecenie na podstawie konsensusu |

określenie stopnia rekomendacji.

— *Niepewność/zmienność wartości i preferencji:* Z dużym prawdopodobieństwem-

Ze względu na prawdopodobieństwo, że pomimo skuteczności interwencji może ona nie być akceptowana przez pacjentów lub część pacjentów, poziom dowodów dla określenia poziomu rekomendacji może zostać obniżony.

— *Niepewność, czy interwencja jest rozsądnym wykorzystaniem zasobów:* Na stronie

wysokie prawdopodobieństwo niekorzystnego stosunku kosztów do korzyści, poziom dowodowy może zostać obniżony w celu określenia poziomu zalecenia.

— *Szeroka możliwość zastosowania w niemieckim systemie opieki zdrowotnej:* Jeśli badania w innych ge-

Poziom dowodów dla określenia stopnia rekomendacji mógłby zostać obniżony ze względu na ograniczoną liczbę badań przeprowadzonych w systemach opieki zdrowotnej oraz bardzo ograniczoną możliwość wdrożenia w niemieckim systemie opieki zdrowotnej.

### Poziomy zaleceń

W zaleceniach zastosowano poziomy rekomendacji przedstawione w tabeli 1.4, przy czym poziomy dowodów mogły być podwyższane lub obniżane na podstawie kryteriów wymienionych powyżej ( Tabela 1.4):

### Opracowanie zaleceń

Wszystkie zalecenia i stopnie zaleceń w niniejszych wytycznych zostały przyjęte w sformalizowanym procesie konsensusu (proces grupy nominalnej). Teksty wytycznych zostały wcześniej rozesłane do wszystkich członków grupy konsensusowej. Uwagi zostały uwzględnione. Procedura i wyniki głosowania w procesie konsensusu są szczegółowo opisane w Raporcie z Wytycznych.

### Aspekty krytyczne metod

Baza dowodowa dotycząca projektowania systemu opieki i interwencji psychospołecznych dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi uległa poprawie, szczególnie w ostatnich latach. Należy przy tym wziąć pod uwagę, że indywidualne, ograniczone interwencje, takie jak psychoedukacja lub trening umiejętności społecznych, są łatwiejsze do zbadania w badaniach kontrolowanych niż złożone modele opieki lub nawet nastawienie terapeutyczne czy orientacja na powrót do zdrowia w instytucjach psychiatrycznych. Ponadto, w miarę rozwoju psychiatrycznego leczenia środowiskowego, modele opieki stają się coraz bardziej komplementarne. Podczas gdy we wczesnych badaniach porównywano głównie psychiatryczne leczenie środowiskowe bezpośrednio ze standardowym leczeniem szpitalnym, w ostatnich dziesięcioleciach pojawiły się bardzo różne modele z wieloma modułami, które łączono na różne sposoby i wdrażano w różnych regionach. Pytania badawcze obejmują obecnie nie tylko dowody dotyczące konkretnych modeli opieki i indywidualnych interwencji o charakterze socjoterapeutycznym, ale także rodzaju i sposobu wdrażania interwencji, integracji z istniejącymi usługami, efektywności kosztowej i specyfiki grupy docelowej.

Grupa konsensusu zgodziła się, że **randomizowane badania kontrolowane (RCT)** i **przeglądy systematyczne RCT dają** największą pewność wyników badania, ponieważ ryzyko błędu **systematycznego jest najmniejsze.** Podkreślono jednak również ograniczenia badań RCT w ocenie złożonych systemów opieki.

modele z czynnikami socjoterapeutycznymi. W szczególności wyzwaniem jest zbadanie, w drodze badań kontrolowanych, który rodzaj wdrożenia i świadczenia usług psychiatrycznych wiąże się z gorszymi lub lepszymi wynikami dla poszczególnych grup pacjentów. W przypadku badań RCT ważne jest precyzyjne zdefiniowanie interwencji i utrzymanie wszystkich innych czynników na stałym poziomie. Czynnikami tymi mogą być cechy pacjenta (płeć, wiek), członkowie profesjonalnego systemu wsparcia (poziom wykształcenia personelu, wierność wdrażania pierwotnego modelu opieki) lub czynniki socjokulturowe (stygmatyzacja, ochrona finansowa, przepisy i praktyki dotyczące wcześniejszego przechodzenia na emeryturę). Dlatego, aby uzyskać jednoznaczne wyniki, badania często nie oceniają bezpośrednio kombinacji terapii i modeli opieki, które są powszechnie stosowane w praktyce. Badania randomizowane, które w badaniach psychiatrycznych trudno przeprowadzić w sposób podwójnie ślepy, są prowadzone w warunkach eksperymentalnych, które często nie odpowiadają rzeczywistości opieki i w których często tylko część populacji docelowej może być uwzględniona ze względu na wymóg zgody pacjentów. Wysoka trafność wewnętrzna badania może zatem prowadzić do problemów z trafnością zewnętrzną oraz z kwestią adekwatności do życia codziennego. Należy to wziąć pod uwagę przy interpretacji badań. Wiele randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących modeli opieki zdrowotnej lub poszczególnych interwencji przeprowadzono w innych systemach opieki zdrowotnej, takich jak Wielka Brytania czy USA. W przeciwieństwie do badań nad farmakoterapią oznacza to, że wyniki nie mogą być bezpośrednio przenoszone na niemiecki system opieki zdrowotnej, ponieważ systemy opieki zdrowotnej ze swoimi szczególnymi warunkami finansowania, historycznie uwarunkowanymi strukturami i innymi czynnikami kontekstowymi wpływają na wdrażanie modeli. Z tego powodu przy opracowywaniu i formułowaniu poszczególnych zaleceń z syntezy dowodów z badań zawsze sprawdzano **możliwość przeniesienia wyników badań do niemieckiego systemu opieki psychiatrycznej** i w przypadku poważnych wątpliwości co do możliwości przeniesienia obniżano ocenę.

**1** Problemy randomizacji w ocenie.

|  |  |
| --- | --- |
| . **Tab. 1.5** Podział środków | |
| **Koszty** | **Kwota €** |
| Fundusze dla Szpitala Uniwersyteckiego w Ulm | 74.600 |
| Fundusze dla Wydziału Medycznego w Lipsku | 46.000 |
| **Ogółem**: kwota finansowania dla wytycznej S3 "Terapie psychospołeczne". | 120.600 |

Pytanie, jak interpretować pozytywne lub negatywne wyniki badań, które obejmują porównania między różnymi modelami przy braku "standardowego leczenia", nasuwa pytanie, czy przy opracowywaniu wytycznych należy brać pod uwagę inne formy dowodów poza badaniami kontrolowanymi. Z jednej strony twierdzi się, że badania w opiece psychiatrycznej bez randomizacji są po prostu szczególnie staranną formą audytu, ponieważ efekt interwencji może być uchwycony tylko w kontrolowanych badaniach z precyzyjnymi pytaniami [16]; z drugiej strony czynniki efektu mogą być często badane tylko w niekontrolowanych badaniach, a finansowanie badań nie jest dostępne w takim samym stopniu dla wszystkich potencjalnie skutecznych interwencji. Dlatego w wytycznych uwzględniono tylko badania randomizowane i przeglądy systematyczne badań RCT dla dobrze zdefiniowanych interwencji psychospołecznych i modeli opieki. W przypadku innych interwencji, takich jak sport i ćwiczenia fizyczne oraz grupy samopomocy, uwzględniono **nierandomizowane badania kontrolowane, jeśli nie** dysponowano wystarczającą liczbą badań RCT. Istotne **badania nieeksperymentalne,** takie jak badania opisowe przeprowadzone w kontekście niemieckiej opieki zdrowotnej, zostały przedstawione w rozdziałach częściowo dla zachowania przejrzystości, ale nie zostały włączone do zbioru badań wykorzystanych do sformułowania zaleceń.

W przypadku większości włączonych badań

wyodrębniono jedynie dane dotyczące **parametrów wynikowych** istotnych dla pacjenta lub (w kilku przypadkach) dane dotyczące efektywności kosztowej. Dlatego też rozważano różne poziomy wyników, ze szczególnym uwzględnieniem nasilenia objawów, wyników funkcjonalnych, takich jak przystosowanie społeczne, jakość życia, wskaźniki nawrotów, zaspokojenie potrzeb itp. Standaryzowane instrumenty i skale nie zawsze były dostępne, dlatego w takich przypadkach stosowano instrumenty wykorzystywane w badaniach.

### Konflikty interesów

Wszyscy członkowie grupy projektowej i eksperckiej, a także uczestnicy rundy konsensusu, zadeklarowali potencjalne konflikty interesów za pomocą formularza (7 Guideline Report). Przedstawiciele przemysłu i biznesu nie brali udziału w przygotowaniu wytycznych.

### Okres obowiązywania wytycznej

Wytyczne zachowują ważność przez 5 lat od daty publikacji. Aktualizacja jest koordynowana przez DGPPN. Grupa autorska czuje się odpowiedzialna za aktualizację wytycznych nie później niż 5 lat po ich opublikowaniu. Aktualność wytycznej jest stale monitorowana, a jej treść poddawana przeglądowi. Jeśli będzie to konieczne, zostanie dodane uzupełnienie lub zostanie wszczęta procedura aktualizacji z wyprzedzeniem, zwłaszcza jeśli pojawią się nowe ustalenia, które prawdopodobnie mogą spowodować znaczącą zmianę ważnych zaleceń.

### Finansowanie wytycznych

S3 Guideline Psychosocial Therapies jest finansowany przez Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii (DGPPN). W tabeli 1.5 przedstawiono podział środków na Szpital Uniwersytecki w Ulm i Wydział Medyczny Uniwersytetu w Lipsku ( Tabela 1.5). Praca ekspertów i uczestników rundy konsensusu została wykonana na zasadzie dobrowolności i bez wynagrodzenia.



**15**

**2**

# Zalecenia i

**Zestawienia w skrócie**

### Podstawy interwencji psychospołecznych - 16

* + 1. Relacja terapeutyczna - 16
    2. Terapia milieu - 16

### Interwencje systemowe - 16

* + 1. Podejścia do wspólnotowej opieki psychiatrycznej - 16
    2. Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w życiu zawodowym - 17
    3. Usługi mieszkaniowe dla osób chorych psychicznie - 18

### Interwencje indywidualne - 19

* + 1. Interwencje psychoedukacyjne dla osób dotkniętych chorobą i ich krewnych, podejścia typu peer-to-peer i rozmowy trójstronne - 19
    2. Trening umiejętności codziennych i społecznych - 20
    3. Terapie artystyczne - 21
    4. Terapia zajęciowa - 21
    5. Terapia sportowa i wysiłkowa - 22
    6. Samopomoc i pojęcia pokrewne - 22

### Matrix Rozdział - 23

* + 1. Podstawowe zasady działania zawodowego - 23
    2. Samostanowienie a obowiązek opieki - 23
    3. Dzieci rodziców chorych psychicznie – 23

### Podstawy interwencji psychospołecznych

### Interwencje systemowe

### Psychiatria wspólnotowa

**2 2.1.1 Relacja terapeutyczna**

### Podejścia do dostaw

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 3** |  |  |  |
| W przypadku niektórych pacjentów można rozważyć leczenie w społeczności terapeutycznej. Koncepcja ta nie jest związana z placówkami lecznictwa zamkniętego.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 1** |  |  |  |
| Osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi mają prawo do uznania ich szczególnych potrzeb i indywidualnych wymagań w zakresie pomocy oraz powinny mieć możliwość i możliwość samodzielnego dochodzenia swoich interesów, organizowania się i samodzielnego określania swoich warunków życia (usamodzielnienie).  **Poziom zalecenia**: **PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 08.11.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 4** |  |  |  |
| W określonych regionach należy stworzyć wspólnotowe psychiatryczne leczenie ambulatoryjne w oparciu o zespół wielozawodowy w celu opieki nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi.  Stopień **zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia.** Ab-  Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

**2.1.2Milieu therapy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 5** |  |  |  |
| Wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne powinny leczyć osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi blisko domu, a w razie potrzeby na zasadzie pomocy doraźnej.  Stopień **zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia.** Ab-  Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 2** |  |  |  |
| Wszystkie interwencje psychospołeczne powinny uwzględniać wyniki badań nad projektowaniem środowisk terapeutycznych.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: Konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 6** |  |  |  |
| Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w ostrej fazie choroby powinny mieć możliwość leczenia przez mobilne zespoły wieloprofesjonalne w określonych regionach opieki w znanym im środowisku życia.  Stopień **zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia.** Ab-  Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 7** |  |  |  |
| Podejście ambulatoryjne powinno być dostępne szczególnie wtedy, gdy istnieje ryzyko przerwania leczenia. | | | |

**Stopień zaleceń: A, poziom dowodów: Ia**. Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus

**Poziom zalecenia: PPP**. Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: Konsensus

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
| **Zalecenie 8** |  |  |  |
| W szczególności należy udostępnić możliwość leczenia ambulatoryjnego dla osób bezdomnych z ciężkimi chorobami psychicznymi. **Stopień zaleceń: A, poziom dowodów: Ia**. Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 11** |  |  |  |
| Zarządzanie przypadkami nie może być zalecane bez zastrzeżeń do rutynowej opieki nad wszystkimi pacjentami, ale powinno być stosowane w sposób ukierunkowany po zbadaniu odpowiednich warunków (np. niska gęstość środowiskowych podejść psychiatrycznych w regionie i/lub wysokie wykorzystanie leczenia szpitalnego).  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów: Ia.**  Głosowanie odbyło się w dniu 17.05.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

**Uwaga**: Poziom rekomendacji tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dostępne badania zostały przeprowadzone głównie w kontekście opieki w innych krajach i dowody musiały być ekstrapolowane.

### Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w życiu zawodowym

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 9** |  |  |  |
| Osoby z przewlekłymi i ciężkimi zaburzeniami psychicznymi powinny mieć możliwość korzystania z leczenia uzupełniającego w znanym im środowisku życia, nawet przez dłuższy okres czasu i poza ostrą fazą choroby.  Stopień **zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia.**  Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

z **Oświadczenie 1**

Terapia zajęciowa może ułatwić przejście do dalszych usług rehabilitacji zajęciowej lub (ponowne) wejście na pierwotny rynek pracy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 10** |  |  |  |
| Głównym zadaniem wieloprofesjonalnych zespołów psychiatrycznych powinno być, oprócz zorientowanego na potrzeby i elastycznego leczenia, współodpowiedzialność za opiekę zdrowotną i psychospołeczną nad osobami dotkniętymi chorobą, a tym samym zapewnienie ciągłości leczenia.  Głosowanie odbyło się w dniu 09.03.2010 → Wynik: Konsensus  Celem powinno być zapewnienie leczenia, które jest dostosowane do indywidualnych potrzeb osób dotkniętych chorobą oraz do intensywności interwencji wymaganych na każdym etapie procesu leczenia. Zgodnie z zapotrzebowaniem na *leczenie ambulatoryjne przed leczeniem szpitalnym, w* miarę możliwości należy unikać leczenia szpitalnego. | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 12** |  |  |  |
| Dla rehabilitacji zawodowej osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, które chcą pracować na podstawowym rynku pracy, należy stosować i rozszerzać programy z szybkim umieszczeniem bezpośrednio na podstawowym rynku pracy i szkoleniem wspomagającym (zatrudnienie wspomagane).  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów: Ia.** Ab-  Głosowanie przeprowadzono w ramach formalnego procesu Delphi w styczniu/lutym 2012 r. → Wynik: poparcie większości (60 %) | | | |

**Uwaga**: Wstępne głosowanie nad poziomem rekomendacji tego zalecenia w ramach formalnego procesu konsensusu w dniu 05.07.2010 r. przyniosło silny konsensus dla poziomu rekomendacji A. W ramach procesu przyjmowania pro-

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

**2** Proces powstawania wytycznych został zatwierdzony przez zarządy towarzystw zawodowych.

Krytycznie zastanawiano się jednak, czy międzynarodowe dowody, które wskazują na dużą skuteczność zatrudnienia wspomaganego i w związku z tym sugerują rekomendację klasy A, można rzeczywiście przenieść do niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, w którym nadal brakuje dowodów na skuteczność na poziomie randomizowanych badań kontrolowanych. Po głębokim namyśle, komitet redakcyjny zarekomendował zmianę oceny rekomendacji na B (zamiast A). Poziom zaleceń został ponownie poddany głosowaniu przez całą grupę wytyczającą w formalnej procedurze Delphi, w której większość uczestników zgodziła się z poziomem zaleceń B, ale nie osiągnięto konsensusu.

Głównym argumentem przemawiającym za możliwością przeniesienia danych do Niemiec lub za zaleceniem klasy A była przytłaczająca liczba międzynarodowych (głównie amerykańskich, ale także niewielka liczba europejskich) randomizowanych badań kontrolowanych, które konsekwentnie wykazywały skuteczność SE.

Głównym argumentem przeciwko możliwości przeniesienia danych do Niemiec lub zaleceniu stopnia B było to, że jedyne jak dotąd dane na poziomie RCT dotyczące SE w Niemczech (niemiecka podpróba studentów EQOLISE) nie wykazały znaczącej wyższości SE w porównaniu z grupą kontrolną (szkolenie przedzawodowe).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 14** |  |  |  |
| Rehabilitacja zawodowa powinna być jeszcze bardziej ukierunkowana na uniknięcie utraty pracy. Wymaga to wczesnego zaangażowania odpowiednich służb i pomocy w przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 05.07.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 15** |  |  |  |
| Dostępność ukończonego szkolenia ma ogromne znaczenie jako podstawa uczestnictwa w życiu zawodowym dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Dlatego też regularne szkolenia wewnątrzzakładowe i inne powinny być dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania i z odpowiednimi usługami wsparcia.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 05.07.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

### Usługi mieszkaniowe dla osób chorych psychicznie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 13** |  |  |  |
| W celu promowania udziału osób poważnie chorych psychicznie w życiu zawodowym, należy również zapewnić usługi zgodne z zasadą "najpierw szkolenie, potem miejsce". Są one szczególnie ważne dla podgrupy osób ciężko chorych psychicznie, dla których znalezienie się na podstawowym rynku pracy nie jest (jeszcze) realistycznym celem. Zachęty finansowe zwiększają skuteczność takich ofert. Połączenie ofert z interwencjami mającymi na celu zwiększenie motywacji lub szybkie przejście uczestników programu do płatnego zatrudnienia przejściowego również zwiększa skuteczność.  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib.**  Głosowanie odbyło się w dniu 05.07.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

z **Oświadczenie 2**

W 1987 roku *Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego* (NIMH) zdefiniował termin "*dom wspierany"* (ang. *supported hou- sing,* assisted living) w następujący sposób: *"*Supported hou- sing koncentruje się na potrzebach i pragnieniach pacjentów z ciężką chorobą psychiczną, stosuje zindywidualizowane i elastyczne procesy rehabilitacyjne oraz uwzględnia prawo do normalnego stałego związku z życiem i stabilizacji kontaktów z siecią społeczną". [17]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 16** |  |  |  |
| Wraz ze wzrostem stopnia instytucjonalizacji nasilają się działania niepożądane i obniża się jakość życia. Dlatego w miarę możliwości należy unikać stałej instytucjonalizacji. **Ocena zalecenia: A**. Głosowanie odbyło się w dniu 08.11.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 19** |  |  |  |
| Ośrodki opieki powinny być zlokalizowane jak najbliżej społeczności lokalnej, aby utrzymać lub promować możliwości kontaktów społecznych dla pacjentów.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 07.05.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

**Uwaga**: Ten poziom zaleceń został przypisany, ponieważ członkowie grupy wytycznej zakładają, że ze względów etycznych w przyszłości nie będą prowadzone randomizowane badania kontrolowane dotyczące znanych i szeroko udokumentowanych negatywnych skutków instytucjonalizacji.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 17** |  |  |  |
| Możliwość zmiany w rozumieniu deinstytucjonalizacji powinna być regularnie badana.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 07.05.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 18** |  |  |  |
| Zróżnicowane opcje mieszkaniowe powinny być dostępne dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, aby promować uczestnictwo i niezależność. Decyzja o rodzaju opieki i formie zamieszkania powinna być podejmowana w zależności od indywidualnego zapotrzebowania pacjenta na pomoc oraz oceny osób bezpośrednio zaangażowanych w leczenie i opiekę, w tym specjalistów z zakresu psychiatrii i psychoterapii oraz otoczenia społecznego, zwłaszcza bliskich. **Stopień rekomendacji: 0, poziom dowodów: III**. głosowanie odbyło się w dniu 07.05.2010 → wynik: konsensus | | | |

### Interwencje indywidualne

* + 1. **Interwencje psychoedukacyjne dla osób dotkniętych chorobą i ich krewnych, podejścia typu peer-to-peer i rozmowy trójstronne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 20** |  |  |  |
| Każda osoba dotknięta poważną chorobą psychiczną ma prawo, poza prawnym obowiązkiem informowania ze strony osób zapewniających leczenie, do otrzymania odpowiednich do sytuacji informacji o swojej chorobie, jej przyczynach, przebiegu i różnych możliwościach leczenia. Świadomość pacjenta jest podstawą współpracy przy podejmowaniu decyzji klinicznych i warunkiem koniecznym zachowań prozdrowotnych. Osoby ze środowisk migracyjnych powinny mieć możliwość otrzymania tych informacji w swoim języku ojczystym (zob. również  S3 wytyczne leczenia schizofrenii DGPPN [1]).  **Poziom zalecenia: PPP**. Głosowanie odbyło się w dniu 27.09.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

z **Oświadczenie 3**

Poszczególni krewni (rodzice, rodzeństwo, partnerzy, dzieci) wnoszą ze sobą różne potrzeby, konflikty i pytania, z których każde otwiera inne perspektywy (zapobiegawcze: dzieci, rodzeństwo; ochronne: doświadczenie stresu rodziców i partnerów; rehabilitacyjne: więzi rodzinne jako pozytywny czynnik prognostyczny, informacyjne: przyjaciele jako dalsza część środowiska społecznego).

i wymagają współpracy w ramach sieci regionalnej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 23** |  |  |  |
| Krewni powinni być włączeni do terapii psychoedukacyjnej. Zarówno oddzielne grupy krewnych, jak i grupy dwuogniskowe okazały się skuteczne.  Stopień **zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia.**  Głosowanie odbyło się w dniu 07.05.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

**2** z **Oświadczenie 4**

W kontekście udzielania informacji, ale także dla kształtowania relacji w całym systemie pomocy, szczególnie ważna jest trójstronna współpraca między osobami dotkniętymi chorobą, krewnymi i profesjonalistami. Jest to zasadniczy warunek wstępny otwartej, pełnej zaufania i udanej współpracy między wszystkimi zaangażowanymi stronami, na podstawie której można realizować wspólne interesy i cele leczenia. Wyniki współpracy trialogicznej nie ograniczają się do indywidualnej relacji terapeutycznej, lecz mają również wpływ na odpowiednie reprezentowanie interesów pacjentów i ich rodzin w sferze publicznej i politycznej, na promowanie jakości i na dalszy rozwój struktur opieki. Tak zwane seminarium psychoz jest dobrym poligonem do tego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 21** |  |  |  |
| Psychoedukacja może być również oferowana w ramach forów trialogowych i seminariów na temat psychozy.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 08.11.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 22** |  |  |
| Aby zoptymalizować zdobywanie wiedzy o chorobie i zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu choroby, ustrukturyzowana  Psychoedukacja powinna być oferowana przez wystarczająco długi czas, a w razie potrzeby wielokrotnie, jako część ogólnego planu leczenia. **Stopień zaleceń: B, poziom dowodów: Ia**.  Głosowanie odbyło się w dniu 08.11.2010 → Wynik: Konsensus | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

**Uwaga**: W przypadku grup dwuogniskowych należy uzyskać zgodę pacjenta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 24** |  |  |  |
| Dowody na skuteczność interwencji psychoedukacyjnych opierają się na badaniach prowadzonych w grupach. Psychoedukacja może być również oferowana w warunkach indywidualnych.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 27.09.2010 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

z **Oświadczenie 5**

Podejścia psychoedukacyjne oparte na modelu peer-to-peer zapewniają pacjentom i ich bliskim alternatywne sposoby pozytywnego wpływania na zdobywanie wiedzy i koncepcji choroby oraz zmniejszania doświadczenia stresu.

### Trening umiejętności codziennych i społecznych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 25** |  |  |  |
| Ponieważ ciężkie choroby psychiczne często wiążą się z upośledzeniem codziennych umiejętności i funkcji społecznych, co znacznie utrudnia uczestnictwo w życiu społecznym, coraz większego znaczenia nabiera pomoc w kształtowaniu własnego życia i umożliwienie uczestnictwa w aktywności społecznej w różnych dziedzinach życia. | | | |

Leczenie pacjentów w tych dziedzinach życia (samoopieka, rodzina, czas wolny, praca, uczestnictwo w życiu społecznym) ma ogromne znaczenie. **Stopień zalecenia: PPP**. Głosowanie odbyło się w dniu 11.08.2010 → Wynik: Konsensus

z **Oświadczenie 6**

Bez samoopieki (dbałość o ciało, ubranie i dom) nie jest możliwe prowadzenie samodzielnego życia z trwałą integracją z rodziną, procesami zawodowymi itp.

z **Oświadczenie 7**

Istnieją dowody na to, że połączenie interwencji, które wzmacniają zarówno funkcje poznawcze, jak i społeczne, przynosi pozytywne efekty.

z **Oświadczenie 8**

Istnieją dowody na to, że przeniesienie umiejętności społecznych nabytych podczas szkolenia do warunków życia codziennego może być skutecznie wspierane przez interwencje towarzyszące.

z **Oświadczenie 9**

Uwzględnienie indywidualnych cech rozwojowych w treningu umiejętności społecznych może zwiększyć jego skuteczność.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 26** |  |  |  |
| Trening umiejętności społecznych powinien być wdrażany jako interwencja w przypadku występowania upośledzenia społecznego w celu poprawy umiejętności społecznych. **Stopień zaleceń: A, poziom dowodów: Ia**.  Głosowanie odbyło się w dniu 11.08.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

**Uwaga**: Na tym etapie nie udało się osiągnąć jednolitego wyniku głosowania. Niektórzy głosujący (5/22 głosy) głosowali za oceną rekomendacji B, a więc za rekomendacją "powinna". Za problematyczne uznano z jednej strony trudno osiągalne ogólnokrajowe wdrożenie treningu umiejętności społecznych, a z drugiej - możliwość przeniesienia wyników, zebranych w większości w grupie osób z zaburzeniami schizofrenicznymi, na całą grupę osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.

### Terapie artystyczne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 27** |  |  |  |
| Trening umiejętności społecznych powinien być włączony do kompleksowej oferty terapeutycznej, zgodnie z indywidualnymi potrzebami osób, których dotyczy.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 11.08.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 28** |  |  |  |
| Terapie artystyczne powinny być oferowane w ramach ogólnego planu leczenia oraz zgodnie z indywidualnymi potrzebami i preferencjami pacjenta, zwłaszcza w celu poprawy objawów negatywnych.  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib.**  Głosowanie odbyło się w dniu 08.11.2010 → Wynik: Konsensus | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

### Terapia zajęciowa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 29** |  |  |  |
| Interwencje terapii zajęciowej powinny być oferowane osobom z ciężkimi chorobami psychicznymi jako część ogólnego planu leczenia i w oparciu o indywidualne potrzeby i preferencje pacjenta.  **Klasa zaleceń B, poziom dowodów: Ib**.  Głosowanie odbyło się w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

**2**

### Terapia sportowa i wysiłkowa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 30** |  |  |
| U osób z rozpoznaniem schizofrenii powinno być  - W zależności od objawów i tendencji, jak również biorąc pod uwagę możliwości fizyczne - interwencje ruchowe są stosowane jako część ogólnej koncepcji multimodalnej terapii.  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów**: **Ib.**  Głosowanie odbyło się w dniu 28.06.2011 → Wynik: Konsensus | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 31** |  |  |
| U osób chorych na schizofrenię należy stosować metody psychoterapii ciała.  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów: IIa.**  Głosowanie odbyło się w dniu 28.06.2011 → Wynik: Konsensus | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 32** |  |  |
| W przypadku pacjentów z depresją regularne ćwiczenia powinny być stosowane w sposób ukierunkowany, z uwzględnieniem możliwości fizycznych pacjenta.  Stopień **zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib.**  Głosowanie odbyło się w dniu 28.06.2011 → Wynik: Konsensus | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 33** |  |  |
| Pacjentów należy zachęcać i kierować do kontynuowania i wykonywania regularnej aktywności fizycznej w życiu codziennym.  **Stopień zaleceń: 0, poziom dowodów: III.** ab-.  Głosowanie odbyło się w dniu 28.06.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 34** |  |  |
| Regularna instruowana aktywność fizyczna powinna być oferowana w celu poprawy objawów psychologicznych, promowania świadomości ciała, odnalezienia wspólnoty i wzmocnienia kondycji.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | |

### Samopomoc i pojęcia pokrewne

z **Oświadczenie 10**

Samopomoc jest obecnie integralną częścią

w systemie wsparcia dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Wspiera umiejętności zarządzania sobą, służy wymianie i aktywizacji zasobów i sił samoleczenia oraz zrozumieniu i akceptacji choroby.

z **Oświadczenie 11**

Krewni osób ciężko chorych psychicznie...

ludzie doświadczają poważnych i różnorodnych stresów i napięć. Jednocześnie są one ważnym zasobem i pełnią zasadniczą funkcję stabilizującą. Dlatego oprócz profesjonalnych możliwości pomocy i wsparcia należy również wspierać podejścia polegające na samoorganizacji samopomocy dla krewnych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 35** |  |  |  |
| Samokontrola jest istotną częścią radzenia sobie z chorobą i powinna być wspierana przez cały proces leczenia.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 36** |  |  |  |
| Poradniki i podręczniki samopomocy powinny być niezależne od interesów, łatwe do zrozumienia i wysokiej jakości.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

z **Oświadczenie 12**

Pomocne wydaje się wskazywanie pacjentom i ich krewnym możliwości uzyskania wsparcia w postaci doradców, podręczników samopomocy i programów szkoleniowych (np. szkolenia w zakresie komunikacji, szkolenia w zakresie samodzielnego zarządzania) oraz zachęcanie ich do tego poprzez dostarczanie konkretnych pozycji literaturowych lub ulotek na temat aktualnych wydarzeń.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 37** |  |  |  |
| Oferty internetowe i komputerowe z możliwością uzyskania profesjonalnej informacji zwrotnej mogą być pomocne przy odpowiedniej motywacji.  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zalecenie 38** |  |  |
| Pacjenci powinni być informowani o grupach samopomocy i grupach dla krewnych, a na życzenie zachęcani do udziału w nich (z NVL Depression).  **Poziom zalecenia: PPP**. Uzgodnienie zakończone sukcesem  te w dniu 24.01.2011 → Wynik: zdecydowany konsensus | | |

z **Oświadczenie 13**

Poradnictwo rówieśnicze może poprawić dostępność i przestrzeganie zasad przez pacjentów i ich krewnych.

### Rozdział o matrycy

### Podstawowe zasady działania zawodowego

z **Oświadczenie 14**

"Celem leczenia jest pacjent, który jest w znacznym stopniu wolny od objawów choroby, zdolny do samostanowienia i który rozważa działania terapeutyczne ze świadomością korzyści i ryzyka. Wymaga to stworzenia całościowego planu leczenia z udziałem pacjenta i wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia, współpracy z bliskimi, koordynacji i współpracy instytucji leczniczych oraz włączenia pomocy nieprofesjonalnej i systemu samopomocy. Wszystkie etapy leczenia (i rehabilitacji) powinny być zintegrowane w tym ogólnym planie leczenia i koordynowane indywidualnie i fazowo w ramach wielospecjalistycznego leczenia, które jest tak blisko domu pacjenta, jak to tylko możliwe." ([1], S. 38)

### Samostanowienie a samostanowienie.

**Obowiązek opieki**

z **Oświadczenie 15**

"*Deklaracja Madrycka z 1996 r*. (tłumaczenie niemieckie Shiffmann i Helmchen 1998) stwierdza, że nie należy przeprowadzać leczenia wbrew woli pacjenta, chyba że wstrzymanie leczenia zagrażałoby życiu pacjenta lub innych osób z jego otoczenia. Leczenie musi zawsze leżeć w najlepszym interesie pacjenta." ([18], S. 61)

### Dzieci rodziców chorych psychicznie

z **Oświadczenie 16**

W celu rozszerzenia i kwalifikacji niezbędnych usług wsparcia dla dzieci i młodzieży

Młodzież pochodząca z rodzin rodziców chorych psychicznie i ich rodziny wymagają "(prewencyjnej) pomocy i sieci współpracy między systemami", jak również zintensyfikowanej

**2** " Współpraca między odpowiedzialnymi

Konieczne jest "zintegrowanie różnych systemów pomocy, zwłaszcza pomocy w zakresie uzależnień, pomocy dzieciom i młodzieży, psychiatrii dla dorosłych i innych usług medycznych". "Nauczyciele, wychowawcy, lekarze, pracownicy socjalni, psycholodzy i pedagodzy, ale także sędziowie rodzinni i policja muszą współpracować w sposób wiążący i interdyscyplinarny "i mieć oko na inne systemy pomocy". Należy również zwrócić większą uwagę na

"tworzenie usług niskoprogowych, działania public relations, szkolenie pracowników w zakresie systemów pomocy oraz możliwości finansowania pomocy". ([19], S. 2)

**253**



# Kontekst i dowody

### Podstawy interwencji psychospołecznych - 26

* + 1. Relacja terapeutyczna - 26
    2. Terapia milieu - 29
    3. Aspekty podstawowe - 32

### Interwencje systemowe - 35

* + 1. Przegląd wybranych podejść do środowiskowej opieki psychiatrycznej - 35
    2. Wielozawodowe psychiatryczne leczenie środowiskowe oparte na zespole - 36
    3. Zarządzanie przypadkami - 52
    4. Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w życiu zawodowym - 62
    5. Usługi mieszkaniowe dla osób chorych psychicznie - 74

### Interwencje indywidualne - 82

* + 1. Interwencje psychoedukacyjne dla osób dotkniętych chorobą

i krewnych, podejścia typu peer-to-peer i trialog - 82

* + 1. Trening umiejętności codziennych i społecznych - 103
    2. Terapie artystyczne - 114
    3. Terapia zajęciowa - 122
    4. Terapia sportowa i ruchowa - 128

### Samopomoc i pojęcia pokrewne - 148

* + 1. Wprowadzenie - 148
    2. Dowody na istnienie indywidualnych form samopomocy - 149

### Podstawy interwencji psychospołecznych

W leczeniu i rehabilitacji osób z chorobami psychicznymi, usługi w zakresie zdrowia psychicznego mają ogromne znaczenie.

Te efekty hospitalizacji sygnalizują rodzaj "wyuczonej bezradności" lub "wyuczonego braku potrzeby" [24]. Samostanowienie, jako możliwość i zdolność do swobodnego działania zgodnie z własną wolą, w niewielkim stopniu jest dane osobom dotkniętym tym problemem.

**3** i fizyczną stabilizację, aktywację

zaufany. Dlatego ważne było, aby osoby dotknięte

Duże znaczenie ma rozwój umiejętności samodzielnego i odpowiedzialnego życia i funkcjonowania w życiu codziennym, a także określenie przydatności do niezbędnych działań terapeutycznych [13]. Podstawy terapii psychospołecznych w tym rozdziale opierają się na promowaniu tych aspektów.

Systematyczne przeszukiwanie literatury nie przyniosło wystarczających wyników. Zidentyfikowano głównie specyficzne badania z Wielkiej Brytanii i USA. Badania te zostały tutaj wymienione, ale dowody nie są wystarczające do sformułowania zaleceń dla praktyki.

### Relacja terapeutyczna

**Postawa pacjenta, empowerment** Termin *empowerment* wywodzi się historycznie z ruchów na rzecz praw obywatelskich i grup interesu upośledzonych grup ludności (ruchy emancypacji kobiet i ruch wyzwolenia Czarnych Amerykanów) i odnosi się do inicjatywy danej osoby [20]. *Empowerment* można najlepiej tłumaczyć jako samoupełnomocnienie [21] i **promowanie własnej inicjatywy** [22]. Co więcej, *upodmiotowienie* jest ważną zasadą na drodze do *wyzdrowienia*. W leczeniu osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, np. w leczeniu odwykowym, istnieje ryzyko, że potrzeby i życzenia pacjentów zostaną zaniedbane. Osoby, których to dotyczy, mogą mieć poczucie, że nie są traktowane poważnie. *Empowerment* powinien jednak pomóc pacjentom "pomóc sobie" [23]. Nawet po długotrwałej hospitalizacji pacjenci często przejawiają zachowania i doświadczenia, które są postrzegane jako rzucające się w oczy (problemy z komunikacją i kontaktem, zachowania agresywne, zachowania kompulsywne itp.)

Chorzy nie powinni być pozostawieni w stanie niezależności, zależności i bezradności, ale powinni być wspierani i zachęcani podczas leczenia i w swoim środowisku do określania własnych życzeń i celów oraz podejmowania decyzji [25].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 1** |  |  |  |
| Osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi mają prawo być postrzegane w swoich szczególnych potrzebach i indywidualnie zróżnicowanym zapotrzebowaniu na pomoc oraz powinny mieć możliwość i pozycję do samodzielnego dochodzenia swoich interesów, organizowania się i indywidualnego określania swoich warunków życia. (Self-empowerment) **Stopień rekomendacji: CCP** | | | |

Podobne zalecenie można znaleźć w praktycznej wytycznej "Rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi": "Nadrzędnym celem interwencji psychiatrii społecznej w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi jest towarzyszenie procesowi terapeutycznemu i promowanie *wzmocnienia* uczestników do równego uczestnictwa w życiu w społeczności (mieszkanie i czas wolny) i w życiu zawodowym" ([13], s. 133).

W ramach *empowermentu,* pa-

pacjent czuje się bezpiecznie w swoim środowisku i **uczy się umiejętności,** które pomagają mu **mobilizować odpowiednie zasoby i szukać wsparcia** w obliczu nowych sytuacji [26]. Według Jacobsona i Greenleya (2001), główne komponenty *empowermentu* zostały zdefiniowane następująco:

1. Autonomia*:* zdolność do funkcjonowania jako niezależna osoba,
2. *Odwaga:* chęć podejmowania ryzyka i *odwaga,* aby zrobić krok, jak również
3. Odpowiedzialność [27].

Sukces *podejścia empowerment* wymaga, aby pacjent był zainteresowany i aktywnie zaangażowany oraz aby osoby zaangażowane w terapię wspierały ten proces [23]. *Empowerment* oznacza **wolność wyboru**, **niezależność i samostanowienie** pacjenta [26].

Badania indywidualne wykazały, że **obecność kontaktów społecznych** i **wyższa jakość życia mają** pozytywny wpływ na poczucie własnej wartości [28-30].

Corrigan i współpracownicy (1999) zbadali w badaniu.

35 pacjentów z ciężkimi przewlekłymi chorobami psychicznymi (schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, dwubiegunowe i depresyjne), którzy byli leczeni stacjonarnie co najmniej 3 razy w ciągu ostatnich 2 lat, nie byli w stanie pracować z powodu choroby i szukali dobrego programu terapeutycznego ze względu na ostre objawy psychiczne [28]. Celem tego badania była analiza poprawności konceptualnej empowermentu przy użyciu Skali Empowermentu [31]. Autorzy badali skuteczność orientacji na siebie (pewność siebie pacjenta w obliczu stygmatyzacji społecznej) i orientacji na społeczność (wpływanie na społeczeństwo w celu zmniejszenia wpływu stygmatyzacji). Pacjenci z **wysoką samooceną zgłaszali wzrost poczucia własnej wartości i poprawę jakości życia**. Stwierdzono związek między orientacją na upodmiotowienie a jakością życia, samooceną i wsparciem społecznym oraz objawami psychologicznymi. Zorientowanie na społeczność było związane z poczuciem własnej wartości, zasobami, zrozumieniem i pochodzeniem etnicznym [28].

W innym badaniu wykazano **trafność i spójność szwedzkiej wersji skali empowerment** autorstwa Rogersa i współpracowników (1997) [31]. Jednym z celów tego badania było ustalenie zależności pomiędzy empowerment a czynnikami wpływającymi na ten proces. Do badania włączono 176 pacjentów, z których 92 uczestniczyło w 6-letniej obserwacji. 60 % pacjentów cierpiało na schizofrenię. Wyniki wykazały **istotne dodatnie korelacje pomiędzy upodmiotowieniem a siecią społeczną, funkcjonowaniem psychospołecznym i subiektywną jakością życia**. Wyniki wskazują na istotną korelację między piętnem a samooceną i aktywnością [29].

**Związek pomiędzy upodmiotowieniem a dochodami i uczestnictwem w życiu społeczności** został zbadany przez Lloyda i współpracowników (2010) w badaniu quasi-eksperymentalnym. 161 pacjentów z

Do badania włączono pacjentów publicznych zakładów psychiatrycznych chorych na schizofrenię, depresję, chorobę dwubiegunową lub schizoafektywną, zaburzenia lękowe lub zaburzenia osobowości. Tylko nieliczni pacjenci byli zatrudnieni. **Wyższe wyniki w** zakresie upodmiotowienia i powrotu do zdrowia były statystycznie istotne **u pacjentów, którzy mieli zatrudnienie, w porównaniu** z tymi, którzy otrzymywali wsparcie finansowe od państwa. Osoby z zaburzeniami dwubiegunowymi uzyskały wyższe wyniki w zakresie powrotu do zdrowia i wzmocnienia w porównaniu z osobami ze schizofrenią lub depresją. Autorzy stwierdzili, że diagnoza ma znaczenie jako subiektywny i obiektywny wskaźnik powrotu do zdrowia [30].

Promowanie ***procesów empowermentu* powinno być zintegrowane z każdym podejściem terapeutycznym,** ponieważ podejścia terapeutyczne *zorientowane na empowerment* mogą zwiększyć poczucie własnej wartości u pacjenta [25;32;33].

Lecomte i współpracownicy (1999) byli w stanie wykazać w randomizowanym badaniu kontrolowanym, że zastosowanie specjalnego **modułu samooceny** może poprawić umiejętności *radzenia sobie z problemami* [32]. Zastosowany moduł został podzielony na 5 bloków [23]:

1. Bezpieczeństwo (nauka radzenia sobie z krytyką i próba lepszego poznania otoczenia);
2. Tożsamość (samoświadomość, uznanie własnych pragnień);
3. Przynależność (zdolność do pomagania innym, do pracy z innymi);
4. Ukierunkowanie (określanie celów, podejmowanie decyzji) i
5. Kompetencje (rozpoznawanie mocnych i słabych stron).

Autorzy zwracają uwagę, że moduł i interwencje grupowe mogą przynosić pozytywne efekty, ale czas ich trwania zależy od stałego wsparcia ze strony środowiska.

Borras i współpracownicy (2009) zastosowali się do zasady Lec- tome'a (1999) i zbadali skuteczność tego samego modułu u pacjentów ze schizofrenią. W tym badaniu strategie radzenia sobie "obejmowały" takie obszary, jak stawianie czoła nowym lub napiętym sytuacjom. Wyniki pokazują, że również w tym badaniu można osiągnąć poprawę w zakresie strategii radzenia sobie, stosując to podejście terapeutyczne [33] (7 rozszerzonych zaleceń dotyczących działania).

#### Partycypacyjne podejmowanie decyzji

**Komunikacja lekarz-pacjent** jest ważną częścią leczenia. Badania wykazały, że dobra komunikacja między nimi zwiększa zadowolenie pacjenta z leczenia i prawdopodobieństwo pomyślnego wyniku.

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

Koncepcja empowermentu obejmuje osobistą kontrolę nad własnymi warunkami życia i uczestnictwo w działaniach.

łącznie z wolnym wyborem lekarzy lub osób towarzyszących oraz wszystkich środków leczenia i rehabilitacji.

W ramach leczenia psychiatrycznego można wspierać zdolność pacjenta do korzystania z jego zdolności umysłowych, zachęcając go do udziału w określonych zajęciach.

**3** z innymi, w celu osiągnięcia wspólnych

W ten sposób

i dać im więcej pewności siebie.

do osiągnięcia swoich celów. Podejście empowerment wymaga zatem od całego personelu psychiatrii społecznej przyjęcia fundamentalnej postawy, która daje osobom dotkniętym chorobą psychiczną jak najwięcej swobody w podejmowaniu decyzji we wszystkich obszarach ich życia osobistego.

(Ponowne) osiągnięcie poczucia własnej wartości i uznanie w społeczeństwie są promowane. Czynniki te są zasadniczo związane z procesem powrotu do zdrowia. Badania z wykorzystaniem specjalnych programów szkoleniowych wykazały, że proces upodmiotowienia w sensie poczucia własnej wartości i uznania w społeczeństwie może być promowany.

odpowiedzialność zostaje przeniesiona. Specjalistyczne szkolenia dla profesjonalistów (*SFT*) mogą także przyspieszyć proces upodmiotowienia. Nie ulega wątpliwości, że kontakty społeczne i wyższa jakość życia mają pozytywny wpływ na empowerment.

Zaufanie pacjenta do lekarza prowadzącego może zwiększyć prawdopodobieństwo stosowania się do zaleceń terapeutycznych [34]. Zwraca się również uwagę, że "dobry kontakt" między nimi wzmacnia zaufanie pacjenta do lekarza prowadzącego, co koreluje ze wzrostem powodzenia leczenia [35;36]. Laine i współpracownicy (1996) zwracają uwagę, że zaangażowanie pacjenta w proces leczenia w sensie **partycypacyjnego podejmowania decyzji** może mieć **efekty promujące zaufanie** [37]. Z zasady pacjenci oczekują wyczerpującej informacji o swojej chorobie i udziału w podejmowaniu ważnych decyzji, poza decyzjami terapeutycznymi lekarza [38]. W tym kontekście *wspólne* podejmowanie *decyzji* jest procesem interakcji, w którym pacjent i lekarz są aktywnie zaangażowani i podejmują wspólnie odpowiedzialną decyzję na podstawie wspólnych informacji [39;40].

"Podejmowanie decyzji w sposób partycypacyjny oznacza indywidualizację leczenia i *upodmiotowienie* pacjenta" ([41], s. 64).

Wspólne zdefiniowanie problemu, wyjaśnienie alternatywnych rozwiązań i związanego z nimi ryzyka przez praktyka, a następnie wspólny proces decyzyjny stanowią **podstawowe elementy partycypacyjnego** podejmowania decyzji [38]. Sposób podejmowania decyzji zależy jednak od stanu klinicznego, preferencji i upodobań chorego. Mając to na uwadze

etapy wdrażania partycypacyjnego podejmowania decyzji (Tabela 3.1). Wytyczne S3 National Care Guidelines for Unipolar Depression (2009) również zawierają odniesienie do tych kroków [3].

**Podejmowanie decyzji** w **sposób partycypacyjny** jest szczególnie korzystne w przypadku wyboru różnych opcji terapeutycznych, które z zasady mają taką samą wartość i mogą być ocenione dopiero po wspólnym uzgodnieniu [38]. Proces ten wymaga chęci i zgody pacjenta. Należy jednak zauważyć, że partycypacyjne podejmowanie decyzji nie zawsze jest znaczące lub możliwe do zastosowania. Należy rozważyć takie **ograniczenia,** jak ciężkość choroby i znaczenie decyzji dla pacjenta [3;40]. Należy wziąć pod uwagę ograniczenia możliwości w ciężkich stadiach choroby, na przykład gdy zdolność pacjenta do wyrażenia zgody jest ograniczona. Istnieje jednak wiele alternatywnych metod leczenia, szczególnie w przypadku ciężkich chorób psychicznych i długich okresów choroby.

■ **Specjalne szkolenie dla pracowników służby zdrowia psychicznego**

Liczne badania pokazują, że istnieje **potrzeba szkolenia** pracowników służby zdrowia psychicznego w zakresie strategii komunikacyjnych pomiędzy pracownikami a pacjentami. Badania naukowe wykazały, że

|  |  |
| --- | --- |
| . **Tab. 3.1** Etapy działania w partycypacyjnym podejmowaniu decyzji [42;43]. | |
| 1. | informować, że decyzja jest w toku |
| 2. | Sformułowanie równości partnerów |
| 3. | Informowanie o wyborach |
| 4. | Informowanie o zaletach i wadach opcji |
| 5. | Pytaj o zrozumienie, myśli i oczekiwania |
| 6. | Określenie preferencji |
| 7. | Negocjowanie decyzji |
| 8. | podjąć wspólną decyzję |
| 9. | osiągnięcie porozumienia w sprawie wykonania decyzji |

Ponadto, zwiększone zadowolenie pacjentów po leczeniu przez specjalnie wyszkolonych specjalistów. Celem było dalsze rozwijanie u lekarzy pewnych umiejętności, takich jak rozpoznawanie niezbędnych zasobów i możliwości pacjenta, respektowanie jego punktu widzenia oraz utrzymywanie trwałej relacji z pacjentem [44-46].

### Terapia środowiskowa

W terapii osób z ciężkimi chorobami psychicznymi należy wziąć pod uwagę szeroki zakres aspektów środowiskowych. W tym kontekście termin "milieu therapy" odnosi się do **wszystkich ukierunkowanych zmian terapeutycznych w zakresie czynników środowiskowych** (np. warunków strukturalnych i struktur organizacyjnych) **oraz interakcji interpersonalnych [47].** Czynniki środowiskowe związane są z otoczeniem społecznym pacjenta i środowiskiem leczenia. Środowisko kliniki zawsze wywiera wpływ, który może mieć pozytywny, negatywny, wspierający lub utrudniający przebieg terapii [48]. Podstawą terapii milieu powstała z konfrontacji z dawnych, jak również bardziej aktualne negatywne doświadczenia z wcześniejszych szpitalach i środowiskach leczenia.

"środowiska instytucjonalne" [49]. Terapia milieu zyskała na znaczeniu w latach 60. Zasadnicze znaczenie miały tu ustalenia dotyczące negatywnych wpływów środowiska szpitalnego. Badania wykazały, że hospitalizm i niekorzystne wpływy środowiska mogą szczególnie nasilać objawy negatywne, a tym samym negatywnie wpływać na przebieg leczenia i powodzenie terapii [50-53]. **Celem milieu terapii** jest stworzenie korzystnego środowiska dla optymalnego przebiegu leczenia [47;48].

#### Terapia milieu i projektowanie milieu

**Terapia środowiskowa** odnosi się do różnych działań, które przyczyniają się do stworzenia atmosfery mającej pozytywny wpływ na proces leczenia. W ten sposób terapia środowiskowa tworzy odpowiednie ramy dla innych form terapii oraz dla odzyskania samodzielności i umiejętności [47]. Terapia środowiskowa jest ważnym podejściem terapeutycznym do tworzenia środowiska w placówkach lecznictwa zamkniętego i dziennego, którego celem jest rozwój i poprawa umiejętności społecznych poprzez udział pacjentów w ważnych codziennych czynnościach podczas ich pobytu w szpitalu [54-56].

**Celem terapii środowiskowej** jest nie tylko

Projektowanie ram zewnętrznych, ale także unikanie bierności i tworzenie rozproszenia uwagi. Świadome projektowanie środowisk terapeutycznych może również otworzyć nowe przestrzenie znaczeniowe dla pacjentów w warunkach ambulatoryjnych (np. oddziały ambulatoryjne) i dziennych oraz prowadzić do większej odpowiedzialności za siebie. Aby osiągnąć pozytywne efekty, miejsca i środowiska muszą być zaprojektowane w sposób, który szczególnie sprzyja leczeniu z psychologicznego, społecznego i strukturalnego punktu widzenia. Wielokrotnie podkreślano znaczenie środowiska ekologicznego (aspekty strukturalne i architektoniczne środowiska terapeutycznego) dla sukcesu terapeutycznego leczenia stacjonarnego [48].

■ **Cechy terapii milieu**

Pacjenci, którzy byli leczeni w **motywującym** i niedominującym **środowisku,** w którym odgrywają aktywną rolę.

pozostawały w społeczności dłużej po wyjściu na wolność [57;58]. Przyczynił się do tego **nacisk na autonomię i niezależność** oraz możliwość wyrażania uczuć [59]. To, że osoby prowadzące leczenie były postrzegane przez pacjentów jako przystępne i otwarte, jest jedną z najważniejszych cech pozytywnego projektowania środowiska [60]. Ciężkość choroby ma wpływ na ocenę **percepcji leczenia** przez pacjenta [61]. Friedman i współpracownicy (1986) wykazali, że kobiety oceniały swój program leczenia bardziej pozytywnie w porównaniu z mężczyznami [62]. Według Moosa (1997), związki pomiędzy cechami demograficznymi i osobowościowymi a postrzeganym środowiskiem leczenia są parsymoniczne i niezbyt spójne [63]. Zgodne jest natomiast stwierdzenie, że pacjenci należący do mniejszości społecznej gorzej oceniają środowisko leczenia ze względu na słabą integrację [64]. Pederson i Karterud (2007) byli w stanie potwierdzić ustalenia Moosa w swoim badaniu [65]. Różnice indywidualne, takie jak wiek i płeć, edukacja szkolna, diagnoza i symptomatologia, a także problemy interpersonalne wydają się być istotne, jednak cechy osobiste wyjaśniają tylko niewielką część różnic.

**3**

*Atmosfera* na oddziale może być oceniana za pomocą *Ward Atmosphere Scale* (WAS), często używanej skali do pomiaru i określania aspektów środowiska w programach leczenia. Skala ta została pierwotnie opracowana w latach 60. przez Moosa (1974) [66]. Na tej skali oparty jest formularz oceny oddziału (SBB) w Niemczech [67].

Ellsworth i współpracownicy (1979) badali **wpływ cech środowiska i leczenia w programach leczenia zamkniętego** na skuteczność leczenia [58;68]. Do badania włączono 11 283 pacjentów z 18 szpitali US *Veterans Administration.* W sumie zdefiniowano 191 cech programu (68 cech dotyczących ustawienia i 123 cechy dotyczące leczenia). Charakterystyka leczenia związana z leczeniem farmakologicznym i psychologicznym, środowisko placówki i procesy dokumentacji medycznej, a także aktywność społeczna pacjenta, psychospołeczna charakterystyka personelu oraz obserwacja. Dane zbierane były w momencie włączenia pacjenta do badania oraz 3 miesiące po jego wypisie.

Tylko 6 spośród badanych cech leczenia i 3 spośród cech otoczenia okazało się być istotnymi czynnikami wpływającymi na ekspresję lęku i depresji, witalność, dystans i wiarę w możliwości, zaangażowanie interpersonalne, zamartwianie się, zaburzenia i socjalizację zewnętrzną. Trzy **zmienne** dotyczące **ustawień** to oddzielna sala telewizyjna, odsetek pacjentów z dłuższym pobytem w szpitalu (ponad 3 miesiące) oraz odsetek pacjentów, którzy wcześniej byli samotni na oddziale. **Charakterystykę leczenia** stanowiły:

— **Aktywność pacjentów** (liczba pacjentów zakwalifikowanych do kategorii szczególnie biernych była mniejsza na oddziałach o lepszej skuteczności leczenia),

— **Przepisywanie leków** (przepisywanie po wypisie leków uspokajających w większych dawkach oraz leków przeciwpsychotycznych dla pacjentów neurotycznych miało negatywny wpływ na powodzenie terapii),

— **Porządek i organizacja ze strony personelu** (nadmierny nacisk na porządek i organizację prowadził do niepożądanych efektów, dlatego przyjęto, że wysoki poziom kontroli zakłóca interakcję między lekarzem a pacjentem),

* **Niestabilność zmian personelu pielęgniarskiego** (częste zmiany powodują, że personel nie jest w stanie regularnie prowadzić terapii grupowych, gdyż niezawodność i ciągłość pracy personelu są niezbędne do koordynacji działań społecznych i terapeutycznych pacjenta).

Podobnie Gunderson (1978) opisał 3 **podstawowe cechy** środowisk pozytywnie efektywnych [55]:

1. Podział obowiązków i uprawnień do podejmowania decyzji,
2. Określenie programów, ról i przywództwa, jak również
3. intensywna komunikacja i interakcja między personelem a pacjentami.

Ponadto Gunderson (1978) wskazał, że kontrola **środowiska** zewnętrznego i bezpieczeństwo, wsparcie poprzez zachętę i poradnictwo, strukturyzacja poprzez programy, tygodniowe harmonogramy i porządek w oddziale, zaangażowanie w grupy i spotkania oraz uznanie (np. odosobnienia) są jednymi z najważniejszych **zasad projektowania środowiska** [55].

Z kolei Deister określa **strukturę projektu środowiska, biorąc pod uwagę projekt** strukturalny i organizacyjny oraz postawę terapeutyczną personelu psychiatrycznego [47]:

— Lokalizacja placówki jak najbliżej środowiska społecznego mieszkańca,

— Uwzględnienie warunków konstrukcyjnych,

— Zaprojektowanie otoczenia stacji w sensie żywej atmosfery,

— Mieszanka płci na oddziałach,

— Możliwość samodzielnego zaprojektowania otoczenia przez pacjenta, jak również

— właściwa postawa personelu terapeutycznego.

Heim (1984) podsumowuje **cele podejścia milieu-terapeutycznego** w postaci uczestnictwa, otwartej komunikacji, społecznego uczenia się i życia w społeczności [69].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 2** |  |  |  |
| Wszystkie interwencje psychospołeczne powinny uwzględniać wyniki badań nad projektowaniem środowisk terapeutycznych.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

z **Typy środowisk**

Współcześnie terapia milieu rozwinęła się w formy socjotechniczne, psychodynamiczne i behawioralne [70]. Podejście psychodynamiczne wywodzi się od Sulli- vana (1931), Menningera (1936) oraz Cumminga i Cumminga (1962) z USA [71-73]. W Anglii podejście milieu-terapeutyczne zostało wykorzystane w rozwoju pierwszych społeczności terapeutycznych po II wojnie światowej [74]. Podobnie psychodynamiczne podejście do terapii milieu jest szeroko rozpowszechnione w krajach północnych, a także w Niemczech i Austrii [75]. Niewiele z dotychczasowych badań traktowało milieu therapy jako podejście zbliżone do rodzinnego. Bloor i współpracownicy (1988) donosili o klinikach w Anglii, gdzie podejście było podobne do tego z prywatnego życia. Wiele czynności wykonywanych przez pacjentów polegało na wykonywaniu codziennych rutynowych czynności, takich jak mycie, robienie zakupów, gotowanie, a także drobne naprawy [76].

Działania milieu-terapeutyczne należy podejmować indywidualnie w zależności od istniejącej diagnozy.



Emergency

Długoterminowe

Ostra

leczenie

Rehab

Scena

Psychoterapia

bilitative

**Odblaskowa**

**Aktywacja**

**Wspieranie**

**Wyrównanie**

**Struktura**

. **Rys. 3.1** Kształtowanie się środowiska w zależności od różnych etapów leczenia. (za Deister 2003 [47], s. 802)

nosa oraz stopień zaawansowania choroby u pacjenta [47]. Heim (1984) również wyszczególnił różne typy środowiska w odniesieniu do różnych grup pacjentów [69]. Deister (2003) również odwołuje się do tego podejścia i podkreśla znaczenie indywidualnego środowiska (rys. 3.1).

**Społeczności terapeutyczne** Społeczności terapeutyczne są **specjalną formą terapii milieu.** Opierają się one na założeniu, że społeczność wszystkich pacjentów, którzy wspierają się wzajemnie w procesie terapii, może być skuteczna terapeutycznie [49].

**Doświadczenia ze społecznościami terapeutycznymi** istnieją już od dawna; znane są liczne przykłady z więzień i szpitali specjalnych. Koncepcja społeczności terapeutycznej była również istotnym elementem międzynarodowych procesów reformy psychiatrii. Rozróżnia się model "demokratyczny" i model "oparty na pojęciach" lub "hierarchiczny". **Model demokratyczny** został opracowany przez Maxwella Jonesa ([77]) i ma na celu szeroki zakres diagnostyczny, umiarkowanie ustrukturyzowany harmonogram dnia i demokratyczną organizację. **Model hierarchiczny** jest realizowany w wyspecjalizowanych społecznościach terapeutycznych pracujących z określoną grupą docelową, zwłaszcza z osobami uzależnionymi. Plan dnia i program leczenia są bardzo ustrukturyzowane. Podejście terapeutyczne

Początki wspólnot sięgają lat 40-tych XX wieku, kiedy to pacjenci cierpiący na choroby psychosomatyczne i/lub somatopsychiczne w wyniku wojny pomagali sobie nawzajem. W niektórych przypadkach praca odbywała się w bardzo dużych grupach. Powodem tego był brak terapeutów [78]. Jest to podejście stosowane np. w szpitalach czy więzieniach, za pomocą którego starano się poprawić współżycie i procesy terapeutyczne poprzez ukierunkowane interwencje na poziomie grupy i organizacji. W społecznościach terapeutycznych pacjenci powinni być odpowiednio informowani o leczeniu, włączani w proces podejmowania decyzji (7 Rozdz. 3.1.1, Podejmowanie decyzji z udziałem pacjenta) oraz uświadamiani o konsekwencjach określonych zachowań [79;80].

**3**

W systematycznym przeglądzie dokonanym przez Lees i Rawlings (1999) badano **skuteczność społeczności terapeutycznych** dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Przyjrzeli się oni 58 badaniom o różnej konstrukcji. Z metaanalizy wynika, że pacjenci w społecznościach terapeutycznych osiągnęli znaczący wzrost *samooceny w* porównaniu z grupą standardową. Ponadto uzyskano wpływ na inne parametry zewnętrzne, takie jak redukcja przemocy i negatywnych cech zachowania. Stwierdzono istotną korelację między czasem trwania leczenia w społeczności terapeutycznej a redukcją objawów negatywnych. Tak więc pozytywne efekty obserwowano na ogół u pacjentów, którzy nie zostali wcześniej wypisani. Podsumowując, istniały **silne dowody na skuteczność leczenia w społecznościach terapeutycznych** [77].

W brytyjskim badaniu Hodge i współpracownicy (2010) sprawdzili **skuteczność** tygodniowej, jednodniowej **społeczności terapeutycznej.** Do badania włączono 31 pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.

że społeczności terapeutyczne mogą być pomocne w rozwiązywaniu problemów związanych z samookaleczaniem. Ze względu na małą liczebność próby nie można sformułować dalszych istotnych statystycznie stwierdzeń [81].

Podobne wyniki uzyskano w badaniu Loat (2006), ale w bardzo małej próbie pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi (N 12). Zbieranie danych opierało się na wywiadzie, którego celem było określenie doświadczeń związanych ze wspólnym wsparciem w ramach społeczności terapeutycznej. Prowadzący badania byli w stanie wykazać, że **pacjenci pozytywnie** oceniali **wspólne wsparcie i dzielenie się doświadczeniami z innymi.** Ponadto, badanie to było w stanie pokazać różne sposoby, w jakie można zastosować wspólne wsparcie między pacjentami w społecznościach terapeutycznych i jakie skutki może to mieć dla każdej jednostki [82].

Społeczności terapeutyczne dążą w miarę możliwości do samodzielności pacjenta [47]. W psychiatrii klinicznej koncepcja społeczności terapeutycznej odgrywa dziś niewielką rolę, między innymi ze względu na skrócenie czasu pobytu. Największe znaczenie może mieć w klinikach dziennych, na oddziałach rehabilitacyjnych, psychoterapeutycznych, ale także na ostrych oddziałach psychiatrycznych [49].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 3** |  |  |  |
| W przypadku niektórych pacjentów można rozważyć leczenie w społeczności terapeutycznej. Koncepcja ta nie jest związana z placówkami lecznictwa zamkniętego.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

### Aspekty podstawowe

choroby i 20 osób z psychiatrii

Profesjonalny personel. Ze wszystkimi uczestnikami przeprowadzono wywiady na początku i po 12 miesiącach. Celem było zarejestrowanie głównych problemów pacjentów. Wcześniejsza analiza ilościowa danych wykazała statystycznie istotną poprawę w funkcjonowaniu społecznym i stanie psychicznym. W analizie jakościowej autorzy wykazują, że wyniki przemawiają na korzyść tej tygodniowej, całodziennej społeczności terapeutycznej. Najważniejszą zaletą tej placówki jest wspólne doświadczenie z innymi, podobnie chorymi pacjentami. **Pacjenci twierdzą, że dzielenie się problemami i doświadczeniami zmniejsza poczucie stygmatyzacji i izolacji.** Autorzy konkludują,

#### Powrót do zdrowia - cel interwencji psychospołecznych

Termin *recovery* zyskał w ostatnich latach na znaczeniu w postępowaniu z ciężkimi chorobami psychicznymi i można go przetłumaczyć jako: "powrót do zdrowia, naprawa, rekonwalescencja, odzyskanie, ponowne odkrycie". W kontekście niniejszych wytycznych w niektórych miejscach tekstu termin *reco- very* jest tłumaczony jako powrót do zdrowia. Początkowo *powrót do zdrowia* był uważany za para- metr wynikowy. Na początku lat 80.

nową definicję *zdrowienia,* w której zostało ono opisane jako proces rozwojowy w kierunku sensownego życia [83].

**Odzyskanie**

*Powrót do zdrowia* jest osobistym procesem zmiany postaw, wartości, uczuć i celów. Jest to droga do satysfakcjonującego, pełnego nadziei i społecznie osadzonego życia w granicach choroby. *Wyzdrowienie* obejmuje również rozwój poczucia sensu życia w procesie przezwyciężania konsekwencji choroby psychicznej (definicja wg Anthony'ego, 1993 [83] w Cranach, 2007 [84]). Dla terapeuty ***orientacja*** na powrót do zdrowia oznacza wspieranie nadziei pacjenta na wyzdrowienie.

aby podtrzymać oczekiwanie poprawy i powrotu do zdrowia [22;85].

Chociaż wpływ orientacji na powrót do zdrowia na projektowanie usług psychiatrycznych jest coraz większy, obecnie nadal nie ma jasności co do tego, co ten termin właściwie oznacza w odniesieniu do różnych chorób psychicznych. Krytycy tego terminu podkreślają brak jednoznaczności, ale także możliwe oderwanie od rzeczywistości i niebezpieczeństwo zbyt optymistycznej oceny przebiegu ciężkiej choroby psychicznej, co może także prowadzić do rozczarowania z powodu nieuzasadnionych nadziei. Jednakże, wykorzystanie procesu zdrowienia jako zasady przewodniej dla celu lepszego uczestnictwa w społeczeństwie pomimo choroby jest konsensusem w wielu krajach i systemach opieki zdrowotnej i jest coraz bardziej wspierane przez literaturę. Opracowano ramy koncepcyjne dla klasyfikacji różnych wymiarów zdrowienia, które przyczyniają się do wyjaśnienia tego terminu [86;87].

*Odzyskanie* opisuje zatem proces, w którym

W ten sposób osoby dotknięte chorobą mogą przezwyciężyć osobiste, społeczne i socjalne konsekwencje choroby psychicznej i odnaleźć drogę powrotną do satysfakcjonującego życia. Wyzdrowienie nie musi oznaczać wyleczenia, ale raczej **uczestnictwo w życiu** społecznym pomimo choroby [83]. *Powrót do zdrowia* jest więc dłuższym procesem, który obejmuje m.in. radzenie sobie z

choroby oraz aspekt integracji społecznej [88;89]. Ważnym **celem** *zdrowienia* jest remisja, a nadzieja jest ważnym elementem na drodze do tego **celu.**

Remisja nie musi oznaczać braku objawów. Objawy mogą być nadal obecne, ale mogą mieć lżejszy charakter i nie prowadzić do znaczącego upośledzenia codziennego życia lub utrudniać funkcjonowanie społeczne i zawodowe. W celu określenia remisji należy zastosować kryterium objawowe oraz kryterium czasowe. Przez pewien czas (co najmniej 6 miesięcy [88] lub co najmniej 2 lata [90]) liczba kluczowych objawów powinna być utrzymywana poniżej wartości progowej. *Rysunek-*

*Grupa Robocza* ds. *Schizofrenii* zdefiniowała

remisja objawowa w zakresie objawów negatywnych i pozytywnych, omamów, urojeń i innych zachowań związanych z chorobą [91]. Ważne jest również wzmocnienie ***odporności***. *Odporność* opisuje zdolność do elastycznego przystosowania się do trudnych sytuacji życiowych bez poważnego uszczerbku na zdrowiu i samostygmatyzacji ([88], s. 11).

**Nadzieja** jako ważny element w *re*

*Proces zdrowienia* można zdefiniować jako osobiste przekonanie, że *wyzdrowienie* jest możliwe. Znalezienie i utrzymanie nadziei oznacza między innymi:

—rozpoznać i zaakceptować istnienie problemu

— Priorytety zamówień

— dążenie do zmian

— skup się na swoich mocnych stronach zamiast na słabościach

— Patrz w przyszłość i ćwicz optymizm

Uczcij — małych kroków

— uwierz w siebie [92]

Inne **ważne elementy** *powrotu do zdrowia* to uczestnictwo w życiu społecznym, samostanowienie, jakość życia i przezwyciężenie stygmatyzacji [92;93]. Kolejnym centralnym założeniem programu *Reco- very* jest *upodmiotowienie.* Dane wskazują, że ***upodmiotowienie*** może mieć wpływ na *powrót do zdrowia* [20;94;95]. Warner (2009)

Zwraca uwagę, że **upodmiotowienie i współdecydowanie** są ważnymi elementami *procesu zdrowie*nia. Aktywne prawo do współdecydowania o decyzjach dotyczących leczenia prowadzi do zwiększenia poczucia dobrostanu wielu osób dotkniętych chorobą.

przejąć kontrolę nad swoim życiem i swoją przyszłością [100]. Ponadto podmioty lecznicze powinny dążyć do stworzenia środowiska, które prowadzi do wzrostu pewności siebie, poczucia własnej wartości i samooceny [101].

**3** Samouprawnienie [96] (7 Sekcja 3.1.1, Partycypacyjne

W badaniu, w którym uczestnicy badania.

podejmowanie decyzji). Znaczenie nadziei, optymizmu i empowermentu dla *powrotu do zdrowia* zostało potwierdzone w badaniach naukowych [97;98].

Wytyczne NICE dotyczące schizofrenii [97] również wskazują na znaczenie nadziei i optymizmu na drodze do *wyzdrowienia. W* swoim badaniu Resnick i współpracownicy (2005) definiują *powrót do zdrowia* jako postawę lub orientację wobec życia [98]. Autorzy opracowali podejście do pomiaru i konceptualizacji *powrotu do zdrowia*. Do badania włączono dane pochodzące od 1076, głównie męskich, pacjentów w wieku 18 lat i starszych z klinicznym rozpoznaniem schizofrenii. Analizie poddano cztery domeny konceptualizacji *orientacji na zdrowienie*: *upodmiotowienie*, subiektywna wiedza (o chorobie i dostępnych metodach leczenia), jakość życia, nadzieja i optymizm na przyszłość. **W wynikach, *empowerment* wykazał największy wpływ na proces powrotu do zdrowia**. *Upodmiotowienie* odnosi się tutaj do wzięcia osobistej odpowiedzialności za ważne decyzje i leczenie, jak również do poczucia, że leczenie jest zgodne z własnymi celami. Autorzy wykazują, że nadzieja, optymizm, subiektywna wiedza o chorobie i radzenie sobie z nią mają pozytywny wpływ na proces zdrowienia. Wyniki tego badania ilustrują, że jakość życia jest związana z zadowoleniem z kontaktów rodzinnych, sytuacji mieszkaniowej i jakości relacji społecznych [98].

#### Postawa terapeutyczna

*Zorientowanie na powrót do zdrowia* wiąże się z edukacją pacjentów, aby lepiej radzili sobie ze swoim stanem i zapewnieniem możliwości leczenia, gdzie lekarze i pacjenci mogą wspólnie podejmować decyzje [96].

*Powrót do zdrowia* może być promowany na wiele sposobów. Da-

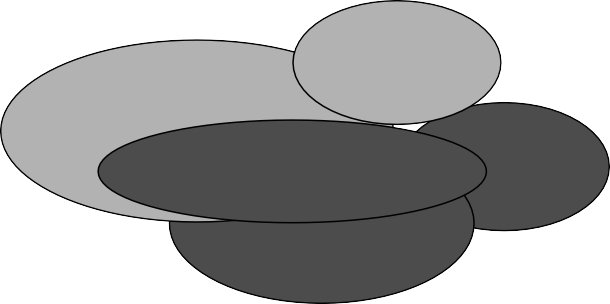
Aby powrót do zdrowia stał się możliwy, konieczne mogą być zmiany w **postawach** osób prowadzących **leczenie**, w sposobie postępowania z pacjentami i w sposobie pracy z nimi, a także na poziomie strukturalnym. "W *podejściu recovery* klienci i profesjonalni pomocnicy zbliżają się do siebie" [99]. Można to osiągnąć poprzez szanowanie pacjentów przez podmioty lecznicze i zachęcanie ich do

były leczone przez **specjalnie** (zorientowanych na powrót do zdrowia) **przeszkolonych profesjonalistów**, przeprowadzono wywiady z 15 pacjentami z ciężkimi chorobami psychicznymi. Uwzględniono tylko pacjentów, którzy identyfikowali się jako osoby cierpiące na choroby psychiczne.

"wyzdrowiały" lub były w trakcie *wyzdrowienia*, dobrze radziły sobie z wymaganiami w swoim życiu lub poprawiły swoje życie z pomocą psychiatrycznych usług wsparcia i nie były leczone psychiatrycznie w ciągu ostatnich dwóch lat. W wywiadach pacjenci byli pytani o istotne kwestie związane z *powrotem do zdrowia* (rola pacjenta, wsparcie i wpływ, wydarzenia, czynniki środowiskowe itp.) Wyniki pokazały zarówno pozytywne, jak i negatywne doświadczenia i wyzwania na drodze do wyzdrowienia. Za pomocne w procesie *zdrowienia uznano* następujące elementy: **empatię, szacunek i istnienie pozytywnej relacji** między lekarzem a pacjentem [44].

Young i współpracownicy (2005) przeprowadzili roczne badanie quasi-eksperymentalne w celu zbadania skuteczności szkolenia personelu w zakresie promowania samopomocy wśród osób cierpiących oraz poprawy komunikacji i współpracy między klinicystami i osobami cierpiącymi w zakresie umiejętności klinicznych i orientacji na powrót do zdrowia. Interwencje te zostały opracowane przez osoby cierpiące na choroby psychiczne. Badanie przeprowadzono w 5 dużych ośrodkach psychiatrycznych w Stanach Zjednoczonych. W badaniu wzięło udział 269 klinicystów (151 w grupie interwencyjnej, 118 w grupie kontrolnej). Po zakończeniu interwencji specjaliści w grupie interwencyjnej wykazali poprawę w zakresie umiejętności prowadzenia **edukacji na temat leczenia**, **metod rehabilitacji**, **pracy zespołowej**, **ogólnych kompetencji i *orientacji na powrót do*** zdrowia*.* Badanie to pokazuje, że **szkolenie profesjonalistów przez pracowników służby zdrowia psychicznego** może **poprawić orientację na powrót do zdrowia** i zwiększyć kompetencje w ważnych obszarach niezbędnych do zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej [45]. W innym badaniu, opartym na internetowej ankiecie Delphi przeprowadzonej wśród pracowników służby zdrowia psychicznego, przeanalizowano ważne cechy i kompetencje pracowników służby zdrowia psychicznego w promowaniu *zdrowienia.* Wyniki pokazały, ge **słuchanie i respektowanie punktu widzenia pacjenta oraz podtrzymywanie nadziei**, ge *wyzdrowienie* jest moge być osiągnięte, zostały ocenione jako najwa niejsze umiejętności specjalistów w zakresie wzmacniania zasobów osób dotkniętych chorobą i promowania *procesów zdrowienia* [46].

Barbic i współpracownicy (2009) porównali w randomizowanym badaniu kontrolowanym leczenie przez środowiskowe zespoły psychiatryczne, przy czym grupa interwencyjna otrzymała dodatkowe *szkolenie Recovery Workbook.* Zbadano skuteczność "Recovery Workbook".



**Acuity**

Leczenie domowe

zasięg zewnętrzny inny niż podstawowy

przede wszystkim prace zewnętrzne

CMHT

Przychodnie instytutowe

ICM

ACT

zarządzanie przypadkami

Usługi psychologii społecznej

**Zespół**

. **Rys. 3.2** Ilustracja podejścia do psychiatrii środowiskowej w warunkach ambulatoryjnych. (Mod. za Becker et al. 2008 [103])

Workbook Program" jako interwencja grupowa promująca *powrót do zdrowia u* osób z ciężkimi chorobami psychicznymi w wieku od 18 do 60 lat, które były leczone przez środowiskowy zespół psychiatryczny przez ponad 6 miesięcy. Do badania włączono łącznie 33 pacjentów (17 pacjentów w grupie kontrolnej, 16 pacjentów z *Recovery Workbook Program* w grupie interwencyjnej). Wyniki wykazały skuteczność programu grupowego *Recovery Workbook w* **zwiększaniu pewności siebie, nadziei, *wzmocnienia,* ustalaniu indywidualnych celów i powrocie do zdrowia**. Ponadto badanie to wykazało, że *Recovery Workbook Program* może być łatwo zintegrowany z metodami leczenia psychiatrycznego w społeczności lokalnej [102].

### Interwencje systemowe

### Przegląd wybranych metod środowiskowej opieki psychiatrycznej

Istnieją różne modele środowiskowej opieki psychiatrycznej nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi, które w różnych formach są stosowane w codziennej opiece w Niemczech. Temat ten poruszono również w wytycznych DGPPN S3 dotyczących leczenia schizofrenii ([1], s. 127-141).

Różnice między różnymi podejściami do opieki w Niemczech i innych krajach można opisać za pomocą poszczególnych wymiarów. Za Beckerem i wsp. (2008) modele opieki ambulatoryjnej uwzględnione w niniejszych wytycznych zostały sklasyfikowane według ostrego charakteru choroby (ostra vs. trwała/przewlekła) oraz zespołowego charakteru modelu (ryc. 3.2). Ponadto dokonano rozróżnienia między leczeniem z przewagą leczenia zewnętrznego a leczeniem bez leczenia zewnętrznego [103]. Wizyty domowe mogą być jednak elementem składowym każdego rodzaju leczenia. Innym wymiarem wykorzystywanym do klasyfikacji modeli jest ciężkość choroby. Podczas gdy leczenie zespołowe w formie *wspólnotowych zespołów zdrowia psychicznego (Community Mental Health Teams, CMHT)* jest zapewniane osobom z chorobami psychicznymi w określonym regionie usług i nie *jest w* przeważającej mierze leczeniem środowiskowym, dwa podejścia zespołowe w zakresie leczenia środowiskowego: leczenie *domowe (Home Treatment, HT)* i *asekuracyjne leczenie środowiskowe (As- sertive Community Treatments, ACT)* umożliwiają znacznie bardziej intensywne leczenie przez wyspecjalizowane mobilne zespoły terapeutyczne. W zasadzie *zespół leczenia domowego* leczy na czas trwania kryzysu zdrowia psychicznego (ok. 2-6 tygodni), natomiast zespół ACT leczy w dłuższym okresie czasu (nawet latami). Leczenie poprzez ACT jest

Przeznaczony jest przede wszystkim dla osób z częstymi przerwami w leczeniu lub leczonych stacjonarnie. ACT jest uznawany na arenie międzynarodowej za bardzo specyficzną formę *zarządzania przypadkami*, z jasnymi powodami wyjątkowej pozycji tego modelu.

W dalszej części zostanie zachowane rozróżnienie między ICM i ACT, ponieważ ACT opisuje szczególną formę środowiskowych usług psychiatrycznych i dlatego zachowuje swoje znaczenie [108].

**3** cechy charakterystyczne: Współczynnik opieki w

W niemieckim kontekście opieki zdrowotnej, zarówno

ACT jest bardziej intensywny, z wyraźnym naciskiem na leczenie i opiekę zewnętrzną, w tym zaspokajanie potrzeb społecznych, zatrudnienia, mieszkaniowych i innych w domu i poza instytucjami. Ponadto, charakterystyczne jest podejście zespołowe, a godziny opieki przekraczają zwykły 8-godzinny dzień pracy.

*Zarządzanie przypadkiem* jako termin nadrzędny

może być rozumiana jako długoterminowa kompleksowa usługa, której celem jest koordynacja różnych usług i interwencji medyczno-psychologicznych w celu zaspokojenia potrzeb w różnych obszarach życia. Jednakże *case management* jest często prowadzony w klasycznej formie w ramach indywidualnej odpowiedzialności case managera, zazwyczaj bez wspólnej odpowiedzialności zespołowej. ACT jednak zawsze obejmuje koordynację usług, opiekę psychospołeczną w różnych obszarach życia, jak również samo leczenie kliniczne.

- w szczególności dla tych pacjentów ze zdrowiem psychicznym, do których trudno jest dotrzeć i zatrzymać w systemie opieki poprzez inne formy leczenia i opieki. W niniejszych wytycznych ACT i *zarządzanie przypadkiem* zostały przedstawione oddzielnie.

Szczególne znaczenie ma w tym kontekście termin *Intensive Case Management (ICM)*, gdyż w literaturze naukowej niektórzy autorzy uważają ACT za formę ICM [104]. ICM opisuje oparte na zespole środowiskowe usługi psychiatryczne o niższym poziomie opieki.

liczba spraw przypadających na jednego pracownika niż w przypadku zarządzania sprawami. ICM wyróżnia się zintensyfikowaną opieką nad pacjentem, tzn. stosunkiem liczby personelu do liczby pacjentów wynoszącym 1:20 (np. 1:10 do 1:10).

1 : 15) [104;105]. ICM obejmuje kontynuację opieki, działania zewnętrzne, leczenie oparte na zespole wieloprofesjonalnym, wspólną odpowiedzialność personelu za wszystkich pacjentów oraz treningi umiejętności życia codziennego [106;107]. Model ten jest podobny do ACT, a w przeglądzie systematycznym obie te usługi potraktowano łącznie [106].W całym kraju dostępne są zarówno instytucjonalne kliniki ambulatoryjne, jak i usługi psychiatrii społecznej. Obydwa są oparte na pracy zespołowej, a ich usługi są częściowo porównywalne z opisanymi międzynarodowymi metodami opieki. Zastosowania *podejścia case management* stają się coraz bardziej ugruntowane. Z drugiej strony, zespołowe formy leczenia osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, takie jak HT lub ACT, są dostępne tylko w odosobnionych przypadkach.

### Wielo-profesjonalny środowiskowy zespół psychiatryczny oparty na leczeniu.

#### Wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne

##### Wstęp

z **Opis modelu**

Wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne (*Community Mental Health Teams - CMHTs)* kładą nacisk na element zespołowy i udział personelu z różnych zawodów. Umożliwiają one kompleksowe usługi środowiskowe dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Wytyczne DGPPN S3 dotyczące leczenia schizofrenii odnoszą się do tego typu usług ([1]),

S. 127–141). CMHTs opierają się na specyficznych potrzebach pacjentów, którym służą. Są one sercem środowiskowej opieki psychiatrycznej w Anglii i obejmują stałą odpowiedzialność przestrzenną według miejsca zamieszkania pacjenta. W ramach określonego sektora opieki, zespoły te są odpowiedzialne za ocenę potrzeb w zakresie opieki, monitorowanie i przepisywanie leków oraz zapewnienie różnych form interwencji psychospołecznych, w tym interwencji rodzinnych. Celem jest wsparcie osób dotkniętych chorobą w samodzielnym życiu w swoim środowisku. Psycholożka środowiskowa

Ogólnie rzecz biorąc, środowiskowe zespoły psychiatryczne zapewniają pełen zakres specjalistycznej opieki psychiatrycznej i towarzyszą swoim pacjentom na wszystkich etapach choroby. Szczególnie w świecie angloamerykańskim zespoły psychiatryczne w środowisku są wspierane przez specjalne zespoły, takie jak służby interwencji kryzysowej, zespoły wielozawodowe (*asertywne leczenie środowiskowe*) lub zespoły wczesnej interwencji - te ostatnie do intensywnego leczenia osób z początkowymi zaburzeniami psychotycznymi. Istnieje również wyraźne rozróżnienie między wieloprofesjonalnymi zespołami środowiskowymi a zespołami specjalistycznymi, np. pod względem stopnia ich dostępności [109].

**■■ Opis drużyn w Anglii**

W Wielkiej Brytanii Centralne znaczenie w środowiskowej opiece psychiatrycznej mają Środowiskowe Zespoły Zdrowia Psychicznego (Community Mental Health Teams). Zespół składający się z 1-2 lekarzy specjalistów psychiatrów, 1-2 lekarzy asystentów, terapeuty zajęciowego, psychologa, 5-6 pracowników socjalnych i 6-8 pielęgniarek (pielęgniarki środowiskowo-psychiatryczne) obsługuje zazwyczaj obszar od 60 000 do 90 000 mieszkańców. Pracownicy socjalni i pielęgniarki, w roli koordynatorów opieki lub menedżerów przypadków, nadzorują 20-30 pacjentów, z którymi spotykają się regularnie w warunkach klinicznych lub w domu. **Do ich zadań należy zbieranie wyników badań psychologicznych, a także stwierdzanie potrzeby leczenia i opieki. Ponadto** organizują regularne konsultacje lekarskie i pomagają w planowaniu konferencji lub wspierają w poszukiwaniu psychoterapii, opieki dziennej lub miejsca pracy. Dbają o elementy psychoedukacyjne, podawanie neuroleptyków depot i ogólne poradnictwo zdrowotne. W fazach koniecznej opieki stacjonarnej nad pacjentami, którzy mają być pod opieką, odbywają się regularne wizyty koordynatora opieki w klinice, który bierze również udział w konferencjach dotyczących planu leczenia stacjonarnego. Zasadniczo angielska psychiatria środowiskowa nastawiona jest na opiekę nad ciężko i przewlekle chorymi. Intensywność opieki, która jest ostatecznie określana przez odpowiednią liczbę przypadków, opiera się na

Zakres zaburzeń psychicznych i wynikające z nich upośledzenie w życiu codziennym są czynnikami, które decydują o poziomie regulacji. Z reguły pacjenci są pod opieką od 6 miesięcy do 5 lat. Po tym czasie następuje ponowne skierowanie do lekarza pierwszego kontaktu lub do wyżej wymienionych zespołów specjalistycznych [110].

##### Dowody na istnienie wielozawodowych zespołów psychiatrycznych w społeczności lokalnej

Dowody z randomizowanych badań dotyczących wieloprofesjonalnych środowiskowych zespołów psychiatrycznych pochodzą wyłącznie z Wielkiej Brytanii, ponieważ są one tam wdrażane wyłącznie w formie badanej w badaniach (7 Sekcja 3.2.2, Opis zespołów w Anglii). Podobnie jak w innych częściach tego rozdziału, możliwość przeniesienia wyników do Niemiec pozostaje ograniczona ze względu na znaczne różnice w systemach opieki.

**Dowody**

**A) Metaanalizy**

— Malone (2007): Włączenie 3 badań.

* Metaanaliza wytycznej NICE dotyczącej schizofrenii (2009): włączenie 3 badań.

**B) Od 2006 r. nie przeprowadzono żadnego dodatkowego randomizowanego, kontrolowanego badania dotyczącego wieloprofesjonalnych środowiskowych zespołów psychiatrycznych u osób z ciężkimi chorobami psychicznymi.**

■ **A Dowody z metaanaliz**

We wszystkich 3 badaniach włączonych do metaanalizy Malone'a i współpracowników (2007) oceniano skuteczność *środowiskowych zespołów zdrowia* psychicznego dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (oprócz depresji, zaburzeń dwubiegunowych i innych, zwłaszcza schizofrenii). w porównaniu z konwencjonalną opieką ambulatoryjną bez szczególnej cechy zespołów wielodyscyplinarnych [109]. Diagnostyka i niezbędne leczenie oraz regularne spotkania zespołu odbywały się w ramach trwającego od 3 do 12 miesięcy wsparcia ze strony wieloprofesjonalnych środowiskowych zespołów psychiatrycznych. Grupy kontrolne otrzymały konwencjonalną opiekę ze strony personelu kliniki, który zapewniał zarówno opiekę ambulatoryjną, jak i szpitalną.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.2** Wpływ wieloprofilowego leczenia psychiatrycznego w społeczności lokalnej na różne parametry docelowe | | |
|  | **Metaanaliza Przegląd Cochrane'a** | **Meta-analiza**  **Wytyczne NICE dotyczące schizofrenii** |
| **Malone 2007** | **NICE 2009** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |
| ↓Zgony | ~ | ~2 |
| ↓Nasilenie objawów | +1 | +2 |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |
| ↓Przyjęcia stacjonarne | ++ | +2 |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | ~1 | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | ~ | ~2 |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ~1 | +2 |
| ↓Kontakty z policją | - | k. A. |
| *Satysfakcja* |  |  |
| ↑Zadowolenie pacjentów | ++ | k. A. |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |
| ↑Efektywność kosztowa | ++1 | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej lub tendencyjne dane  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 Dane na podstawie badań indywidualnych  2 Niewystarczające dowody | | |

**3**

działalność stacjonarna. Leczenie w ramach wielodyscyplinarnych wspólnych zespołów psychiatrycznych prowadziło do **istotnie niższego niezadowolenia z opieki** wśród pacjentów (Tabela 3.2). Przy liczbie koniecznych do leczenia wynoszącej 4 wystąpił duży efekt. Ponadto ta forma leczenia doprowadziła do **zmniejszenia liczby przyjęć** . Spośród 280 osób, którym towarzyszył wieloprofesjonalny środowiskowy zespół psychiatryczny, 87 pacjentów zostało przyjętych do szpitala. W grupie kontrolnej

W 105 z 307 przypadków pacjent został przyjęty do szpitala. Nie odnotowano istotnych różnic w korzystaniu z innych usług opiekuńczych. Leczenie przez wieloprofesjonalny środowiskowy zespół psychiatryczny nie prowadziło do różnic w **śmiertelności**. Dane dotyczące skuteczności wieloprofesjonalnego leczenia psychiatrycznego w społeczności lokalnej w zakresie **nasilenia objawów są** oparte tylko na jednym badaniu [105]. Po 3 miesiącach w tym badaniu pacjenci z grupy interwencyjnej wykazywali nieznacznie niższy poziom objawów.

Wyniki Comprehensive Psychopatholo- gical Rating Scale (CPRS) nie są istotne. Przedziały ufności są jednak szerokie. Wykazano, że zarządzanie CMHT jest **równoważne z leczeniem** nieopartym na zespole pod **względem czasu trwania leczenia szpitalnego [111]** i **funkcjonowania społecznego** [105;112].

Autorzy wytycznej NICE dotyczącej schizofrenii również włączyli do swojej metaanalizy 3 badania z udziałem łącznie 334 pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi [105;111;113]. W wytycznej NICE nie sformułowano jednoznacznego zalecenia, ponieważ dowody na leczenie przez wielozawodowe środowiskowe zespoły zdrowia psychicznego uznano za niewystarczające pod względem zmniejszenia liczby przyjęć do szpitala i śmiertelności oraz poprawy objawów psychicznych, funkcjonowania społecznego lub kontaktu z osobami udzielającymi pomocy. Zaleca się wykorzystanie środowiskowych zespołów zdrowia psychicznego obok innych środowiskowych zespołów psychiatrycznych jako sposobu towarzyszenia osobom ze schizofrenią [97].

z **B Dowody z poszczególnych badań**

Nie ma najnowszych badań, w których wieloprofesjonalne środowiskowe zespoły psychiatryczne byłyby badane jako interwencja eksperymentalna. Znacznie częściej ta forma leczenia jest spotykana jako interwencja kontrolna. Na tym tle istnieją pewne dowody, że tradycyjne wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne, jakie powstały w Wielkiej Brytanii, są porównywalnie skuteczne w leczeniu osób z ciężkimi chorobami psychicznymi [114]. Wiele ostatnich badań, w których stosowano wieloprofesjonalne środowiskowe zespoły psychiatryczne jako leczenie porównawcze, nie wykazało wyższości bardziej intensywnych form leczenia (*intensive case management (ICM)).*

i *Assertive Community Treatment (ACT)*). Diese

Wnioski te znajdują potwierdzenie w wynikach metaanalizy ponad 30 opublikowanych badań, która wyraźnie wykazała, że ACT skraca czas leczenia stacjonarnego, zwłaszcza gdy leczenie stacjonarne było już wcześniej częste i długie [115]. Wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne są zatem tak samo skuteczne pod względem wpływu na leczenie szpitalne osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, jak na przykład ACT.

zespół wielozawodowy ds. pomocy doraźnej (ACT). Jednak leczenie przez mobilne zespoły wieloprofesjonalne o większej intensywności opieki prowadziło do większej satysfakcji pacjenta [116].

W niedawno przeprowadzonym randomizowanym badaniu kontrolowanym wykazano, że dodatkowe ustrukturyzowane szkolenie członków zespołu CMHT ukierunkowane na rozszerzone zapobieganie nawrotom u pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym może wydłużyć średni okres wolny od nawrotów u tych pacjentów o ponad 8 tygodni. Ponadto poprawiły się umiejętności społeczne i umiejętności związane z aktywnością zawodową [117].

##### Streszczenie

Wyniki badań nad skutecznością wielozawodowych zespołów psychiatrycznych w społeczności lokalnej są ogólnie ograniczone. Badania porównujące tę formę leczenia z innymi formami leczenia wykazały jednak efekty w postaci zmniejszenia liczby hospitalizacji i większej satysfakcji pacjentów. Stwierdzenia dotyczące wszystkich innych parametrów wynikowych opierają się na pojedynczych badaniach, nie są istotne lub nie zostały jeszcze wystarczająco zbadane. Ogólnie rzecz biorąc, można stwierdzić, że leczenie przez zespół wielozawodowy jest co najmniej równoważne z innymi formami leczenia w społeczności.

Wielodyscyplinarne środowiskowe zespoły psychiatryczne nie zostały wdrożone w Niemczech w formie, która jest przedmiotem badań w literaturze anglojęzycznej. W Niemczech zadanie to przejmują w różnym stopniu specjaliści psychiatrii i psychoterapii lub neurolodzy w prywatnych gabinetach, społeczne służby psychiatryczne, zespoły instytucjonalnych poradni, a w niektórych przypadkach także urzędy zdrowia publicznego (7 rozdz. 4). Jednak te instytucje lecznicze często wypełniają tylko część zadań wieloprofesjonalnych zespołów psychiatrycznych i są w różnym stopniu połączone w sieć.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 4** |  |  |  |
| W określonych regionach należy stworzyć wspólnotowe psychiatryczne leczenie ambulatoryjne w oparciu o zespół wielozawodowy w celu opieki nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi.  **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

Wielodyscyplinarne środowiskowe zespoły psychiatryczne mogą powstać tylko wtedy, gdy istnieje wspólna odpowiedzialność za określoną grupę pacjentów oraz gdy leczenie i opieka są odpowiednio skoordynowane i zorganizowane.

Istotnymi składnikami i czynnikami skuteczności są regularne wizyty domowe, w razie potrzeby kilka razy dziennie, zaangażowanie lekarsko-psychiatryczne oraz stała i szybka dostępność personelu. Dalsze kryteria dotyczące

**3** Wymaga to trwałych struktur wynagrodzeń

skuteczne leczenie ostrych stanów w środowisku domowym

dla wszystkich osób zaangażowanych w opiekę nad zespołem. Leczenie powinno być ukierunkowane na indywidualne potrzeby osób dotkniętych chorobą oraz, przy zachowaniu wysokiego stopnia elastyczności, na intensywność niezbędnych interwencji w każdym momencie procesu leczenia. W sensie zapotrzebowania na leczenie *ambulatoryjne przed leczeniem szpitalnym,* należy unikać niepotrzebnego leczenia szpitalnego, a jednocześnie zapewnić ciągłość relacji terapeutycznych i społecznych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 5** |  |  |  |
| Wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne powinny leczyć osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi blisko domu, a w razie potrzeby na zasadzie pomocy doraźnej.  **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**Ostre leczenie w środowisku domowym**

##### Wstęp

z **Opis modelu**

Ostre leczenie w środowisku domowym jest rozumiane jako ambulatoryjne towarzyszenie pacjentom wymagającym leczenia psychiatrycznego w ostrych fazach choroby przez specjalnie wyszkolone, wieloprofesjonalne zespoły terapeutyczne i stanowi alternatywę dla konwencjonalnego leczenia szpitalnego. To ostatnie ma być skrócone lub uniknięte przez ostre leczenie w środowisku domowym. Ostre leczenie w domu jest traktowane jako opcja terapeutyczna w wytycznych DGPPN S3 dotyczących leczenia schizofrenii ([1], s. 127-141). Pacjenci są pod opieką mobilnego zespołu terapeutycznego w znanym im środowisku życia przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, zgodnie ze wspólnie opracowanym planem leczenia. W świecie anglojęzycznym terminy *Cri-*

*Zespoły interwencji kryzysowej*, *Zespoły rozwiązywania kryzysów* pod

Stosowane są *zespoły leczenia domowego.*to wysoki stopień elastyczności ze strony personelu, uwzględniający indywidualne potrzeby pacjentów, zaangażowanie sieci społecznej, konsekwentne uwzględnianie ważnych czynników społecznych oraz wsparcie i nadzór nad leczeniem odwykowym. W miarę możliwości zapewniona jest ciągła opieka aż do zakończenia kryzysu i zagwarantowana odpowiednia opieka po jego zakończeniu. Decyzja o ewentualnym leczeniu szpitalnym, które może być konieczne, musi być poparta przez zespół leczący [118;119].

Należy również zauważyć, że w ramach alternatywnych interwencji kryzysowych, ostre leczenie w środowisku domowym jest jednym ze sposobów towarzyszenia osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w ostrych fazach choroby. Inne środowiskowe formy opieki zorientowanej na kryzys to ośrodki dzienne lub projekty mieszkaniowe, które są specjalnie zaprojektowane do interwencji kryzysowych. Nie są one jednak brane pod uwagę w niniejszym dokumencie.

##### Dowody dotyczące leczenia ostrych stanów w warunkach domowych

Dostępne do tej pory dowody na skuteczność leczenia ostrego epizodu choroby psychicznej w środowisku domowym pochodzą prawie wyłącznie z międzynarodowych badań w krajach anglojęzycznych. Pojedyncze wyniki dotyczą porównań między ostrym leczeniem w środowisku domowym a konwencjonalnymi formami leczenia, najczęściej leczeniem stacjonarnym w klinice psychiatrycznej lub na oddziale psychiatrycznym szpitala miejskiego. Nie ma wyników kontrolowanych badań randomizowanych opisujących skuteczność ostrego leczenia w warunkach domowych w porównaniu z leczeniem w szpitalu dziennym. W większości przypadków rozpoznano schizofrenię.

**Dowody**

**A) Metaanalizy**

5 Radość 2006: Włączenie 5 badań

5 Metaanaliza wytycznej NICE Schizophre- never 2009: włączenie 6 badań.

**B) Aktualne randomizowane badania kontrolowane**

5 Johnson 2005

5 McCrone 2009

z **A Dowody z metaanaliz**

Aby zbadać efekty ostrego leczenia w warunkach domowych osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, autorzy przeglądu Cochrane [120] włączyli 5 randomizowanych badań kontrolowanych [121-125]. Uwzględniono jedynie badania, w których dorośli z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi byli leczeni w ostrej fazie choroby i wynikającym z tego wskazaniem do leczenia szpitalnego (N 724). Czas trwania badania wynosił od 12 do 24 miesięcy. Z badań wynika, że **wskaźniki readmisji w placówkach** lecznictwa **zamkniętego** mogłyby zostać **znacznie obniżone** (Tabela 3.3). Pacjenci leczeni przez mobilny zespół kryzysowy byli ponownie przyjmowani do szpitala w ciągu 12 miesięcy o 28% rzadziej niż pacjenci z grupy kontrolnej. Ponadto **mniej było** przypadków **przerwania leczenia w** ciągu 12 miesięcy. W grupie eksperymentalnej więcej pacjentów i krewnych było **zadowolonych z otrzymanego leczenia w** porównaniu z grupą kontrolną. Podobnie, rodziny w grupie eksperymentalnej zgłaszały **znacznie mniejszy niepokój** niż w grupie kontrolnej. Chociaż wyniki dotyczące objawów psychopatologicznych nie były porównywalne ze względu na zastosowanie różnych narzędzi ankietowych, to **pozytywne zmiany na poziomie behawioralnym** (zmniejszenie zachowań niechętnych do współpracy, pobudzenia i dezorientacji) opisywali bliscy chorych w grupie interwencyjnej [126]. Tylko w 2 badaniach przedstawiono dane dotyczące efektywności kosztowej [121;123]. Zgodnie z nimi, **leczenie**

**w ostrych fazach choroby przez wielozawodowy zespół** terapeutyczny **w środowisku domowym w sposób bardziej ekonomiczny.**

W ramach prac nad wytycznymi National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dotyczącymi schizofrenii autorzy przeprowadzili metaanalizę skuteczności *leczenia domowego.* Dane opierały się na 5 badaniach wykorzystanych już w przeglądzie Cochrane [120] oraz na kolejnym badaniu [127]. Uwzględniono dane z 883 przypadków [97]. Wyniki były więc podobne w głównych cechach (patrz tabela 3.3). Oprócz oczekiwanego **zmniejszenia liczby hospitalizacji** w ostrej fazie choroby, autorzy zwrócili uwagę na **skrócenie czasu leczenia stacjonarnego w** tym okresie w grupie eksperymentalnej. Inne wyniki dotyczą **większej akceptacji formy leczenia** (większa satysfakcja uczestników badania, mniej przerw w badaniu) w związku z ostrym leczeniem w środowisku domowym w porównaniu z leczeniem standardowym. NICE zwrócił uwagę na niewystarczające dowody dotyczące zmian w zakresie śmiertelności, objawów klinicznych i ogólnego poziomu funkcjonowania. Jednak 20 miesięcy po leczeniu w warunkach domowych nastąpiła znacząca poprawa w zakresie objawów psychopatologicznych w porównaniu z osobami leczonymi standardowo. Niewielką poprawę ogólnego funkcjonowania społecznego w grupie interwencyjnej zaobserwowano po 6 miesiącach, ale nie w żadnym z późniejszych punktów czasowych. W przeglądzie efektywności kosztowej uwzględniono 4 badania [128-131]. Badania wykazały, że HT była istotnie bardziej efektywna kosztowo niż standardowe leczenie w ciągu 1 roku lub istotnie bardziej efektywna kosztowo niż ostre leczenie psychiatryczne w klinice w ciągu 6 miesięcy. Istniały jednak dowody na to, że różnice w kosztach zdrowotnych pomiędzy różnymi metodami leczenia stale zmniejszały się po pierwszym roku.

z **B Dowody z poszczególnych badań**

Inne randomizowane badanie kontrolowane skuteczności leczenia ostrego w warunkach domowych 260 pacjentów w kryzysie zdrowia psychicznego przeprowadzono również w Wielkiej Brytanii [132;133]. Pacjenci w grupie kontrolnej byli w większości objęci opieką ambulatoryjnych środowiskowych zespołów psychiatrycznych, przyjmowani do domu pomocy społecznej lub oddziałów leczenia stacjonarnego. W grupie kontrolnej poziom niepokoju związanego z objawami był nieznacznie wyższy na początku badania. Pacjenci leczeni w warunkach domowych podczas ostrej fazy choroby byli **znacznie mniej narażeni na przyjęcie do szpitala w ciągu** pierwszych 8 tygodni. Efekt ten utrzymywał się nawet po 6 mo-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.3** Wpływ ostrego leczenia w środowisku domowym na różne parametry docelowe | | | |
|  | **Metaanaliza Przegląd Cochrane'a** | **Metaanaliza Wytyczne NICE schizofrenia** | **Randomizowane badanie kontrolowane** |
| **Radość 2006** | **NICE 2009** | **Johnson 2005**  **McCrone 2009** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |
| ↓Zgony | ~ | ~ | ~ |
| ↓Nasilenie objawów | + | + | + |
| ↑Stan ogólny | ~ | + | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |
| ↓Przyjęcia do szpitali w fazie ostrej | k. A. | ++ | ++ |
| ↓Wskaźniki readmisji w warunkach szpitalnych | ++ | ~ | ++1 |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | k. A. | ++ | ++ |
| ↓Przerwanie leczenia | ++ | ++ | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |
| ↑Sytuacja w zakresie zatrudnienia | ~ | k. A. | k. A. |
| ↓Skazania na karę pozbawienia wolności, działania agresywne | ~ | k. A. | ~ |
| *Satysfakcja i odczuwany stres* |  |  |  |
| ↓Doświadczyli stresu, krewni | ++ | k. A. | k. A. |
| ↑Zadowolenie pacjentów | ++ | ++ | + |
| ↑Względna satysfakcja | ++ | k. A. | k. A. |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |  |
| ↑Efektywność kosztowa | + | ++ | ++ |
| ++ znacząca przewaga w grupie interwencyjnej w porównaniu z grupą kontrolną  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie interwencyjnej w stosunku do grupy kontrolnej lub mała liczebność próby  Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tej liczby docelowej  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 w ciągu 6 miesięcy od zdarzenia kryzysowego (początek interwencji) | | | |

## 3

miesięcy. Istotną **przewagę na korzyść leczenia ostrego w środowisku domowym wykazano również w odniesieniu do liczby dni leczenia szpitalnego.** Nie stwierdzono istotnych różnic w satysfakcji pacjentów, nasileniu objawów, jakości życia, funkcjonowaniu społecznym i śmiertelności. Porównanie

kosztów leczenia za okres 6 miesięcy wykazały, że ostre leczenie w warunkach domowych doprowadziło do **zmniejszenia kosztów leczenia szpitalnego**, które znacznie przewyższały dodatkowe **koszty leczenia ambulatoryjnego.** W związku z tym interwencja została określona jako wysoce efektywna kosztowo w brytyjskim systemie opieki zdrowotnej.

##### Streszczenie

Ogólnie rzecz biorąc, wykazano, że leczenie osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w ostrej fazie choroby przez mobilny zespół terapeutyczny jest lepsze od leczenia konwencjonalnego w odniesieniu do różnych zmiennych docelowych. Wyniki przemawiają przede wszystkim za **zmniejszeniem liczby przyjęć do szpitala w ostrej fazie choroby**, jak również za zmniejszeniem liczby **przyjęć do szpitala w przyszłości. Ponadto czas leczenia szpitalnego** może ulec **ogólnemu skróceniu.** Wydaje się, że istnieją wystarczające dowody na to, że ostre leczenie w środowisku domowym **zmniejsza ryzyko przerwania leczenia**, **zwiększa satysfakcję z leczenia wśród pacjentów i krewnych** oraz zmniejsza **stres odczuwany przez krewnych. W odniesieniu do** innych rozważanych zmiennych docelowych, takich jak **stan ogólny i zdrowie psychiczne,** takie leczenie wydaje się być co najmniej **równoważne z** konwencjonalnymi formami leczenia. Istnieją również dowody na to, że ostre leczenie w środowisku domowym jest **bardziej opłacalne** niż konwencjonalne leczenie szpitalne.

Rozpowszechnienie ostrego leczenia w środowisku domowym w Niemczech pozostaje w tyle za stanem rozwoju w innych krajach. Znanych jest kilka lokalnych ofert opieki, które w mniejszym lub większym stopniu są zorientowane na opisaną formę opieki zespołów leczenia ostrego. Wymienione jako przykłady i

Model *integracyjnego leczenia psychiatrycznego* (Krefeld), *mobilny zespół kryzysowy* (Günzburg) i *ambulatoryjne psychiatryczne leczenie ostre w domu* (Frankfurt) zostały opisane w rozdziale macierzowym (7 rozdz. 4).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 6** |  |  |  |
| Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w ostrej fazie choroby powinny mieć możliwość leczenia przez mobilne zespoły wieloprofesjonalne w określonych regionach opieki w znanym im środowisku życia.  **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**Pomoce w podejmowaniu decyzji: Która forma leczenia będzie pomocna w którym epizodzie choroby?**

Ogólnie rzecz biorąc, nie da się naukowo udowodnić, że same usługi środowiskowe mogą zapewnić wystarczającą i kompleksową opiekę dla osób ciężko chorych psychicznie. Dlatego też eksperci zalecają raczej drogę pośrednią, która jest również poparta wynikami istniejących badań. Takie podejście jest omawiane pod pojęciem ***Balanced Care*** [134], synonimem opieki zrównoważonej. Zrównoważona *opieka* początkowo odbywa się poza szpitalem, a kliniki zdrowia psychicznego odgrywają ważną rolę zabezpieczającą. Celem jest zapewnienie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, która jest możliwie najbliższa codziennemu środowisku osób dotkniętych chorobą i minimalizuje pobyt w szpitalu.

Odprawy odbywają się natychmiast i

tylko wtedy, gdy jest to naprawdę konieczne. Ważne jest, aby skoordynować zakres różnych rządowych, pozarządowych lub prywatnych usługodawców i zapewnić sprawne funkcjonowanie współpracy [135].

Potrzebna jest regionalnie koordynowana pomoc w podejmowaniu decyzji dla profesjonalistów, co do tego, która forma leczenia jest pomocna dla danej osoby. **Przeciwwskazaniem do leczenia ambulatoryjnego w trybie ostrym** przez mobilny zespół interwencji kryzysowej może być **poważne zagrożenie dla siebie lub innych, tj. sytuacje wymagające przymusowego pobytu w szpitalu, zatrucia lub inne stany nagłe, które muszą** być leczone w oddziałach somatycznych. Ponadto istnieje szereg czynników, które często prowadzą do przyjęcia do szpitala, mimo że pacjenci mogą korzystać z ambulatoryjnej interwencji kryzysowej. Cotton i współpracownicy (2007) przeanalizowali dane z 3 badań nad *Zespołami Rozwiązywania Kryzysów* w Londynie. Na stronie

Przeprowadzono analizę wielowariantową w celu określenia czynników związanych z hospitalizacją w ciągu 8 tygodni od wystąpienia zaostrzenia choroby związanego z kryzysem. Strona

członkowie rodzin tych ostatnich. Leczenie ambulatoryjne umożliwia zarówno szerszą perspektywę diagnostyczną czynników kontekstu społecznego, jak i natychmiastową możliwość bardziej ukierunkowanych interwencji w ramach rodziny. Zespoły leczenia ostrego powinny być wielodyscyplinarne, tzn. składać się co najmniej z lekarza z doświadczeniem psychiatrycznym, pielęgniarek z doświadczeniem psychiatrycznym oraz pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego lub socjoterapeuty. Mogą być zaangażowane inne grupy zawodowe. Zespoły opieki ostrej powinny być specjalnie przeszkolone i odpowiednio obsadzone do tej czynności. Należy zapewnić wystarczającą dostępność i mobilność. Należy zapewnić możliwość przyjęcia do szpitala lub łóżka w internatach kryzysowych z opieką psychiatryczną. Po leczeniu ostrym powinno być jasne, w jaki sposób pacjent będzie dalej leczony. W tym celu konieczne są intensywne kontakty z psychiatrą i uzupełniająca regularna opieka.

**3** Prawdopodobieństwo przyjęcia do placówki lecznictwa zamkniętego

Prawdopodobieństwo wystąpienia kryzysu było tym większe, im bardziej pacjenci nie współpracowali z początkowym leczeniem w środowisku domowym i im bardziej się zaniedbywali lub zagrażali sobie. Ponadto, prawdopodobieństwo to wzrastało w zależności od konieczności wcześniejszego przyjęcia do szpitala i było związane z czasem wystąpienia kryzysu (poza normalnymi godzinami konsultacji, w połączeniu z prezentacją w ambulatorium w trybie nagłym). Ryzyko przyjęcia do szpitala było również większe wśród młodszych pacjentów [136]. Dane te pokazują z jednej strony, w jakich okolicznościach ostre leczenie ambulatoryjne jest szczególnie trudne i należy liczyć się z przyjęciem do szpitala, a z drugiej strony, w jakich przypadkach leczenie ambulatoryjne powinno być prowadzone w sposób szczególnie intensywny i zorganizowany.

Ostre leczenie w środowisku domowym...

Rozwój tej dziedziny wymaga zatem wstępnej oceny, kto nadaje się do tego typu opieki. Konieczne jest zatem intensywne nawiązywanie kontaktów z tradycyjnymi instytucjami zajmującymi się leczeniem ostrym (kliniki psychiatryczne, ambulatoria, psychiatrzy w praktyce prywatnej). Przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu do szpitala należy wziąć pod uwagę wywiad, rodzaj epizodu chorobowego, ostre zagrożenia i preferencje pacjenta. Istotne dla **wskazania są** również aspekty sytuacji rodzinnej. To ostatnie dotyczy w szczególności faktu, że skuteczność zespołów interwencji kryzysowej opiera się również na uwzględnieniu czynników społecznych, które mogły sprzyjać wywołaniu zdarzeń kryzysowych. Oprócz intensywnego zaangażowania krewnych podczas leczenia, ważne jest również, aby nie przeciążać ich.

**Leczenie ambulatoryjne (kontynuacja) przez wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne Wprowadzenie**

z **Opis modelu**

Zespoły środowiskowe ds. zdrowia psychicznego (znane również pod nazwą *Assertive Community Treatment*, *ACT*) są **wielodyscyplinarnymi zespołami** o **wysokiej intensywności opieki.** Pierwotnie ta koncepcja opieki środowiskowej została opracowana na początku lat 70. w Madison w stanie Wisconsin (USA) przez Marksa, Steina i Testa (*Training in Community Living Model)* [125;137]. Celem była pomoc osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.

Celem jest wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi w rozwijaniu i poszerzaniu ich zdolności do jak najbardziej samodzielnego życia poza szpitalami psychiatrycznymi. W międzyczasie podejście to zostało poddane licznym adaptacjom, m.in. dla specjalnych grup docelowych [138-141] i jest np. dostępne w Wielkiej Brytanii również jako *pro-*

*gram asertywnego leczenia w społeczności (PACT)*

lub *Zespoły Ciągłego Leczenia*. Podejście ACT zostało omówione w wytycznych DGPPN S3 dotyczących leczenia schizofrenii ([1], s. 127-141).

**Celem** leczenia przez środowiskowy zespół psychiatryczny jest utrzymanie **kontaktu** osób dotkniętych **chorobą z systemem opieki**, **uniknięcie hospitalizacji** i **poprawa przebiegu choroby,** szczególnie w odniesieniu do funkcji społecznych i jakości życia [104]. ACT jest uznawany na arenie międzynarodowej za bardzo specyficzną formę zarządzania przypadkami. W rozdziale 3.2.1 wyjaśniono, dlaczego ACT ma cechy, które uzasadniają wyjątkową pozycję tego modelu w porównaniu z zarządzaniem przypadkiem i odrębne traktowanie w niniejszej wytycznej. **Usługi świadczone** przez ACT są zróżnicowane i obejmują wsparcie w czynnościach życia codziennego i pracy, wsparcie w przyjmowaniu leków, zarządzanie w sytuacjach kryzysowych, zaangażowanie członków rodziny, promocję ogólnego stanu zdrowia, pomoc i wsparcie we wszystkich niezbędnych czynnościach urzędowych oraz rozwój strategii rozwiązywania problemów i umiejętności społecznych [142].

Na forum eksperckim, w oparciu o proces konsensusu, wypracowano najważniejsze **elementy modelu opieki z punktu widzenia** skuteczności podejścia, które można przyporządkować do 3 obszarów: (1) personel, (2) komponenty organizacyjne oraz (3) komponenty usługowe [143;144]. **Kluczowym aspektem** tego modelu jest jego **zespołowy charakter**. Charakteryzuje się wielodyscyplinarnym zespołem, który ponosi wspólną odpowiedzialność za wszystkich obsługiwanych pacjentów. Zespoły ACT pracują głównie na zasadzie pomocy doraźnej w formie wizyt domowych lub uzgodnionych wizyt w innych miejscach w środowisku życia pacjenta. Celem jest utrzymanie stałego kontaktu z pacjentem i zintensyfikowanie go w przypadku ambiwalencji lub słabej współpracy. Członkowie zespołu starają się w miarę możliwości sami zapewnić pacjentom wszelką potrzebną im opiekę, bez odsyłania ich do innych instytucji. Skupiamy się również na stałym wsparciu dla osób dotkniętych chorobą.

przez dłuższy okres czasu, często lat, w sensie stabilizacji sukcesów. Inne szczególne elementy programu to wysoki współczynnik nadzoru (ok. 1:10), dostępność członków zespołu 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu oraz możliwość codziennych rozmów o przypadkach w ramach zespołu. W wyniku badań ankietowych przeprowadzonych wśród byłych pacjentów w Wielkiej Brytanii, elastyczne godziny nadzoru między 6:00 a 21:00, 7 dni w tygodniu, wydają się mieć szczególne znaczenie dla skuteczności *Assertive Community Treatment* [145]. Podkreślono również znaczenie szerokiego zakresu kompetencji zawodowych i umiejętności zespołu wielozawodowego w zintegrowanej opiece zdrowotnej i społecznej oraz dobrej współpracy z podmiotami świadczącymi podstawową opiekę zdrowotną. Panowała zgoda co do ogromnego znaczenia regularnych usług zewnętrznych.

##### Dowody na leczenie wyjazdowe (kontynuacyjne) prowadzone przez wielozawodowe środowiskowe zespoły psychiatryczne

Dowody z badań randomizowanych dotyczących wielozawodowych środowiskowych zespołów psychiatrycznych pracujących w terenie pochodzą głównie z USA i Wielkiej Brytanii. Kilka badań przeprowadzono w Europie i Kanadzie. Możliwość przeniesienia wyników do Niemiec jest zatem ograniczona. Zidentyfikowano przegląd Cochrane i 6 innych aktualnych przeglądów, z których część dotyczyła konkretnych pytań. Ponadto w metaanalizie wytycznych NICE dotyczących schizofrenii, jak również w 6 randomizowanych badaniach kontrolowanych opublikowanych po 1998 roku, w których oceniano leczenie preparatem *as-*

*sertive Community Treatment Team* untersuchten,

zostały włączone do analizy. Bez wyjątku badano osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi. Istnieje wyraźne uwzględnienie podejścia *asertywnego leczenia środowiskowego*, dlatego też odwołujemy się tutaj do przeglądu Marshalla i Lookwooda z 1998 r., który od tego czasu został **wycofany, ale jest nadal dostępny** [104]. Przegląd ten został zastąpiony przeglądem dokonanym przez Dieterich et al. (2010) [106], który

*Intensywne zarządzanie przypadkami* (ICM) jako nadrzędne podejście, które łączy elementy *asertywnego leczenia społecznościowego* i *zarządzania przypadkami, a* zatem włącza ACT do koncepcji ICM. Przegląd systematyczny przeprowadzony przez Dietericha i wsp.

Analizie poddano 17 badań. Istniały wyraźne korzyści w odniesieniu do różnych kryteriów docelowych. Znacznie mniej pacjentów (ok. 50%) w tej grupie przerwało leczenie w okresie badania w porównaniu z grupą kontrolną. **Prawdopodobieństwo**

**3** al. 2010 [106] nie obejmuje wszystkich istotnych kwestii.

**prawdopodobieństwo leczenia szpitalnego** wynosiło

Z tego powodu w niniejszych wytycznych zachowano odniesienie do przeglądu Marshalla (1998) i jego ocenę.

■ **Dowody pochodzące z przeglądów systematycznych i metaanaliz**

**Dowody**

**A) Przeglądy systematyczne i metaanalizy**

— Marshall i Lockwood 1998: Włączenie 26 badań

— Metaanaliza wytycznych NICE Schizophre- never 2009: włączenie 22 badań.

— Ziguras i Stuart 2000: Włączenie 35 badań

— Zygmunt 2002: Włączenie 7 badań

— Nelson 2007: Włączenie 8 badań

— Coldwell i Bender 2007: Włączenie 6 badań.

— Drake 2008: Włączenie 22 badań

— Cleary 2008: Włączenie 5 badań

**B) Aktualne randomizowane badania kontrolowane**

— Harrison 2002

— Killaspy 2006

— Macias 2006

— Schonebaum 2006

— Złoto 2006

— Sytema 2007

W przeglądzie Cochrane opartym na 26 randomizowanych badaniach kontrolowanych zbadano skuteczność ACT u dorosłych z ciężkimi chorobami psychicznymi jako alternatywy dla tradycyjnej opieki środowiskowej, tradycyjnej rehabilitacji szpitalnej i zarządzania przypadkami [104].

***Skuteczność leczenia prowadzonego przez środowiskowy zespół psychiatryczny*** w ***porównaniu z leczeniem standardowym*** oceniano w grupie

przy leczeniu ACT było o około 40 % **niższe** niż przy leczeniu standardowym. Istniała jednak wyraźna heterogeniczność pomiędzy badaniami. W żadnym z włączonych badań nie stwierdzono jednak niekorzystnej sytuacji w grupie interwencyjnej w odniesieniu do kryterium "konieczności leczenia szpitalnego". W 7 badaniach **czas** leczenia **szpitalnego został skrócony o** ponad 33% w porównaniu z opieką standardową. Znaczące efekty stwierdzono w zakresie **życia i pracy** oraz w zakresie zadowolenia pacjentów. Pacjenci leczeni przez zespół pomocy doraźnej mieli znacznie większe szanse na samodzielne życie i rzadziej stawali się bezdomni. Leczenie przez zespół dochodzący znacząco zwiększyło satysfakcję z leczenia. Nie stwierdzono wyraźnych różnic między obiema grupami pod względem śmiertelności, nasilenia objawów, funkcjonowania społecznego, jakości życia i poczucia własnej wartości. Leczenie ACT w porównaniu z opieką standardową konsekwentnie zmniejszało poziom **kosztów leczenia szpitalnego.** Nie było jednak wyraźnej przewagi, jeśli wziąć pod uwagę koszty całkowite.

*W porównaniu* ***z klinicznym leczeniem rehabilitacyjnym, leczenie ACT*** nie ***miało*** wpływu na kontakt pacjenta z systemem opieki. Prawdopodobieństwo leczenia szpitalnego było o 80 % niższe w przypadku leczenia środowiskowego. W dwóch z trzech badań podano **czas trwania leczenia szpitalnego w** okresie badania, który był istotnie krótszy w grupie interwencyjnej. Znaczące pozytywne efekty stwierdzono w dziedzinie **mieszkalnictwa i zatrudnienia, a także w** odniesieniu do odbywania kary pozbawienia wolności w wyniku leczenia przez zespół dochodzący. Nie było różnic dla wszystkich innych rozważanych kryteriów docelowych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.4** Wpływ leczenia psychiatrycznego w środowisku zewnętrznym na różne parametry wynikowe. (Mar- shall i Lockwood 1998 [104]) | | | |
|  | **Efekty ACT vs.** | | |
| **konwencjonalne zasilanie**  **(k = 17 badań)** | **rehabilitacja szpitalna**  **(k = 3 badania)** | **Zarządzanie przypadkami (k = 6 badań)** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |
| ↓Zgony | ~ | ~ | ~ |
| ↓Nasilenie objawów | ~ | ~ | ~ |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |
| ↓Leczenie stacjonarne | ++ | ++ | k. A. |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | ++ | ++ | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | ++ | ~ | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ~ | ~ | ~ |
| ↑Sytuacja w zakresie zatrudnienia | ++ | ++ | ~ |
| ↓Bezdomność | ++ | ++ | ++ |
| ↓Zachowanie przestępcze/więzienie | ~ | ++ | ~ |
| *Satysfakcja i jakość życia* |  |  |  |
| ↑Zadowolenie z leczenia | ++ | ~ | ++ |
| ↑Jakość życia | ~ | ~ | ~ |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |  |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku lub niewystarczające dowody.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | |

Porównanie ***asertywnego leczenia środowiskowego z zarządzaniem przypadkami*** nie było zbyt znaczące ze względu na słabe dane. Znaczne korzyści odnotowano jednak w zakresie **satysfakcji** z **mieszkania** i **leczenia.** Pacjenci leczeni przez zespół dochodzący znacznie częściej mieszkali w stabilnych warunkach mieszkaniowych i wykazywali większą satysfakcję z leczenia (tabela 3.4).

Ziguras i współpracownicy (2000) w swojej metaanalizie doszli do porównywalnych wniosków [146]. Badania opublikowane w latach 1980-1998, które dotyczyły różnych *przypadków.*

Skuteczność *modeli ACT* oceniano w 12 różnych obszarach. Za pomocą ACT **zredukowano liczbę przyjęć do szpitala, wskaźnik hospitalizacji i liczbę dni leczenia w** porównaniu z konwencjonalnymi modelami opieki. Ponadto **poprawiła się satysfakcja pacjentów i ich rodzin z leczenia, zwiększyła się liczba kontaktów z opiekunami, a także zmniejszyła się liczba** przypadków **przerwania leczenia przez pacjentów.** Ponadto, doświadczany **stres rodzinny został zredukowany**. W niniejszej metaanalizie, która znacznie różni się od poprzedniej analizy Marshalla i Lockwooda (1998) metodologią i szerszą definicją modelu opieki, co spowodowało zwiększenie liczby włączonych badań.

[104], istnieją również dowody na to, że ACT **zmniejsza objawy psychiczne**, poprawia **poziom funkcjonowania społecznego**

i jest **bardziej opłacalna w porównaniu z** innymi formami zaopatrzenia.

Autorzy wytycznych NICE dotyczących schizofrenii [97] włączyli do swojej reanalizy metaanalizy Marshalla i Lock- wooda (1998) [104] łącznie 22 badania z łączną liczbą 3722 uczestników, w tym 2 nowo zidentyfikowane badania. Ver-

Istniały na to dowody w porównaniu z opieką standardową,

W porównaniu z innymi, mniej intensywnymi formami środowiskowej opieki psychiatrycznej *(standardowe zarządzanie przypadkiem, opieka standardowa)*, pozytywne efekty zaobserwowano tylko w 3 badaniach. Autorzy stwierdzają, że modele opieki środowiskowej, takie jak

z. np. ACT, to obiecujące podejście w odniesieniu do

lepszego przestrzegania dotyczących leków,

**3** że leczenie osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi

jeśli są one oparte na zasadach interwencji motywacyjnej.

Badanie wykazało, że zastosowanie *Zespołu Asertywnego Leczenia Społecznościowego (ACT) w leczeniu* **pacjentów z** chorobami przewlekłymi **poprawiło kontakt pacjentów z systemem opieki i zmniejszyło liczbę przerw w leczeniu oraz liczbę przypadków leczenia szpitalnego.** ACT wiązał się ze średnim zmniejszeniem liczby dni leczenia o 40% w okresie do 28 miesięcy. Przedstawiono ponownie dowody na to, że ACT **zwiększa satysfakcję z leczenia**. Wyniki metaanalizy NICE wykazały również silne dowody na **większe prawdopodobieństwo niezależnego życia oraz zmniejszenie bezdomności i bezrobocia w** grupie interwencyjnej. Autorzy opisali **umiarkowaną poprawę w zakresie objawów psychopatologicznych i jakości życia u** pacjentów w grupie interwencyjnej. **Przegląd ekonomii zdrowia** obejmował 11 badań. Wyniki wyraźnie wskazują na **wyższą efektywność kosztową** ACT w porównaniu z metodami standardowej opieki. W porównaniu z różnymi zastosowaniami case management, nie stwierdzono znaczącej różnicy. Również w tym przypadku **ACT** przyniósł **znaczące korzyści osobom bezdomnym z poważnymi chorobami psychicznymi.** Podsumowując, wytyczne NICE zalecają ACT dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi i częstym korzystaniem z leczenia szpitalnego, a w szczególności dla osób, do których trudno jest dotrzeć poprzez system opieki i które doświadczają zaniechania leczenia. Zalecają również ACT dla osób bezdomnych z przewlekłą chorobą psychiczną.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 7** |  |  |  |
| Podejście ambulatoryjne powinno być dostępne szczególnie wtedy, gdy istnieje ryzyko przerwania leczenia.  **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

Inne systematyczne badania nad skutecznością asertywnego leczenia środowiskowego koncentrują się na konkretnych pytaniach lub uwzględniają określone subpopulacje.

W przeglądzie narracyjnym przeanalizowano różne interwencje psychospołeczne pod kątem ich wpływu na **przestrzeganie zaleceń lekarskich** u osób z zaburzeniami schizofrenicznymi. Z 7 badań, w których zastosowano ACT

ren. Ogólnie rzecz biorąc, dowody zostały obecnie ocenione jako niewystarczające. Pomimo zdefiniowania poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich jako celu monitorowania w kontekście opieki środowiskowej, **aspekt** ten był **dotychczas mało zbadany [147]**.

W wyniku niedawnego przeglądu, w którym analizowano skutki różnych interwencji psychospołecznych mających na celu wspieranie **osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i bezdomnością,** stwierdzono **niemal niezmiennie pozytywne efekty ACT i intensywnego zarządzania przypadkami w zakresie ograniczania bezdomności** (średnia wielkość efektu 0,47) **oraz leczenia szpitalnego i czasu leczenia.** Największą skuteczność wykazano w przypadku połączenia długoterminowego mieszkania wspieranego i interwencji środowiskowych [148].

Coldwell i Bender (2007) również badali skuteczność środowiskowego leczenia psychiatrycznego dla **osób bezdomnych z ciężkimi chorobami psychicznymi i** stwierdzili znaczące różnice w **redukcji objawów psychicznych na** korzyść ACT w porównaniu z grupami kontrolnymi, które otrzymywały konwencjonalne wsparcie od menedżera przypadku. **Bezdomność** została **zredukowana** o **37%.** Nie stwierdzono istotnych różnic między obiema grupami w odniesieniu do zmniejszenia liczby przyjęć do szpitala [149].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 8** |  |  |  |
| W szczególności należy udostępnić możliwość leczenia ambulatoryjnego dla osób bezdomnych z ciężkimi chorobami psychicznymi. **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

Badania innej subpopulacji wykazały niespójne wyniki, jak również wyniki jednoznacznie pozytywne. Chociaż zarządzanie przypadkami silnie powiązane z asertywnym *leczeniem środowiskowym* i w formie integracyjnej w odniesieniu do konkretnych interwencji dla **osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i nadużywających substancji** nie wykazuje jednolitych efektów pod względem zmniejszenia liczby przypadków nadużywania lub objawów psychologicznych, istnieją przesłanki wskazujące, że osoby objęte tą formą wsparcia mają **wyższy wskaźnik powrotu do zdrowia.**

**zaangażowanie w interwencję**, **skraca się czas leczenia szpitalnego**, **zwiększa się udział w życiu społecznym** i **poprawia się** ogólna **jakość życia** pacjentów [150]. *Integrated Assertive Community Treatment* łączy środowiskowe interwencje psychologiczne w duchu ACT z interwencjami, które są bardzo specyficzne dla leczenia zaburzeń uzależnienia. Leczenie trwające od 6 miesięcy do 3 lat może **ograniczyć nadużywanie substancji**, **zwiększyć stopień przestrzegania** zaleceń i **ograniczyć leczenie szpitalne.** Wyniki te nie są jednak spójne [151].

Dowody na skuteczność ACT w innych grupach osób, np. u **osób z zaburzeniami poznawczymi i zaburzeniami psychicznymi,** są znacznie słabsze [152].

z **B Dowody z poszczególnych badań**

Nowsze randomizowane badania kontrolowane, które koncentrują się wyłącznie na grupach osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i wykluczają takie aspekty, jak zaburzenia współwystępujące lub upośledzone zdolności intelektualne oraz warunki życia, takie jak bezdomność, potwierdzają ustalenia Marshalla i Lockwooda (1998).

[104] nie jest spójny. Zidentyfikowane badania zostały przeprowadzone w Wielkiej Brytanii [116;153], USA [154-156] i Holandii [157]. W ramach interwencji eksperymentalnych stosowano wyłącznie ambulatoryjne leczenie zespołowe w rozumieniu *asertywnego leczenia środowiskowego.*

o bardzo wysokiej intensywności podaży.

W niektórych przypadkach zespoły były wspierane przez wyspecjalizowanych pracowników rehabilitacji zawodowej. Interwencje kontrolne były zróżnicowane i obejmowały konwencjonalne formy leczenia przez lokalne środowiskowe psychiatryczne służby zdrowia.

lub przez *zespół* ds. *zdrowia psychicznego.* W 2 badaniach wykazano skuteczność leczenia w *społeczności asertywnej w* porównaniu z *leczeniem w społeczności asertywnej.*

model domu klubowego.

Wyniki (Tabela 3.5) konsekwentnie pokazują, że pacjenci w grupach eksperymentalnych pozostają **w lepszym kontakcie z systemem opieki** [116;154;157] i zgłaszają **większą satysfakcję z leczenia** [116;157]. Również po 3 latach leczenia za pomocą metody leczenia opartej  **stosunkowo mniej pacjentów przerwało leczenie [158].** Ponadto widoczne są **zwiększone szanse na zatrudnienie zawodowe** [156]. W rozważanych badaniach wykazano, że *asertywna terapia środowiskowa jest bardziej skuteczna* niż konwencjonalne metody leczenia oparte na *społeczności.*

Leczenie ma jednakową wartość pod względem redukcji objawów, poprawy funkcji społecznych i indywidualnej sytuacji życiowej.

##### Streszczenie

Istnieją liczne badania nad skutecznością ACT, jednak ich wyniki nie zawsze są spójne. W szczególności ostatnie badania wykazują mniej wyraźne korzyści z ACT w porównaniu z leczeniem standardowym. W przeglądzie systematycznym Burns i współpracownicy (2007) szukali możliwych wyjaśnień niespójności ustaleń dotyczących skuteczności *intensywnego zarządzania przypadkami u* osób z SMI (7 rozdz. 3.2.3). Stwierdzili oni, że efekty związane ze skróceniem czasu leczenia szpitalnego były największe, gdy osoby dotknięte chorobą korzystały ze świadczeń stacjonarnych w terenie o dużej intensywności. Ponadto wydaje się, że na zróżnicowanie czasu leczenia szpitalnego miały wpływ organizacyjne i strukturalne elementy podejścia do leczenia, a w mniejszym stopniu aspekty związane z personelem. Oznacza to, że gdy model opieki jest zorganizowany zgodnie z zasadami ACT, można zaobserwować następujące zjawiska

- takie jak podejście zespołowe, codzienna dostępność przez 24 godziny na dobę, opieka środowiskowa, współodpowiedzialność wszystkich członków zespołu itp.

King (2006) również poszukiwał wyjaśnień dla niespójnych ustaleń, które wyrażają się przede wszystkim pomiędzy wynikami wcześniejszych badań a badaniami bieżącymi. W wyniku przeprowadzonej analizy w formie przeglądu narracyjnego doszedł do wniosku, że wdrożenie specjalistycznego, *intensywnego zarządzania przypadkami nie jest konieczne.*

*Zespoły zarządzające* (ICM) na drodze dostaw.

(ACT jest najszerzej stosowaną i najlepiej ocenianą formą ICM) wydaje się uzasadnione tylko wtedy, gdy (1) osoby spędzały wcześniej ponad 50 dni rocznie w opiece stacjonarnej w sposób ciągły i jest prawdopodobne, że wykorzystanie opieki stacjonarnej nie zmieni się bez ICM, (2) nie można zapewnić odpowiedniego wsparcia tym pacjentom w ramach standardowego zarządzania przypadkiem oraz (3) można przesunąć zasoby z opieki stacjonarnej do ICM [159]. Między innymi z czasem nastąpi zmiana w sposobie, w jaki

## 3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.5** Wpływ ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego w środowisku z poszczególnych badań na różne parametry docelowe | | | | | | |
|  | **Harrison- Czytaj 2002** | **Killaspy 2006** | **Macias 2006** | **Schonebaum 2006** | **Złoto 2006** | **Sytema 2007** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |  |
| ↓Nasilenie objawów | ~ | ~ | k. A. | k. A. | ~ | ~ |
| ↓Nadużywanie substancji | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |  |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| Utrzymywanie kontaktu między pacjentami a osobami udzielającymi pomocy | k. A. | ++ | ++ | k. A. | k. A. | ++ |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |  |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| ↓Bezdomność | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| ↓Skazania na karę pozbawienia wolności, działania agresywne | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Sytuacja w zakresie zatrudnienia | k. A. | k. A. | -1 | ~/-1 | ++ | k. A. |
| *Satysfakcja i jakość życia* |  |  |  |  |  |  |
| ↑Zadowolenie z leczenia | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | + |
| ↑Jakość życia | ~ | ~ | k. A. | k. A. | ~ | ~ |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |  |  |  |  |
| Efektywność kosztowa | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  Redukcja  Zwiększenie  1 porównywalna/wadliwa w porównaniu z modelem Clubhouse | | | | | | |

Zakłada się, że rosnący i rozwijający się krajobraz opieki jest możliwym wyjaśnieniem zmniejszających się różnic między wynikami grup eksperymentalnych i kontrolnych. Zwłaszcza w Anglii kluczowe zasady psychiatrycznego leczenia wyjazdowego są coraz częściej stosowane w rutynowym leczeniu [119].

Można jednak stwierdzić, że pod opieką zespołu ACT można **zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownych przyjęć do szpitala i skrócić czas pobytu w szpitalu.** Pacjenci, którzy są pod opieką *zespołu asertywnego leczenia środowiskowego,* korzystają również z **wyższego stopnia niezależności** i **większych możliwości zatrudnienia.**

**możliwości**. **Kontakt między pacjentami a systemem opieki może być utrzymywany dłużej**. **Nie** stwierdzono **żadnych różnic w** ekspresji **objawów klinicznych** ani w poprawie **funkcjonowania społecznego w** porównaniu z leczeniem standardowym. Ogólnie rzecz biorąc, ACT jest skuteczną metodą w kontekście pomocy doraźnej i kontynuacji opieki środowiskowej dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Gdy jest to wskazane,

*Zastosowanie ACT* **może znacząco obniżyć koszty leczenia i** poprawić różne parametry wynikowe oraz satysfakcję pacjenta, szczególnie w przypadku pacjentów, którzy korzystają z usług opiekuńczych z dużą częstotliwością i intensywnością. W **Niemczech** nie stosuje się obecnie ACT w rutynowym leczeniu. Aktywne poradnie psychiatryczne (PIA) lub służby socjalno-psychiatryczne (SPD) mają największe szanse na wdrożenie głównych aspektów ACT. Struktura opieki nad pacjentami z psychozami w Oddziale Psychoz Uniwersyteckiego Centrum Medycznego Hamburg-Eppendorf (UKE) obejmuje *zespół asertywnego leczenia środowiskowego,* który zajmuje się opieką nad pacjentami z psychozami, a także inne placówki opieki, takie jak ambulatorium psychoz, ośrodki dziennego i stacjonarnego leczenia [160].

(7 rozdz. 4).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 9** |  |  |  |
| Osoby z przewlekłymi i ciężkimi zaburzeniami psychicznymi powinny mieć możliwość korzystania z leczenia uzupełniającego w znanym im środowisku życia, nawet przez dłuższy okres czasu i poza ostrą fazą choroby.  **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**Opieka ambulatoryjna dla osób ciężko chorych psychicznie w Niemczech** cierpi przede wszystkim z powodu fragmentacji. Wiąże się to z dwoma głównymi zagrożeniami:

5 że opiekunowie z jednej lub kilku instytucji nawiązują relacje, ale żaden z nich nie jest wystarczająco elastyczny i trwały, aby zaabsorbować poważne kryzysy, ani nie jest w stanie wesprzeć systemu opieki jako całości.

ponosi ostateczną odpowiedzialność za koordynację, oraz

5 że, przeciwnie, sieci są tworzone i zarządzane, ale nikt nie wchodzi w trwałą relację z pacjentem, a tym samym w długotrwałą i trwałą relację dialogową lub, przy udziale krewnych, trialogiczną.

System ambulatoryjny stoi więc przed wyzwaniem połączenia wiążącej odpowiedzialności za projektowanie sieci i dobrej jakości relacji w co najmniej jednej osobie, ale jeśli to możliwe w zespole/sieci.

W zależności od ciężkości i złożoności choroby, może to mieć różne nazwy (*Intensive Care Management, ACT, Home Treatment,* itd.) i odbywać się w różnych instytucjach (PIA, środowiskowe centra psychiatryczne, itd.). Niezwykle ważne jest, aby organiza-

Struktura projektu pozwala na maksymalną elastyczność w wykorzystaniu zasobów. Elastyczność odnosi się do miejsca, czasu, trwania i ustawienia. Opłacalność zależy w dużej mierze od tego, czy leczenie jest dostępne 24 godziny na dobę jako interwencja kryzysowa. Tutaj pomocne są modele zintegrowanej opieki, które wykorzystują zasoby szpitalne i przechodzą od opieki stacjonarnej do ambulatoryjnej. Jakość związku oznacza także pewną wytrwałość w walce o związek - przed, a także zamiast odpowiedzialności opiekuna prawnego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 10** |  |  |  |
| Głównym zadaniem wieloprofesjonalnych zespołów psychiatrycznych powinno być, oprócz zorientowanego na potrzeby i elastycznego leczenia, współodpowiedzialność za opiekę zdrowotną i psychospołeczną nad osobami dotkniętymi chorobą, w celu zapewnienia ciągłości leczenia.  Celem powinno być zapewnienie leczenia, które jest dostosowane do indywidualnych potrzeb osób dotkniętych chorobą oraz do intensywności interwencji wymaganych na każdym etapie procesu leczenia. | | | |

być możliwe [164]. CM to oferta ponad granicami zawodowymi i instytucjonalnymi. CM jest przedmiotem wytycznych DGPPN S3 dotyczących leczenia schizofrenii ([1], s. 127-141).

proces. Zgodnie z zapotrzebowaniem na leczenie ambulatoryjne przed leczeniem szpitalnym, w miarę możliwości należy unikać leczenia szpitalnego.

**Stopień rekomendacji: PPP**

CM obejmuje szeroki zakres zadań,

różne formy CM można odróżnić od siebie.

*Wyjaśnienie*: W rozumieniu wymogu "leczenia ambulatoryjnego przed leczeniem szpitalnym" należy w miarę możliwości unikać leczenia szpitalnego, przy czym ocena potrzeby leczenia szpitalnego powinna być zasadniczo dokonana tak szybko, jak to możliwe przez specjalistę psychiatrii i psychoterapii lub specjalistę medycyny psychosomatycznej i psychoterapii, a niezbędne leczenie szpitalne psychiatryczne lub psychosomatyczne powinno być rozpoczęte bezzwłocznie (7 Rozszerzone zalecenia postępowania).

### zarządzanie przypadkami

#### Wstęp

z **Opis modelu**

Wraz z reformą psychiatryczną w drugiej połowie XX wieku, możliwości leczenia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi rozszerzyły się poprzez połączenie stacjonarnych, ambulatoryjnych i wieloprofilowych środowiskowych usług psychiatrycznych. Usługi opieki psychiatrycznej były przejmowane przez różne zawody w różnych miejscach, co prowadziło również do tego, że poszczególni świadczeniodawcy tracili niekiedy kontakt z pacjentami i nie mogli już zaspokoić złożonego psychiatrycznego i społecznego zapotrzebowania na pomoc [162]. Pojawiła się potrzeba koordynacji leczenia. W ten sposób pod koniec lat 70. w USA powstała koncepcja case management (CM) [163]. CM można rozumieć przede wszystkim jako strategię przydzielania i koordynowania różnych usług opiekuńczych. W szczególności w przypadku osób ciężko chorych psychicznie, wsparcie ze strony kierownika przypadku ma na celu zapewnienie rozsądnego i zgodnego z potrzebami korzystania z odpowiedniej pomocy medycznej, psychiatrycznej i psychospołecznej.

i *Asertywnego Leczenia* w *Społeczności.* Pomimo różnic pomiędzy poszczególnymi podejściami, definiuje się **wspólne zasady** CM [165]:

5 Utrzymanie ciągłości leczenia,

5 Dostępność usług,

5 Zaprojektowanie relacji pomocnik-pacjent jako kluczowego elementu CM,

5 indywidualne wsparcie w zależności od potrzeb,

5 Promowanie niezależności w życiu codziennym pacjentów,

5 Wgląd w interesy pacjentów i właściwa opieka.

**Główne cele** CM to utrzymanie kontaktu między opiekunami a chorymi, zmniejszenie częstości i czasu trwania leczenia szpitalnego, poprawa funkcjonowania społecznego i jakości życia [166]. CM wykracza poza pomoc w indywidualnych przypadkach. W swojej najbardziej podstawowej formie (*brokerage case management*) case manager ocenia indywidualne potrzeby swoich pacjentów, opracowuje z nimi plan pomocy, zapewnia udzielenie niezbędnej pomocy, monitoruje jej realizację pod względem jakości i dopasowania oraz utrzymuje kontakt ze swoimi pacjentami [167]. Ponadto zakres działań case managerów może obejmować również monitorowanie leków, wsparcie w sytuacjach kryzysowych, organizację czasu wolnego, a nawet indywidualne wsparcie terapeutyczne.

interwencji [11].

Thornicroft (1991) zdefiniował 12 osi, na których można opisać **charakterystykę zarządzania przypadkami** w jego zastosowaniu [165]. Wynika z tego jasno, że rozległość pojęciowa tego terminu, różnorodność osi i trudność operacjonalizacji są z jednej strony odpowiedzialne za żywe zainteresowanie case management (kompleksowe podejście, oczywiste znaczenie, brak dających się zidentyfikować wad), z drugiej zaś za fakt, że case management nie jest pojęciem samym w sobie.

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

**Jakość strukturalna**

Leczenie środowiskowe prowadzone przez zespół wielozawodowy wymaga pewności:

— **sektoryzacji** psychologii.

opieki psychiatrycznej, a tym samym opieki nad ograniczoną liczbą osób na możliwym do zarządzania obszarze,

— **dostępność do** miejsca leczenia w ciągu jednej godziny środkami transportu publicznego od miejsca zamieszkania pacjenta,

— **leczenia** ambulatoryjnego w uzupełnieniu do leczenia w ramach "comm- structure",

— możliwość **mobilnej interwencji kryzysowej**, która musi być dostępna 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, w celu leczenia pacjentów w kryzysie w ich środowisku zamieszkania przez okres trwania ostrej fazy choroby,

— **zasięgiem i aktywnym leczeniem uzupeł**niającym, którego czas trwania jest również określony w dłuższym okresie czasu,

— **współczynnika opieki,** który opiera się na odpowiednim natężeniu potrzeb opiekuńczych danych osób.

Pod pojęciem **zespołu wielozawodowego rozumie się** współpracę różnych grup zawodowych (lekarzy specjalistów

psychiatrii i psychoterapii lub neurologii, specjaliści medycyny psychosomatycznej i psychoterapii, pielęgniarstwa psychiatrycznego, psycholodzy i psychoterapeuci psychologiczni oraz inne zawody specjalistyczne, np. terapeuci zajęciowi, socjoterapeuci, pracownicy socjalni, pedagodzy społeczni, terapeuci sportowi i ruchowi, terapeuci podejść artystyczno-terapeutycznych), jak są również nazywani.

leczenie szpitalne

standard. W szczególności w warunkach ambulatoryjnych w leczenie pacjentów poważnie chorych psychicznie zaangażowani są również lekarze ogólni, tj. specjaliści medycyny ogólnej lub specjaliści chorób wewnętrznych pracujący jako lekarze ogólni, a także lekarze rodzinni. Jeśli leczenie zostało rozpoczęte przed 19 rokiem życia, uwzględniono również psychoterapeutów dzieci i młodzieży oraz psychiatrów dzieci i młodzieży.

Odpowiednie **kwalifikacje członków** zespołu wielozawodowego są warunkiem wstępnym skutecznego leczenia.

**W przypadku ostrego zagrożenia dla siebie i innych**, w przypadku ciężkich zaburzeń psychicznych uzasadnionych somatycznie, w przypadku wyraźnych zachowań agresywnych i mniej skłonnych do współpracy i/lub niekorzystnych psychospołecznych warunków środowiskowych, leczenie przez mobilny ambulatoryjny zespół wielozawodowy może nie być wystarczające. W tym przypadku możliwość leczenia musi być rozszerzona o usługi stacjonarne.

**Możliwe formy organizacyjne** Zespołowa psychiatryczna opieka środowiskowa dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi ma być oferowana w Niemczech poprzez psychiatryczne oddziały **ambulatoryjne** (§ 118 ust. 1 i 2 SGB V), których połączenie z klinikami psychiatrycznymi, oddziałami psychiatryczno-psychoterapeutycznymi szpitali ogólnych lub klinikami uniwersyteckimi jest zagwarantowane.

Inne możliwości realizacji istnieją poprzez działania **służb socjalno-psychiatrycznych**, poprzez **współpracę i tworzenie sieci specjalistów** ambulatoryjnych,

również w ramach tzw. umów IV zgodnie z § 140a.

**Ewentualne usługi**

**Kompleksowy zakres opieki, zarówno pod względem intensywności, jak i zakresu,** powinien obejmować wszystkie niezbędne środki diagnostyczne, jak również wszystkie niezbędne interwencje somatyczne (w tym psycho-farmakoterapię), psychoterapeutyczne, psychospołeczne i rehabilitacyjne na podstawie planu leczenia i być zorientowany na potrzeby i wymagania pacjenta. Realizacja kompleksowego leczenia wymaga **samostanowienia pacjenta**. W procesie tym biorą udział bliscy pacjenta. Ponadto należy zapewnić ciągłość **leczenia.**

**Konieczność tworzenia sieci** Pomoc ambulatoryjna z różnych obszarów usług musi być zorganizowana w taki sposób, aby jako **usługa kompleksowa** zapewniała osobom z poważnymi zaburzeniami psychicznymi wszelkie niezbędne wsparcie w sposób dostosowany do ich potrzeb i indywidualnie koordynowany. Strona

Projektowanie systemów opieki wymaga zatem **połączenia** tych systemów w **sieć.** Tworzenie sieci musi odbywać się na pięciu poziomach:

— Tworzenie sieci współpracy międzyagencyjnej

zung

— Tworzenie sieci w ramach systemów wynagrodzeń

— Tworzenie sieci dla poszczególnych grup docelowych

— Tworzenie sieci regionalnych

— Cross-structural networking [161]

Dalsze cechy szczególne systemu opieki psychiatrycznej w zakresie leczenia i rehabilitacji osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi zostały przedstawione w rozdziale dotyczącym macierzy (7 rozdz. 4).

## 3

|  |  |
| --- | --- |
| . **Tabela 3.6** Osie praktyki zarządzania przypadkami. (za Thornicroft 1991 [165]) | |
| Oś 1 | Indywidualne i zespołowe CM (podział odpowiedzialności) |
| Oś 2 | Model bezpośredniego wsparcia i pośrednictwa (model *pośrednictwa*) |
| Oś 3 | Intensywność interwencji (częstotliwość kontaktów) |
| Oś 4 | Stopień kontroli budżetowej |
| Oś 5 | Usługi zdrowotne i/lub społeczne (formularze usług) |
| Oś 6 | Grupa zawodowa menedżera przypadku |
| Oś 7 | Specjalizacja Case Managera |
| Oś 8 | Stosunek menedżera przypadku do pacjenta (klucz opieki) |
| Oś 9 | Stopień zaangażowania (partycypacji) pacjenta |
| Oś 10 | Forma kontaktu (dom, instytucja) |
| Oś 11 | Poziom interwencji (jednostka, sieć społeczna) |
| Oś 12 | Grupa docelowa |

Głównymi przyczynami takiego stanu rzeczy są z jednej strony zbytnia ogólnikowość systemu, brak konkretów oraz przeciążenie administracyjne (tabela 3.6).

■ **Modele zarządzania przypadkami**

Wadą *pośrednictwa w zarządzaniu przypadkami* jest to, że indywidualni menedżerowie przypadków często nie mogli zapewnić dostępu do opieki i leczenia oraz ich koordynacji, ponieważ nie posiadali kompetencji administracyjnych i finansowych lub nie byli za nie odpowiedzialni. Ponadto, wielu menedżerów przypadku często nie miało doświadczenia w praktyce klinicznej lub pracy z osobami z chorobami psychicznymi [166]. W związku z tym opracowano następnie bardziej zróżnicowane modele, z których niektóre wykazują zbieżności, ale nadal mają różne akcenty. Mueser odróżnia od siebie 6 modeli zarządzania przypadkiem, ale zalicza do nich Assertive Community Treatment (7 rozdział 3.2.2) [107] (tabela 3.7). W ostatniej metaanalizie Cochrane (Dieterich i in. 2010 [106]) *model Assertive Community Treatment* sklasyfikowano jako *Intensive Case Management.* Autorzy nie uznają tych modeli za rozróżnialne i pod pojęciem *intensywnego zarządzania przypadkami* grupują wszystkie modele, w których intensywność opieki na jednego opiekuna jest mniejsza niż 20 pacjentów.

pacjentów. Inni autorzy widzą jednak w różnych modelach wyjaśnienie różnic międzynarodowych [108]. Z tego powodu rozróżnienie między tymi modelami zostanie zachowane w dalszej części, a przeglądy dotyczące *asertywnego leczenia środowiskowego* i *zarządzania przypadkami,* które zostały wycofane w związku z Przeglądem Dieterich, będą również przywoływane [104;166].

Podczas gdy w kontekście *zarządzania przypadkiem brokerskim* kluczowa była nawigacja przez złożony i zagmatwany system środowiskowej opieki psychiatrycznej [168], zakres zadań *menedżera przypadku klinicznego* obejmuje o wiele więcej funkcji. Dlatego też *menedżer przypadku klinicznego skupia się z* jednej strony na stosowaniu interwencji skoncentrowanych na pacjencie (psychoedukacja, trening umiejętności, interwencje psychoterapeutyczne), a z drugiej na podejściu kontekstowym (zaangażowanie rodziny i innych pomocników, zachowanie i utrzymanie sieci społecznych itp.

Inne wpływowe podejście opisywane jest przez *model zasobów lub siły* [170;171]. Podejście do zarządzania przypadkami osób z ciężkimi chorobami psychicznymi kładzie nacisk na ograniczenia, deficyty i upośledzenia związane z chorobą. Z nowym

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.7** Charakterystyka różnych modeli opieki środowiskowej. (Za Mueser 1998) [107] | | | | | | |
| **Funkcja programu** | **Modele opieki oparte na społeczności lokalnej** | | | | | |
| **Model brokera** | **Zarządzanie przypadkami klinicznymi** | **Model mocnych stron** | **Model rehabilitacji** | **ACT** | **Intensywne zarządzanie przypadkami** |
| Klucz pomocniczy | 1 : 50 (?) | 1 : 30+ | 1 : 20–30 | 1 : 20–30 | 1 : 10 | 1 : 10 |
| Opieka zewnętrzna | Rzadko | Rzadko | sporadycznie | okazjonalnie | często | często |
| Współodpowiedzialność w zespole | nie | nie | nie | nie | tak | nie |
| 24-godzinny zasięg | nie | nie | nie | nie | często | często |
| Zaangażowanie pacjentów | nie | niski | wysoka | wysoka | niski | niski |
| Nacisk na szkolenie w zakresie umiejętności | nie | niski | Mierny | wysoka | Średnie-umiarkowane (?) | Przeciętny (?) |
| Częstotliwość kontaktów | niski | Mierny | Mierny | mierny | wysoka | wysoka |
| punkt kontaktowy | Instytucja | Instytucja | Wspólnota | Instytucja/ Wspólnota | Wspólna decyzja | Wspólnota |
| Integracja interwencji | niski | Mierny | nisko (?) | nisko (?) | wysoka | wysoki (?) |
| Bezpośrednie usługi komunalne | niski | Mierny | Mierny | mierny | wysoka | wysoka |
| Populacja docelowa | SMI | SMI | SMI | SMI | SMI/  "wysoki poziom użytkowników usług" | SMI/"wysoki poziom" użytkowników usług |
| *SMI* ciężko chory psychicznie, *ACT* asertywne leczenie wspólnotowe (?) brak definicji | | | | | | |

Podejście to koncentrowało się teraz na indywidualnych atutach pacjentów. Inne ważne zasady obejmują znaczenie relacji między menedżerem przypadku a pacjentem, aspekty samooceny pacjenta, znaczenie życia codziennego i najbliższego otoczenia społecznego jako zasobu, pracę na zewnątrz oraz przekonanie, że ciągłe uczenie się, wzrost i zmiana są możliwe nawet w ciężkiej chorobie psychicznej [172].

*Model rehabilitacji* [173;174] kładzie nacisk na

Znaczenie indywidualnych potrzeb i celów osoby chorej psychicznie w planowaniu i realizacji usług opiekuńczych w przeciwieństwie do definicji celów przez system opieki. Szczególną cechą tego podejścia jest

silny nacisk na umiejętności i zdolności, które powinny umożliwić danej osobie osiągnięcie osobistych celów i trwałą integrację z najbliższym otoczeniem społecznym.

W latach 70. XX wieku opracowano *Program for As- sertive Community Treatment, którego* celem było wsparcie bardzo ciężko upośledzonych osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi [125;137].

Podczas gdy podejście asertywnego leczenia społecznościowego (7 Sekcja 3.2.2) skupia się na pracy zespołowej i wspólnej odpowiedzialności zespołu wobec grupy pacjentów, menedżer przypadku zachowuje autonomię zawodową i indywidualną odpowiedzialność za pacjentów, którym towarzyszy [173].

Podobnie jak w przypadku *Assertive Community Treatment, intensywne zarządzanie przypadkami (Intensive Case Management)* zostało opracowane w celu zaspokojenia potrzeb osób korzystających z *usług w* wysokim stopniu [175;176]. Charakterystyczne dla *intensywnej terapii*

— Metaanaliza wytycznej NICE Schizophrenia 2009, Intensive case management: inclusion of 13 studies.

**3** *Model zarządzania przypadkami* to niska liczba przypadków

na jednego pracownika, praca zewnętrzna i wsparcie praktyczne, np. poprzez ćwiczenie codziennych umiejętności. Różnica w stosunku do koncepcji *Assertive Community Treatment* polega również tutaj na komponencie modelowym, jakim jest współodpowiedzialność lub autonomiczna odpowiedzialność personelu za swoich pacjentów [107].

#### Dowody w sprawie zarządzania przypadkami

Dowody na skuteczność zarządzania przypadkami opierają się na kilku przeglądach systematycznych i metaanalizie wytycznych NICE dotyczących schizofrenii. W zasadzie różne modele zarządzania sprawami utrudniają porównywalność. Trzy z metaanaliz badały model intensywnego zarządzania przypadkami pod kątem jego skuteczności. Przegląd dokonany przez Marshalla i współpracowników (2000) [166] został wycofany z powodu opublikowania nowszego przeglądu (Die- terich i wsp. 2010 [106]). Jednak w celu oceny pierwotnej formy *zarządzania przypadkami* nadal brano pod uwagę przegląd Cochrane dokonany przez Marshalla i współpracowników (2000) [177]. Dorośli ludzie z ciężkimi chorobami psychicznymi (schizofrenia, ciężkie zaburzenia dwubiegunowe i depresyjne oraz zaburzenia osobowości) byli badani głównie w USA, ale także w różnych krajach europejskich (Wielka Brytania, Dania, Szwecja, Holandia).

**Dowody**

**A) Metaanalizy**

— Marshall i współpracownicy 2000 (przegląd Cochrane): Włączenie 10 badań.

— Ziguras i Stuart 2000: Włączenie 35 badań

— Burns 2007, Intensive Case Management: Inclusion of 29 studies.

— Dieterich et al. 2010 (Cochrane review), Intensive case management: inclusion of 38 studies.

■ **A Dowody z metaanaliz**

Marshall i współpracownicy (2000) badali efekty zarządzania przypadkiem w porównaniu z konwencjonalną opieką psychiatryczną [166]. Złożoność modelu *zarządzania przypadkami znajduje* również odzwierciedlenie w różnorodności badanych modeli opieki *(intensywne zarządzanie przypadkami na zewnątrz, zespół intensywnego modelu bro- kerskiego, model mocnych stron* i inne). Zależność między kierownikiem przypadku a liczbą

Proporcje pacjentów, którzy mają być objęci opieką, różniły się znacznie we wszystkich uwzględnionych badaniach (1 : 4 do 1 : 40). Autorzy podkreślają, że nie brali pod uwagę *modeli leczenia opartych na asertywnej komunikacji, ani opieki domowej*, którą należy raczej rozumieć jako interwencję kryzysową. Pacjenci w grupach kontrolnych otrzymywali konwencjonalne metody leczenia, które nie zawsze były wystarczająco dobrze opisane, a ponadto znacznie się różniły (zwykła opieka kontynuacyjna przez własną poradnię, placówki służby zdrowia, opieka przez wielodyscyplinarne zespoły psychiatryczne, program rehabilitacji psychospołecznej przez środowiskową poradnię psychiatryczną, opieka przez *środowiskowe pielęgniarki psychiatryczne* w ramach podstawowej opieki zdrowotnej).

itd.). Dane pokazują, że **kontakty między pacjentami a systemem pomocy były częściej utrzymywane w grupach CM** niż w przypadku leczenia standardowego. **Jednakże prawdopodobieństwo przyjęcia do szpitala było prawie dwukrotnie wyższe** wśród osób otrzymujących CM. Ponadto w 4 z 6 badań istniały dowody, że średnia liczba dni leczenia szpitalnego w miesiącu była wyższa w grupie interwencyjnej. Z wyjątkiem **większej zgodności pacjentów z** leczeniem farmakologicznym w grupie CM, nie stwierdzono różnic między obiema grupami w różnych obszarach klinicznych i społecznych (Tabela 3.8). Stwierdzenia dotyczące efektywności kosztowej pozostają niejasn e ze względu na ograniczenia metodologiczne.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.8** Wpływ zarządzania przypadkami na różne parametry docelowe | | | | | |
|  | **Marshall et al. 1998** | **Ziguras i Stuart 2000** | **Burns et al. 2007 ICM** | **Dieterich et al. 2010**  **ICM** | **NICE 2009**  **Schizofrenia ICM** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| ↓Zgony | ~ | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ↓Nasilenie objawów | ~ | ++ | k. A. | ~ | ~ |
| ↑Stan ogólny | k. A. | k. A. | k. A. | + | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |
| ↓Wznowienie pobytu w szpitalu | - | - | k. A. | + | k. A. |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | - | ++ | ++ | ++ | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | ++ | ++ | k. A. | ++ | ++ |
| Przestrzeganie zaleceń lekarskich | ++ | k. A. | k. A. | + | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ~ | ++ | k. A. | ~ | ~ |
| ↑Sytuacja w zakresie zatrudnienia | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ↓Od uwięzienia, działania ge- walta... | ~ | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| *Satysfakcja i jakość życia* |  |  |  |  |  |
| ↑Zadowolenie pacjentów | k. A. | ++ | k. A. | ++ | k. A. |
| ↑Względna satysfakcja | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Jakość życia | ~ | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ↓Doświadczyli stresu, krewni | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |  |  |  |
| ↑Efektywność kosztowa | k. A. | + | k. A. | ++ | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej lub mała liczebność próby  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tej liczby docelowej  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | | | |

Ograniczenia są niejasne. Ogólnie rzecz biorąc, dowody wskazują, że zarządzanie przypadkami zwiększa koszty opieki zdrowotnej, ale może zmniejszyć koszty ponoszone przez społeczeństwo jako całość.

Ziguras i Stuart (2000) wzięli pod uwagę er-.

Pacjenci odczuwali **większy stres w** porównaniu z leczeniem standardowym. Stres związany z chorobą był odczuwany w mniejszym stopniu w grupach objętych interwencją niż w grupach kontrolnych. Leczenie przez kierownika przypadku w

**3** nowe obliczenia metaanalizy Marshalla

leczenie było ogólnie mniej **kosztowne** niż leczenie standardowe.

i współpracowników [146]. Rozszerzyli oni kryteria włączenia i włączyli 35 badań, w tym badania nierandomizowane oraz badania z ograniczeniami metodologicznymi i tendencyjnością [178]. Spośród włączonych badań, 19 porównywało *Assertive Community Treatment* z opieką standardową, a 16 porównywało inne modele CM (*model mocnych stron, model rehabilitacyjny),*

*Broker Case Management*) z odpowiednim wdrożeniem.

w stosunku do standardowej opieki. W 9 badaniach *asertywna terapia środowiskowa* była bezpośrednio porównywana z innym modelem zarządzania przypadkami. W 13 badaniach nie udało się sklasyfikować formy leczenia. Autorzy połączyli różne modele zarządzania przypadkami, oprócz *Assertive Community Treatment*, w jeden termin - *Clinical Case Management*. Wszystkie te podejścia wiązały się z przejęciem odpowiedzialności za leczenie pacjentów.

Podejście Assertive Community Treatment koncentrowało się na leczeniu zespołowym i wspólnej odpowiedzialności członków zespołu, przy wyższym wskaźniku opieki i szerszym zakresie interwencji. W przeciwieństwie do tego, *Assertive Community Treatment* koncentrowało się na leczeniu zespołowym i wspólnej odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu i zapewniało wyższy poziom opieki i szerszy zakres interwencji. Dwadzieścia dziewięć z włączonych badań było randomizowanych, a średni czas trwania badania wynosił 16,5 miesiąca. W porównaniu z opieką standardową, forma *zarządzania przypadkiem* była bardziej efektywna.

wiązało się z **istotną poprawą w zakresie objawów psychopatologicznych i funkcjonowania społecznego, a** także z **krótszym czasem pobytu w** leczeniu **stacjonarnym. Natomiast liczba pobytów** w **szpitalu była wyższa (** Tabela 3.8). **Kontakty między pacjentami a systemem opieki były bardziej intensywne** w grupie interwencyjnej, co było również widoczne w znacząco niższym wskaźniku rezygnacji. **Zadowolenie z leczenia**

było większe zarówno wśród pacjentów,

jak i ich bliskich.

**bardziej skuteczne**. Jednak różne metody obliczeniowe w tych badaniach ograniczają znaczenie tego wyniku.

Spójne ustalenia w obu przeglądach dotyczą większej liczby terapii w placówkach lecznictwa zamkniętego i niższych wskaźników rezygnacji z leczenia w przypadku zarządzania przypadkami. Ponadto, Ziguras i współpracownicy (2000) znaleźli pozytywne wyniki w innych domenach (np. redukcja objawów klinicznych, poprawa funkcji społecznych, redukcja doświadczanego stresu) i ocenili zarządzanie przypadkiem w jego zastosowaniu dla grupy docelowej pacjentów ciężko chorych psychicznie jako ogólnie pozytywne [146]. Autorzy przypisują różnice w tych dwóch przeglądach różnym kryteriom włączenia, a także podają inne możliwe przyczyny, takie jak stosowanie różnych strategii zarządzania przypadkami, które utrudniają porównywalność [178].

W niedawnym przeglądzie systematycznym podjęto próbę wyjaśnienia niespójnych wyników dotyczących skrócenia czasu leczenia szpitalnego za pomocą ***intensywnego zarządzania przypadkami*** (ICM) [115]. Włączono do niego 29 badań porównujących ICM (z niskim obciążeniem 20 pacjentów na kierownika przypadku) z tradycyjnym środowiskowym leczeniem psychiatrycznym lub leczeniem CM z wyższym obciążeniem na pracownika. Biorąc pod uwagę różne czynniki wpływające (takie jak z. Obliczenie wierności modelu, mierzonej dodatkowym punktem skali "Index of fidelity to assertive community treatment" (IFACT) [143], wykazało, że większa wierność modelu, mierzona dodatkowym punktem skali "Index of fidelity to assertive *community* *treatment*" (IFACT), wiązała się ze zmniejszeniem liczby dni leczenia szpitalnego przed rozpoczęciem interwencji. Obliczenia wykazały, że większa wierność modelu, mierzona dodatkowym punktem w domenie "Organizacja" skali *Index of fidelity to assertive community treatment* (IFACT) [143], wiązała się z redukcją o 0,44 dnia leczenia szpitalnego miesięcznie. Oznacza to, że zmniejszenie liczby dni leczenia szpitalnego zależy od zmiennych organizacyjnych, takich jak leczenie oparte na zespole wieloprofesjonalnym, codzienna dostępność personelu przez 24 godziny, współodpowiedzialność personelu za wszystkich pacjentów,

istnienie kierownika zespołu lub nieograniczone zasoby czasu dla pacjentów. Z drugiej strony inne składniki podskali "członkowie zespołu" (np. stosunek nadzoru, wielkość zespołu) nie wydawały się mieć żadnego wpływu na liczbę dni leczenia szpitalnego. Większy okazał się również wpływ liczby dni wcześniejszego leczenia szpitalnego. Po uwzględnieniu tej zmiennej wpływ komponentów organizacyjnych programu na czas leczenia stacjonarnego zmniejszył się, ale pozostał istotny. Autorzy wnioskują, że **leczenie** osób z ciężkimi chorobami psychicznymi **poprzez intensywne zarządzanie przypadkami jest najbardziej efektywne pod** względem pożądanego **skrócenia czasu leczenia stacjonarnego,** gdy pacjenci byli **wcześniej często leczeni stacjonarnie.** Jednocześnie autorzy wyjaśniają różne wyniki dotychczasowych badań nad CM. **W regionach o dobrze rozwiniętej opiece środowiskowej leczenie szpitalne jest konieczne tylko w przypadku absolutnie niezbędnych wskazań, tak że dodatkowe wprowadzenie zespołu intensywnego zarządzania** przypadkami **ma niewielki wpływ na i tak już niskie wykorzystanie leczenia szpitalnego.** Z drugiej strony w **regionach o słabo zróżnicowanym krajobrazie środowiskowej opieki psychiatrycznej** i **wysokim wykorzystaniu przez pacjentów zasobów leczenia szpitalnego** wprowadzenie **intensywnego zarządzania przypadkami** doprowadzi do **znacznego zmniejszenia liczby dni leczenia szpitalnego.** Ponadto omówiono inne podejścia wyjaśniające. Na przykład, krótszy czas leczenia szpitalnego w badaniach można również przypisać temu, że badani uczestnicy byli prawdopodobnie mniej ciężko chorzy i dlatego w mniejszym stopniu korzystali z takiego leczenia dochodzącego. Podobnie pewną rolę mogą odgrywać mniejsze możliwości leczenia szpitalnego w jednym regionie w porównaniu z innymi, tak że problematyczne jest mierzenie sukcesu leczenia jedynie poprzez skrócenie czasu leczenia szpitalnego. Forma leczenia w próbie porównawczej (*leczenie jak zwykle) jest* również omawiana w innym miejscu jako decydujący czynnik wpływający [114].

***W*** niedawno przeprowadzonej metaanalizie ***intensywne zarządzanie przypadkami*** (ICM) ze stosunkiem opieki mniejszym niż 1:20 dla dorosłych z ciężkimi chorobami psychicznymi okazało się **lepsze** od konwencjonalnego leczenia pod względem różnych wyników. Na przykład **czas trwania leczenia szpitalnego** mógłby zostać **skrócony o** ok. 7-10 dni na pacjenta w okresie 12 miesięcy. Pacjenci z grupy eksperymentalnej stosunkowo rzadziej zrywali kontakt z systemem opieki psychiatrycznej. Prawdopodobieństwo ponownych przyjęć do szpitala uległo zmniejszeniu; poprawiło się przestrzeganie zaleceń lekarskich. Z kolei w odniesieniu do cech związanych z chorobą nie odnotowano prawie żadnych korzyści. Stwierdzono jednak **większe zadowolenie pacjentów** i **wyższą efektywność kosztową. W** porównaniu z modelami zarządzania przypadkami o wyższym wskaźniku opieki, wynoszącym ponad 20 pacjentów na jednego menedżera przypadku, nie odnotowano żadnych korzyści.

części poprzez Intensywne Zarządzanie Sprawami. Dalsze analizy wykazały również, że czas trwania leczenia stacjonarnego może zostać skrócony przy większej wierności programu wobec *podejścia opartego na asertywnej komunikacji.* Podobnie wykazano, że większe znaczenie dla skrócenia czasu leczenia szpitalnego ma stopień korzystania z leczenia szpitalnego z góry [106].

Autorzy wytycznej NICE dotyczącej schizofrenii przeprowadzili niedawno metaanalizę na podstawie przeglądu Cochrane dokonanego przez Marshalla i współpracowników i włączyli do niej 3 kolejne badania [179-181]. Podczas gdy autorzy przeglądu Cochrane nie dokonali rozróżnienia pomiędzy różnymi formami CM, metaanaliza NICE zdefiniowała *intensywne zarządzanie przypadkami jako* mające stosunek opieki mniejszy niż 15 pacjentów na jednego menedżera *przypadku.* Nawet po uwzględnieniu dodatkowych badań włączonych do badania, baza dowodowa dotycząca skuteczności *intensywnego zarządzania przypadkami* pozostała według autorów niewystarczająca [97]. Wykazano jednak, że *intensywne zarządzanie przypadkami jest* bardziej prawdopodobne, aby **utrzymać kontakt między pacjentami a systemem opieki** niż *standardowe zarządzanie przypadkami*. Nie było statystycznie istotnych różnic pomiędzy *intensywnym* i *standardowym zarządzaniem przypadkiem w zakresie* parametrów klinicznych i społecznych. W przeglądzie NICE dotyczącym efektywności kosztowej uwzględniono 12 badań. Na podstawie dostępnych danych nie wyciągnięto jednak wiarygodnych wniosków dotyczących większej opłacalności zarządzania przypadkami w porównaniu z opieką standardową. Gdy CM porównywano z *Assertive Community Treatment* lub opieką świadczoną przez Community *Mental Health Team,* nie stwierdzono istotnych różnic. Wyniki wskazują również, że zmniejszona liczba przypadków, a tym samym lepszy wskaźnik opieki, nie zapewnia wyraźnej korzyści ekonomicznej dla zdrowia. Autorzy konkludują, że niewystarczająca baza dowodowa nie uzasadnia obecnie rekomendacji dla *intensywnego zarządzania przypadkami* jako rutynowej opieki, przynajmniej w Anglii i Walii.

#### Streszczenie

Ustalenia dotyczące zarządzania przypadkami muszą być krytycznie omówione, ponieważ są one częściowo niespójne, a niespójne definicje utrudniają generalizację. Jednak wskazują one jednolicie, że wsparcie ze strony menedżera przypadku prowadzi do **większej satysfakcji z leczenia w** porównaniu z leczeniem konwencjonalnym i **znacząco zmniejsza liczbę przerw w leczeniu. Jest** możliwe, że CM prowadzi do **lepszego przestrzegania zaleceń** lekarskich**, większej satysfakcji i mniejszego stresu wśród krewnych.** Liczba **przyjęć do szpitali** była niższa w okresie

Leczenie przez menedżera przypadku było zazwyczaj wyższe, podczas gdy **długość pobytu w szpitalu była przeważnie krótsza,** zwłaszcza gdy leczenie miało formę intensywnego zarządzania przypadkiem. Nie udało się wykazać zmian w **parametrach klinicznych lub społecznych, ani w jakości życia** i ogólnym samopoczuciu. Dane dotyczące **efektywności kosztowej** są jak dotąd niewystarczające. Jednak niedawna metaanaliza dotycząca skuteczności intensywnego zarządzania przypadkami w porównaniu z leczeniem standardowym wykazała wyższą opłacalność. Zarządzanie przypadkiem wydaje się tym bardziej skuteczne w zakresie redukcji liczby dni leczenia szpitalnego, jeśli z jednej strony forma leczenia jest zgodna z *podejściem asertywnego leczenia środowiskowego*, a z drugiej strony wcześniej często konieczne były pobyty w szpitalu.

**3**

W **Niemczech** stosowane jest podejście oparte na zarządzaniu przypadkami, choć ogólna sytuacja jest nadal niejasna (7 zaawansowanych zaleceń dotyczących działań). Dane z ostatnich randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących efektów skoordynowanego i zintegrowanego leczenia osób z ciężkimi chorobami psychicznymi w Niemczech nie są dostępne. Jednakże, projekty zintegrowanej opieki różnych ubezpieczeń zdrowotnych, które zawierają moduły zarządzania przypadkami są obecnie oceniane. Niektórzy ubezpieczyciele zdrowotni postrzegają case management bardziej jako zarządzanie przypadkiem lub wsparcie administracyjne jednostki przez lekarzy Służby Medycznej (MDK) lub pracowników ubezpieczeniowych lub pracowników socjalnych ubezpieczycieli zdrowotnych [182]. Ogólnie rzecz biorąc, istnieje wiele różnych modeli współzarządzania pomocą psychiatryczną przez różne grupy zawodowe (np. lekarzy, psychologów, pielęgniarki, pracowników socjalnych). Rozwiązania w zakresie koordynacji pomocy są mało jednolite, co utrudnia monitorowanie jakości (7 rozdział 4).

**Excursus: Socjoterapia ambulatoryjna**

Socjoterapia jest połączeniem leczenia psychiatrycznego z otoczeniem społecznym lub środowiskowymi ośrodkami psychiatrycznymi. Socjoterapia jest wspierającą

Terapia z podstawową zasadą działania pomocowego, która obejmuje wszystkie metody. Opieka koncentruje się przede wszystkim na stosunku do rzeczywistości i pomocy w korekcji ograniczeń funkcjonalnych. Działania zalecane przez lekarza neurologa (120 godzin w ciągu 3 lat) powinny przekazać następujące umiejętności:

4 Strategie zarządzania chorobami (przestrzeganie koniecznego leczenia)

4 Trening kompetencji społecznych

4 Praktyczna nauka życia

4 Zaangażowanie krewnych

1. Stosowanie dodatkowych środków pomocniczych

We współpracy z leczącym neurologiem/psychiatrą, socjoterapia umożliwia leczenie i opiekę nad ciężko chorymi psychicznie pacjentami w pobliżu ich miejsca zamieszkania i w odniesieniu do ich środowiska życia, włączając w to istniejące ambulatoryjne usługi kompleksowe. Zawiera on przewodnik po uzupełniających formach leczenia i możliwościach rehabilitacji oraz łączy je w formie indywidualnie dostosowanej do pacjenta (7 Rys. 4.2 Leczenie ambulatoryjne i inne oferty leczenia ambulatoryjnego osób ciężko chorych psychicznie).

Rozważana w dalszej części forma zarządzania przypadkiem, która rozwinęła się w niemieckiej praktyce psychiatrii społecznej, jest istotnym elementem pracy psychiatryczno-psychoterapeutycznej i psychospołecznej. Koncepcja ta nie została jednak jeszcze zbadana w ramach badań klinicznych w Niemczech.

**Zarządzanie przypadkami (CM)**

5 CM polega na koordynowaniu udzielania pomocy przez członka zespołu terapeutycznego (w sensie menedżera przypadku klinicznego), oraz

5 funkcję osoby referencyjnej, która w porozumieniu z pacjentem i innymi zaangażowanymi stronami w sposób wiążący koordynuje kompleksową pomoc,

5 CM dąży do ciągłości ponad granicami obszarów i sektorów opieki (integracja), jak również

5 wsparcie pacjenta w celu ochrony jego interesów w niezbędnym zakresie.

Zarządzanie przypadkiem jest różnie definiowane w badaniach klinicznych. Na tej podstawie

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

Podczas gdy wyniki międzynarodowych badań na podstawie bardzo różnych systemów opieki odnoszą się w szczególności do cech szczególnych w postaci niskiej gęstości opieki i wysokiego wykorzystania leczenia szpitalnego, w Niemczech występuje cecha szczególna w postaci silnie podzielonego na pytania systemu opieki. Ze względu na związane z tym szczególne wymagania dotyczące większej koordynacji, zarządzanie przypadkami staje się coraz bardziej popularne. Pomimo pewnego wachlarza różnych form zarządzania przypadkiem, które nie zawsze są łatwe do odróżnienia od siebie, w różnych regionach kraju wdrażany jest w szczególności model opiekuna koordynującego w ramach podejścia skoncentrowanego na osobie w leczeniu osób ciężko i przewlekle chorych psychicznie. W połączeniu ze zintegrowanym planem leczenia i rehabilitacji oraz konferencją dotyczącą planu pomocy (7 rozdz. 4) instrumenty te oferują szereg możliwości utrzymania ważnych usług terapeutycznych i leczniczych.

relacje społeczne, możliwość udzielania niezbędnej pomocy w sposób elastyczny i zorientowany na osobę i potrzeby. W praktyce porównywalna pomoc może występować także pod innymi nazwami (np. terapeutyczny opiekun główny).

Koordynująca osoba referencyjna jest zaangażowana w plan leczenia i rehabilitacji, w którego planowaniu biorą udział pacjenci i ich bliscy, jak również przedstawiciele służby socjalno-psychiatrycznej,

z kliniki i innych usługodawców (np. z dziedziny mieszkalnictwa, pracy, terapii), jak również zaangażowani są usługodawcy. Zadaniem opiekuna koordynującego jest długoterminowe towarzyszenie procesowi rehabilitacji, zarówno w różnych placówkach, jak i u różnych usługodawców, oraz bycie osobą kontaktową dla pacjenta i jego bliskich, jak również dla wszystkich innych zaangażowanych stron. Opiekun koordynujący czuwa nad realizacją uzgodnionego wsparcia i jest odpowiedzialny za stałą wymianę informacji.

Działalność koordynacyjna jest prowadzona albo w ramach rzeczywistej działalności opiekuna koordynującego (np. w zakresie mieszkalnictwa), albo w kontekście rzeczywistej działalności opiekuna koordynującego.

udostępniane są dodatkowe środki (np. w ramach pomocy przy uczestnictwie zgodnie z § 10 SGB IX).

Ponadto elementy case management są w Niemczech realizowane przez różne grupy zawodowe (np. uznani specjaliści psychiatrii i psychoterapii, psychoterapeuci psychologiczni, opieka ambulatoryjna, terapeuci zajęciowi i socjoterapeuci).

W tym miejscu należy podkreślić różnicę w stosunku do case management w postaci prowadzenia spraw przez usługodawców. CM w sensie koordynacyjnego udzielania pomocy przez członka zespołu terapeutycznego nie realizuje interesów ekonomicznych, lecz konsekwentnie interesy pacjenta. Zadania koordynacyjne nie mogą być również przejęte przez ewentualnie wyznaczonego opiekuna prawnego.

Skuteczność modeli zarządzania przypadkami w zakresie wsparcia osób z ciężkimi chorobami psychicznymi nie jest konsekwentnie udokumentowana w literaturze międzynarodowej w odniesieniu do wszystkich badanych zmiennych docelowych. W warunkach niskiej gęstości podaży środowiskowych podejść psychiatrycznych w danym regionie i/lub wysokiego wykorzystania przez pacjenta leczenia stacjonarnego, case management może być pomocny w sensie opieki zorientowanej na potrzeby. Zarządzanie przypadkiem może prowadzić do większej satysfakcji pacjenta i jego rodziny, zmniejszyć prawdopodobieństwo przerwania leczenia i poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 11** |  |  |  |
| Zarządzanie przypadkami nie może być zalecane bez zastrzeżeń do rutynowej opieki nad wszystkimi pacjentami, ale powinno być stosowane w sposób ukierunkowany po zbadaniu odpowiednich warunków (np. niska gęstość środowiskowych podejść psychiatrycznych w regionie i/lub wysokie wykorzystanie leczenia szpitalnego).  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**Uwaga**: Poziom rekomendacji tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dostępne badania zostały przeprowadzone głównie w kontekście opieki w innych krajach i dowody musiały być ekstrapolowane.

### Rehabilitacja zawodowa i uczestnictwo w życiu zawodowym

#### Wstęp

■ **Choroba psychiczna a praca**

W kontrolowanych badaniach wykazano pozytywny wpływ pracy na liczne wyniki niezwiązane z pracą. W kontrolowanych badaniach wykazano pozytywny wpływ pracy na liczne wyniki niezwiązane z pracą.

Ciężkie choroby psychiczne często mają

[192–194]. Wyniki badań wskazują na duże

mają znaczący negatywny wpływ na sytuację zawodową osób dotkniętych chorobą [183]. W wyniku choroby psychicznej ludzie mogą porzucić naukę, stracić pracę i przejść na wcześniejszą emeryturę. Chociaż większość osób z chorobami psychicznymi chce pracować [184;185;186], niemieckie i międzynarodowe badania pokazują, że bezrobocie w tej grupie ludności jest ponadprzeciętne. W Niemczech, na przykład, dane z badania przeprowadzonego przez Federalne Stowarzyszenie Krewnych Chorych Psychicznie (1996) pokazują, że tylko 5,6% osób z chorobami psychicznymi jest zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin. Kolejne 6,5% jest zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin. W końcu 37% badanych było bezrobotnych, a 26% na emeryturze [187]. Dane z Niemieckiego Ubezpieczenia Emerytalnego wskazują również na znaczny stopień wykluczenia społecznego w obszarze pracy wśród osób chorych psychicznie. Według tych danych 27% wszystkich wcześniejszych emerytur w 2003 r. było spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, przy czym osoby z zaburzeniami psychicznymi przechodziły na emeryturę również około 4 lata wcześniej niż osoby z zaburzeniami somatycznymi [188].

Jeśli weźmie się pod uwagę negatywne konsekwencje bezrobocia dla osób chorych psychicznie, staje się jasne, że oprócz ogólnych środków medyczno-rehabilitacyjnych, wysoki priorytet należy nadać (ponownemu) uzyskaniu zatrudnienia: bezrobocie prowadzi do utraty codziennej struktury, rozrzedzenia kontaktów społecznych, trudności finansowych, stygmatyzacji społecznej i obniżenia poczucia własnej wartości [189;190;190].

Z drugiej strony, nie ulega obecnie wątpliwości, że praca ma korzystny wpływ na zdrowie psychiczne osób ciężko chorych psychicznie [191]. Dlatego też rehabilitacja zawodowa oprócz celu, jakim jest uzyskanie pracy zarobkowej, opiera się na założeniu, że praca nie tylko sprzyja aktywności i kontaktom społecznym, ale także pozytywnym

Znaczenie środków promujących udział osób ciężko chorych psychicznie w życiu zawodowym w ogólnym procesie rehabilitacji. W porównaniu z innymi formami pracy, zatrudnienie konkurencyjne zajmuje szczególną pozycję [192-194].

■ **Podejścia do rehabilitacji zawodowej**

Strategie rehabilitacji pracy lub rehabilitacji zawodowej (oba terminy są używane synonimicznie w dalszej części **pracy**) są tu rozumiane jako **wszystkie interwencje psychospołeczne, które systematycznie zmierzają do poprawy sytuacji zawodowej i zatrudnienia osób chorych psychicznie** [183]. Nie wszystkie osoby chore psychicznie mogą osiągnąć cel, jakim jest praca na pierwotnym rynku pracy, a więc dążyć do pracy konkurencyjnej. Dlatego też rehabilitacja zawodowa nie powinna być ograniczona wyłącznie do celu, jakim jest powrót na ogólny rynek pracy [195]. Sensowne wydaje się raczej definiowanie sukcesu rehabilitacji zawodowej jako indywidualnego postępu w skali od "brak pracy" do "terapia zajęciowa i zawodowa" oraz "praca w warunkach chronionych" do "praca na pierwotnym rynku pracy" (por. oś środowiska pracy w [196]). Chociaż dla wielu pacjentów osiągnięcie lub utrzymanie pracy w warunkach chronionych może być już uważane za pozytywny wynik rehabilitacji, wiele badań w dziedzinie rehabilitacji zawodowej jest zorientowanych głównie na kryterium docelowe, jakim jest osiągnięcie konkurencyjnego zatrudnienia [189]. Fakt, że skupienie się wyłącznie na tym kryterium nie pozwala na ocenę skuteczności działań w zakresie rehabilitacji zawodowej, wynika również z jego zależności od sytuacji na regionalnym rynku pracy lub stopy bezrobocia. Nie istnieje żaden ogólnie przyjęty system dla dużej liczby programów rehabilitacji zawodowej opisanych i stosowanych w praktyce na poziomie międzynarodowym.

[197]. W szczególności w świecie anglojęzycznym rozróżnia się jednak dwa główne podejścia metodologiczne do rehabilitacji zawodowej, na których opiera się również poniższa prezentacja: ***Wstępne szkolenie zawodowe*** (szkolenie przygotowawcze (do pracy) jako rehabilitacja zawodowa) obejmuje początkowo działania w zakresie przygotowania zawodowego w celu powrotu na pierwotny rynek pracy. Mogą one polegać na przykład na terapii zajęciowej, szkoleniu w zakresie stosowania pracy i tymczasowym zatrudnieniu w ramach stosunku pracy chronionej [183;198]. Dopiero po takim szkoleniu w "chronionych" warunkach dąży się do integracji na ogólnym rynku pracy *("najpierw szkolenie, potem miejsce"*). Czasami jednak pomoc kończy się wraz z zakończeniem programu szkoleniowego. Wsparcie w znalezieniu pracy, pomoc w okresie szkolenia i długoterminowe wsparcie w miejscu pracy nie są zapewniane we wszystkich programach tego typu [183].

Zatrudnienie ***wspomagane*** polega na odwrotnym postępowaniu. Osoba zainteresowana - przy założeniu wystarczającej motywacji i stabilności psychopatologicznej - jest wprowadzana na pierwotny rynek pracy już w pierwszej fazie rehabilitacji bez (dłuższego) okresu przygotowawczego i jest tam wspierana przez wyspecjalizowane służby (w obszarze angloamerykańskim

"job coaches") *("first place then train"*). To bezpośrednie wsparcie w miejscu pracy przez trenera pracy nie jest ograniczone w czasie. Dalsze cechy charakterystyczne *zatrudnienia wspomaganego* to:

5 celem jest stałe zatrudnienie w normalnym stosunku pracy,

5 stawiając studentowi rehabilitacji mniejsze wymagania (aczkolwiek z wyraźną motywacją do poszukiwania pracy),

5 unikanie lub odraczanie szkoleń przygotowawczych na rzecz podnoszenia kwalifikacji w przedsiębiorstwie oraz

5 indywidualnego stażu [199].

Podejście do *zatrudnienia wspomaganego* powstało w USA w latach 80. XX wieku [199].

Jedną z podręcznikowych wersji *zatrudnienia wspomaganego* jest ***Indywidualne Umiejscowienie i Wsparcie.***

(IPS [200]). **Podstawowe zasady** *Indywidualnego Plasowania i Wsparcia* są następujące:

1. nacisk kładzie się na cel, jakim jest konkurencyjne zatrudnienie (miejsca pracy w społeczności, o które każdy może się ubiegać, które płacą minimalne wynagrodzenie lub wyższe i które w większości zatrudniają osoby pełnosprawne [201]),

— kryteria dostępu są utrzymane na bardzo niskim poziomie: wystarczy, że klient chce podjąć konkurencyjne zatrudnienie,

— szybkie poszukiwanie pracy,

— ścisła współpraca służb medycznych i służb rehabilitacji zawodowej,

— uwzględnienie preferencji klienta w poszukiwaniu pracy, oraz

— indywidualnego i bezterminowego wsparcia w miejscu pracy [201;202].

Szczególną odmianą *kształcenia przedzawodowego jest* tzw. ***model clubhouse***, który powstał w USA w latach 50. ubiegłego wieku. Model ten opiera się przede wszystkim na profesjonalnie wspieranej samopomocy. Dom klubowy to obiekt, który jest prowadzony i zarządzany wspólnie przez klientów i personel. Klienci spotykają się tam na zajęciach społecznych, a jednocześnie biorą odpowiedzialność za wspólnotę poprzez udział w różnych niezbędnych zadaniach (np. gotowanie). Ponadto, Clubhouse oferuje swoim członkom możliwość zewnętrznego zatrudnienia przejściowego, aby przygotować ich do wymagań konkurencyjnego zatrudnienia [155;203;204].

W Niemczech programy rehabilitacji zawodowej były do tej pory stosowane głównie zgodnie z tradycją podejścia "*najpierw pociąg, potem miejsce*" [183]. Istnieje jednak zauważalna tendencja do coraz częstszego włączania elementów *zatrudnienia wspomaganego do* wielu z tych programów.

Można użyć terminu "**formy mieszane**" pomiędzy *szkoleniem przedzawodowym* a *zatrudnieniem wspomaganym.* W takich mieszanych formach, mimo (krótkiego) treningu przygotowawczego widać wyraźną różnicę między nimi.

Orientacja na zatrudnienie na pierwotnym rynku pracy - na przykład poprzez wczesne staże w przedsiębiorstwach na pierwotnym rynku pracy,

które od początku nastawione są na stałe zatrudnienie. Od około 15 lat w Niemczech w ramach projektów modelowych, na wzór amerykańskiego zatrudnienia wspieranego, wprowadzane są elementy *zatrudnienia wspieranego.*

Schizofrenia 2009 została uwzględniona. Ponadto oceniono liczne badania indywidualne.

**Dowody**

**A) Przeglądy systematyczne i metaanalizy**

— Crowther 2001: Włączenie 18 badań

— Twamley 2003: włączenie 11 badań

— Bonda 2008: włączenie 11 badań

— Campbell 2009: Włączenie 4 badań

— Metaanaliza wytycznych NICE Schizophre- never 2009: włączenie 20 badań.

**B) Badania indywidualne**

*Randomizowane badania kontrolowane*

— Cook i Leff 2005

— McGurk 2007

— Howard 2010

— Burns 2009

— Schonebaum 2006

*Badania kontrolowane dotyczące pracy chronionej i szkolenia zawodowego (od 1990 r.)*

— Bond i Resnick 2001

— Rüesch 2004

— Holzner 1998

— Watzke 2009

*Randomizowane badania kontrolowane dotyczące terapii porodowej (od 1990 r.)*

— Längle 2006

**3** W celu osiągnięcia silniejszego, bardziej niż lokalnego wdrożenia

W celu zapewnienia realizacji, która wykracza poza wymagania, na początku 2009 roku w § 38a księgi IX Kodeksu Socjalnego (SGB IX) prawnie ustanowiono działanie "Zatrudnienie wspomagane". System rehabilitacji zawodowej w Niemczech został omówiony bardziej szczegółowo w rozdziale dotyczącym macierzy (7 rozdz. 4).

Ogólnie rzecz biorąc, w dziedzinie rehabilitacji zawodowej i usług na rzecz uczestnictwa w życiu zawodowym można zaobserwować zmianę paradygmatu w kierunku bardziej aktywnej, samostanowiącej roli beneficjenta. Świadczy o tym np. usługowa forma budżetu osobistego, która może być realizowana także w obszarze usług na rzecz uczestnictwa w życiu zawodowym i ma umożliwić osobom niepełnosprawnym indywidualny wybór i "zakup" odpowiednich usług zgodnie z ich odczuwanymi potrzebami. Dotychczasowe rozważania na temat budżetów osobistych w obszarze pracy można zasadniczo przyporządkować do trzech różnych segmentów: obszaru szkoleń i dalszego kształcenia, obszaru integracji w pracy i zatrudnienia oraz obszaru zabezpieczenia istniejących stosunków pracy. Choć należy przestrzegać przed nadmiernymi oczekiwaniami wobec budżetu osobistego jako "panaceum" na rehabilitację zawodową osób niepełnosprawnych, to jednak otwiera on pewne istotne możliwości uczestnictwa tej grupy osób w życiu zawodowym [20—].

#### Dowody w sprawie rehabilitacji zawodowej

Dotychczasowe dowody dotyczące środków rehabilitacji zawodowej pochodzą głównie z krajów anglojęzycznych. Pierwsze badania uwzględnione w niniejszych wytycznych zostały przeprowadzone już w latach 60. ubiegłego wieku. Po metaanalizie przeprowadzonej przez Cochrane Collaboration nastąpiły 3 kolejne systematyczne badania, z których wszystkie obejmowały również randomizowane badania kontrolowane. Ponadto, metaanaliza z wytycznej NICE

z **A Dowody z metaanaliz**

W **przeglądzie Cochrane** badano różne kwestie [203]. Badania te były następujące

- Poza jednym badaniem (Anglia) wszystkie zostały przeprowadzone w USA. Najstarsze badanie pochodzi z 1963 r., najnowsze z 2000 r. Próba badawcza składa się z osób ze schizofrenią, psychozami typu schizofrenicznego, zaburzeniami dwubiegunowymi i depresją z objawami psychotycznymi.

Interwencje przypisane do ***szkolenia przedzawodowego*** (PVT) mogą wyglądać dość niejednorodnie w szczegółach. Jedynym warunkiem zaklasyfikowania do tej kategorii było ukończenie przez uczestników "przygotowania" przed zachęceniem ich do szukania stałego zatrudnienia. Były to zazwyczaj

"Programy łączone". Często reprezentowanymi komponentami były: indywidualne doradztwo dla rehabilitanta, opieka socjalna, opieka nad osobami niepełnosprawnymi, opieka nad dziećmi.

szkolenie w zakresie umiejętności lub szkolenie w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów, zatrudnienie chronione i/lub zatrudnienie przejściowe w przedsiębiorstwach. Standardowe leczenie środowiskowe zostało scharakteryzowane przez autorów jako standardowe leczenie ambulatoryjne bez specyficznego komponentu rehabilitacji zawodowej. Standardowe leczenie szpitalne nie obejmowało również żadnych działań z zakresu rehabilitacji zawodowej.

**Szkolenie przedzawodowe vs. standardowe leczenie szpitalne:** Jeśli chodzi o osiągnięcie zatrudnienia na ogólnym rynku pracy, obserwacja po 8 miesiącach wykazała niewielką, ale nieistotną przewagę PVT. Po 8 miesiącach okazało się również, że znacznie **więcej uczestników** PVT znalazło **jakąś formę zatrudnienia.** Nie stwierdzono różnic w średniej miesięcznej liczbie przepracowanych godzin pomiędzy grupami. Średnie **miesięczne zarobki** były **znacznie wyższe w** grupie PVT (97,3 USD miesięcznie) niż w grupie kontrolnej (17,2 USD miesięcznie), chociaż żaden z tych miesięcznych dochodów nie był prawie wystarczający do utrzymania się. Stwierdzono tendencję, choć nieistotną, do wyższego uczestnictwa w programie wśród klientów z PVT. Nie stwierdzono, aby uczestnicy PVT byli bardziej narażeni na wypisanie ze szpitala w 8-miesięcznym okresie obserwacji. Nie uzyskano innych wyników klinicznych.

**Szkolenie przedzawodowe vs. standardowe leczenie w społeczności lokalnej:** Przy ograniczonej liczbie dostępnych danych nie stwierdzono różnicy między uczestnikami PVT a grupą kontrolną pod względem osiągnięcia konkurencyjnego zatrudnienia po 18 i 24 miesiącach. Nie było również różnic w osiągnięciu jakiejkolwiek formy zatrudnienia, ani w uczestnictwie w programie. Dane z 3 badań pokazują, że znacząco mniej uczestników PVT zostało przyjętych do szpitala. Wyniki dotyczące tego wyniku były jednak bardzo niejednorodne, a ponowna analiza z wykorzystaniem modelu efektów losowych nie wykazała już istotnej różnicy. Jeśli chodzi o samoocenę, również nie było istotnej różnicy między obiema grupami. Na podstawie jednego badania stwierdzono niższe średnie całkowite koszty medyczne w przypadku PVT niż w przypadku interwencji kontrolnej. Wynik ten nie był jednak istotny statystycznie.

**Podanaliza - podejście klubowe vs. standardowe leczenie w społeczności lokalnej:** Wszystkie stwierdzenia dotyczące tego porównania opierają się na badaniu z udziałem 352 uczestników. Kryteria docelowe, które wzięto pod uwagę, to osiągnięcie zatrudnienia na ogólnym rynku pracy, osiągnięcie pewnej formy zatrudnienia oraz ryzyko ponownych przyjęć do szpitala. Istotna różnica pomiędzy Clubhouse a standardowym leczeniem środowiskowym wystąpiła tylko w przypadku przyjęć do szpitala. Uczestnicy programu Clubhouse byli **mniej narażeni na hospitalizację**.

**Zatrudnienie wspomagane (SE) vs. standardowe leczenie w społeczności lokalnej:** w 12-miesięcznym okresie obserwacji

Nie było znaczącej różnicy między grupą z SE a grupą kontrolną w odniesieniu do zatrudnienia na ogólnym rynku pracy. Jednak po 24 i 36 miesiącach znacznie **więcej uczestników SE** miało **stałą pracę**. Jeśli chodzi o **uzyskanie jakiejś formy zatrudnienia,** po upływie 12 miesięcy wystąpiła **znaczna przewaga** SE. Uczestnicy SE **zarabiali również znacznie więcej** miesięcznie w ciągu **12 miesięcy, średnio 60,5 USD,** niż uczestnicy z grupy kontrolnej (26,9 USD), chociaż ponownie należy zauważyć, że średnie wartości bezwzględne w obu grupach dla miesięcznych zarobków były bardzo niskie. Nie stwierdzono istotnych różnic między SE a grupą kontrolną w odniesieniu do uczestnictwa w odpowiednim programie (z tendencją na korzyść SE) lub hospitalizacji. Stwierdzono **istotnie wyższe średnie całkowite koszty medyczne w przypadku SE** niż w przypadku interwencji kontrolnej. Wynik ten jest jednak bardzo trudny do zinterpretowania, ponieważ uczestnicy SE byli również objęci *asertywnym* leczeniem *środowiskowym* (Tabela 3.9).

**Zatrudnienie Wspomagane vs. Szkolenie Przedzawodowe:** Jeśli chodzi o główny wynik **zatrudnienia na ogólnym rynku pracy, w** różnych punktach pomiaru można było zaobserwować znaczącą różnicę na korzyść *Zatrudnienia Wspomaganego.* Po 12 miesiącach średnio 34% uczestników SE było zatrudnionych na ogólnym rynku pracy, ale tylko 12% uczestników *szkolenia przedzawodowego*. Wyniki były niezwykle jednorodne. Na podstawie 3 badań stwierdzono również, że uczestnicy SE przepracowali **więcej godzin miesięcznie na** ogólnym rynku pracy i uzyskali wyższe **średnie miesięczne zarobki** niż uczestnicy *szkolenia przedzawodowego*. W uwzględnionych badaniach miesięczne zarobki w warunkach SE wahały się od 42 do 188 dolarów. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami interwencyjnymi i kontrolnymi pod względem uczestnictwa w programie, jakości życia, symptomatologii psychologicznej, ogólnego poziomu funkcjonowania i poczucia własnej wartości. W jednym z badań wykazano, bez badania istotności, że koszty interwencji SE były wyższe niż koszty *szkolenia przedzawodowego,* ale całkowite koszty medyczne SE były niższe ( Tabela 3.9).

W kolejnym pytaniu badano efekty różnych **modyfikacji szkolenia przedzawodowego w** przeglądzie kohortowym. Porównanie *szkolenia przedzawodowego z odpłatnością i bez odpłatności* wykazało, że odpłatna **praca** miała **pozytywny wpływ na** wszystkie analizowane wyniki związane z zatrudnieniem i kliniczne. Po 6 miesiącach, w porównaniu do grupy bez płatności, znacząco więcej uczestników

Grupa "płatna" miała jakąś formę zatrudnienia. Ponadto, uczestnicy z grupy "płatnej" zarabiali znacząco więcej miesięcznie i w większym stopniu uczestniczyli w programie. Mieli oni również znacznie mniej hospitalizacji i znacznie lepsze *wyniki w zakresie objawów* niż uczestnicy w grupie kontrolnej.

stan bez zapłaty. Na podstawie 2 badań z

1. Uczestnicy wykazali, że *szkolenie przedzawodowe z dodatkową interwencją psychologiczną mającą na* celu zwiększenie motywacji **zwykle prowadziło** do **zwiększenia konkurencyjnego zatrudnienia** wśród uczestników po 6 i 9 miesiącach. **Znacząca zaleta na rzecz PVT z psycho-**

* *Nie było żadnej różnicy między tymi dwoma programami w odniesieniu* do **osiągnięcia jakiejś formy zatrudnienia**. Wskaźniki uczestnictwa w obu programach nie różniły się jednak od siebie. *Kształcenie przedzawodowe z przymusowym (przyspieszonym) przejściem na płatne zatrudnienie przejściowe w porównaniu z PVT ze stopniowym (powolnym) przejściem* wykazało słabą, ale **znaczącą przewagę w zakresie osiągania konkurencyjnego zatrudnienia** po 15 miesiącach, ale nie w zakresie osiągania jakiejś formy zatrudnienia. Jednak **uczestnicy "przyspieszonej" formy PVT zarabiali średnio więcej miesięcznie** niż uczestnicy w grupie kontrolnej (tabela 3.9).

**W innym przeglądzie systematycznym** zbadano **skuteczność różnych podejść do rehabilitacji zawodowej.**

* 1. Badana próba składała się z osób z ciężką chorobą psychiczną, z których większość miała zaburzenia psychotyczne. We wszystkich RCT, w których porównywano *indywidualne oferty pracy* i *wsparcie lub zatrudnienie wspomagane* (IPS/SE) z innymi programami rehabilitacji zawodowej, nie stwierdzono istotnych różnic między **IPS/SE a** innymi programami rehabilitacji zawodowej.

**SE wykazała się wyższością pod względem zdobywania konkurencyjnych miejsc pracy**. 51% uczestników IPS/SE miało w pewnym momencie w trakcie badania konkurencyjne zatrudnienie, w porównaniu z zaledwie 18% uczestników tradycyjnych programów rehabilitacyjnych. Tym samym uczestnicy IPS/SE mieli 4 razy większe szanse na znalezienie pracy na podstawowym rynku pracy. Indywidualne wyniki przewagi SE są zgodne z innymi ocenami. Ostatnie badanie [207] wykazało, że **szkolenie w zakresie umiejętności społecznych związanych z pracą,** wraz z działaniami następczymi, może być **użytecznym elementem programów rehabilitacji zawodowej.** Ponadto, dla porównania przyspieszonego przejścia do zatrudnienia przejściowego ze stopniowym powolnym przejściem, wskaźnik resocjalizacji nie różnił się w porównaniu z przeglądem Cochrane'a.

**Ostatni przegląd** przeprowadzony przez Bonda i wsp. [208] na temat **skutków *interwencji IPS* dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi w** badaniach z USA, Kanady, Australii, Chin i Europy wykazał, że we wszystkich 11 badaniach wskaźniki **zatrudnienia na pierwszym rynku pracy** były **znacznie wyższe w grupie interwencyjnej** niż w stanie kontrolnym. Zgodnie z kryteriami włączenia, to ostatnie może polegać na standardowym traktowaniu lub rehabilitacji zawodowej z wyłączeniem SE ("najpierw pociąg, potem miejsce"). Poszczególne wielkości efektów mieściły się w średnim i wysokim zakresie. W 4 z 11 uwzględnionych badań przedstawiono informacje na temat odsetka uczestników, którzy przepracowali 20 lub więcej godzin tygodniowo w ramach zatrudnienia konkurencyjnego. Również w tym przypadku istniała znacząca przewaga na korzyść IPS: średnio we wszystkich 4 badaniach

W tych warunkach pracowało 43,6% uczestników IPS, ale tylko 14,2% uczestników grupy kontrolnej. Przewaga interwencji IPS nad stanem kontroli była również widoczna w przypadku innych parametrów wynikowych. Przeciętnie, uczestnicy IPS byli w stanie znaleźć się na pierwotnym rynku pracy prawie połowę czasu i pracowali średnio dwa razy w roku. Jedynie w odniesieniu do czasu trwania najdłużej trwającego zatrudnienia w kolejnym okresie nie było różnic między grupami interwencyjnymi i kontrolnymi. W porównaniu z wynikami poprzednich badań autorzy zauważyli, że dla SE wskaźnik przejścia na zatrudnienie konkurencyjne w ich badaniach był 61%, wyższy niż we wszystkich innych badaniach, a dla warunku kontroli wskaźnik przejścia w ich badaniach był nadal drugi co do wielkości i wynosił 23%, ale pod względem kierunku ich pracy jest potwierdzeniem wyników poprzednich badań. Przegląd przeprowadzony przez Bonda i współpracowników obejmował również wysokiej jakości badanie z randomizacją kontrolną (EQOLISE) przeprowadzone w 6 europejskich ośrodkach, wykazujące, że pozytywne wyniki SE można przenieść do Europy (zob. [209]).

W swojej **metaanalizie** Campbell i jego współpracownicy (2009) zebrali dane z 4 randomizowanych badań kontrolowanych w celu ilościowego określenia **skuteczności *IPS w porównaniu ze szkoleniem przedszkolnym z jednej strony,*** a z drugiej strony w celu zbadania wielkości efektów IPS w różnych podgrupach. Zgodnie z przytoczonymi dotychczas przeglądami, autorzy stwierdzili **znaczącą przewagę IPS nad PVT**: W odniesieniu do badanych miar wyników (osiągnięcie pracy, liczba przepracowanych tygodni i utrzymanie pracy), rozmiary efektu dla IPS mieściły się w średnim i wysokim zakresie (wielkość efektu 0,74-0,96). Ta silna przewaga IPS w stosunku do 3 badanych wyników była również widoczna w każdej z podgrup demograficznych, klinicznych i historii pracy (wielkość efektu: 0,67-1,43 dla uzyskania pracy, wielkość efektu: 0,5-1,06 dla liczby przepracowanych tygodni, wielkość efektu: 0,47-1,09 dla utrzymania pracy). Wyniki autorów potwierdzają hipotezę, że IPS jest nie tylko skuteczny w odniesieniu do niektórych segmentów grupy docelowej osób chorych psychicznie, ale że wysoka **skuteczność tego podejścia dotyczy również całej populacji.**

**Badanie pokazuje, że możliwe jest uogólnienie liczby osób chorych psychicznie**, które aspirują do pracy [210].

Autorzy **Nicejskiej wytycznej dotyczącej schizofrenii** zawarli w swoim przeglądzie [97] 18 badań ww. przeglądu Cochrane'a oraz 2 nowsze RCT [211;212]. Te ostatnie z kolei były już częścią wspomnianego wyżej przeglądu przeprowadzonego przez Bonda (2008) [208]. Wyniki przeglądu nicejskiego są zgodne z przedstawionymi powyżej ustaleniami. **Porównanie *zatrudnienia wspomaganego z kształceniem przedszkolnym*** pokazało na **to mocne dowody,**

**że SE jest lepszy w parametrach docelowych związanych z pracą**. SE znacznie zwiększyła prawdopodobieństwo znalezienia się na pierwotnym rynku pracy już po 4 miesiącach. Ponadto, średni miesięczny czas pracy w ramach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.9** Wpływ szkolenia przedzawodowego i zatrudnienia wspomaganego na różne parametry docelowe. (Crow- ter et al. 2001 [203]) | | | | |
|  | **Szkolenie przedzawodowe vs.** | | **Zatrudnienie wspomagane vs.** | |
| **konwencjonalne leczenie szpitalne**  **k = 3 badania** | **Standardowe leczenie na poziomie społeczności**  **k = 5 badań** | **standardowe leczenie w społeczności lokalnej**  **k = 1 badanie** | **Przedzawodowy -**  **Szkolenie**  **k = 5 badań** |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |  |
| ↑Zatrudnienie na ogólnym rynku pracy | +1 | ~2 | ~4/++5 | ++ |
| ↑Pewna forma zatrudnienia | ++1 | ~3 | ++4 | k. A. |
| ↑Średni miesięczny czas pracy | ~ | k. A. | k. A. | ++ |
| ↑Średnie miesięczne zarobki | ++ | k. A. | ++ | ++ |
| ↑Uczestnictwo w programie | + | ~ | + | ~ |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |
| ↑Wypis ze szpitala | ~ | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↓Readmisja w warunkach szpitalnych | k. A. | + | ~ | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |
| ↑Poczucie własnej wartości | k. A | ~ | k. A. | ~ |
| ↑Jakość życia | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |  |  |
| ↓Koszty interwencji | k. A. | k. A. | k. A. | -/~6 |
| ↓Całkowite koszty medyczne | k. A. | + | (-) | +/~6 |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej lub mała liczebność próby  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium celu lub niewystarczające dowody.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 FU po 8 miesiącach, 2 FU po 18/24 miesiącach, 3 FU po 3/6/9/12/18 miesiącach, 4 FU po 12 miesiącach, 5 FU po 24/36 miesiącach, 6 wyniki z różnych badań | | | | |

w warunkach SE niż w warunkach kontrolnych z PVT. Jeśli chodzi o **porównanie *szkolenia przedzawodowego z leczeniem standardowym,*** autorzy wskazują na **niewystarczające dowody** i wyrażają wątpliwości, czy PVT rzeczywiście ma dodatkowy wpływ na wyniki związane z pracą w porównaniu z leczeniem standardowym. **Z dodatkową zapłatą lub psychologiczną inter-** Wyniki dla PVT były ograniczone, ale istotne.

Cook, Lehman i Drake (2005) wykorzystali te same dane (EIDP) do przetestowania hipotezy, że *zatrudnienie wspomagane* jest bardziej skuteczne, gdy usługi rehabilitacji zawodowej i usługi psychiatryczne ściśle ze sobą współpracują lub są połączone. Stopień integracji określano za pomocą punktacji (odpowiednie kryteria: zespół wielodyscyplinarny z częstym kontaktem osobistym) Wymiana, wspólne miejsce pracy, wspólni pacjenci-.

Poprawa (w porównaniu do samego PVT) pod względem umieszczenia na ogólnym rynku pracy. Jeśli chodzi o liczbę przyjęć do szpitala, nie można potwierdzić statystycznie żadnej różnicy między PVT a leczeniem standardowym. Jeśli chodzi o **porównanie Zatrudnienia Wspomaganego ze standardowym leczeniem,** autorzy wnioskują ze swojego przeglądu, że SE - w porównaniu z samym standardowym leczeniem - ma **znaczący wpływ na perspektywy zatrudnienia** osób chorych psychicznie. Stwierdzają oni, że prawdopodobieństwo powrotu do jakiejś formy pracy jest znacznie wyższe w przypadku SE niż w grupie kontrolnej i że chociaż prawdopodobieństwo osiągnięcia konkurencyjnego zatrudnienia w czasie obserwacji nie jest znacznie wyższe w ciągu 12 miesięcy, to jest ono wyższe w ciągu 24 i 36 miesięcy. Dodatkowy **przegląd ekonomii zdrowia** przeprowadzony przez autorów NICE dostarczył jedynie dowodów potwierdzających trend. SE okazał się porównywalny do PVT, a nawet bardziej opłacalny. Płatna forma PVT okazała się bardziej opłacalna niż forma nieodpłatna. Strona

Wariant PVT "Clubhouse" okazał się bardziej kosztowny niż wariant w zakładach pracy chronionej. Autorzy zalecają wprowadzenie *programów zatrudnienia wspomaganego* dla osób ze schizofrenią, które aspirują do pracy. Jednakże, biorąc pod uwagę fakt, że niektórzy pacjenci nie są w stanie pracować lub nie udaje im się znaleźć pracy, zalecają, aby dostępne były alternatywne usługi.

■ **B Dowody z poszczególnych badań**

**■■ B1 Indywidualne badania kontrolowane z randomizacją**

W niedawno przeprowadzonym randomizowanym, kontrolowanym, wieloośrodkowym badaniu (*Employment Intervention Demonstration Program, EIDP*) sprawdzono **skuteczność *programów zatrudnienia wspomaganego*** w 8 ośrodkach badawczych w USA w porównaniu ze standardową, lokalnie stosowaną rehabilitacją zawodową (głównie formami PVT) [213]. Próba badawcza składała się z osób z zaburzeniami schizofrenicznymi. Uczestnicy **SE częściej** niż uczestnicy z grupy kontrolnej osiągali **konkurencyjne zatrudnienie**, **częściej** pracowali **ponad 40 godzin miesięcznie** i **zarabiali znacznie więcej miesięcznie.** Autorzy stwierdzają, że programy SE mogą być potencjalnie uniwersalnie stosowane ze względu na różnorodność ośrodków badawczych i interwencji, które różniły się w szczegółach w poszczególnych ośrodkach**.**

pliki). Hipoteza została potwierdzona. **W warunkach wysokiej integracji świadczeń psychiatrycznych i rehabilitacji zawodowej więcej** pacjentów SE (58%) znalazło **konkurencyjne zatrudnienie** niż w warunkach niskiej integracji (21%), a także więcej pacjentów pracowało ponad 40 godzin miesięcznie (53% vs. 31%) [214].

McGurk, Mueser i Feldman (2007) w innym badaniu z udziałem ciężko chorych psychicznie pacjentów z dwóch nowojorskich ośrodków rehabilitacyjnych badali **skuteczność *interwencji zatrudnienia wspomaganego w* połączeniu z treningiem poznawczym w porównaniu z samym *zatrudnieniem wspomaganym***. W szczególności opracowano z pacjentami strategie kompensacji zaburzeń poznawczych i przeprowadzono komputerowy trening umiejętności poznawczych. Już po rok u **w grupie interwencyjnej stwierdzono poprawę wyników psychopatologicznych i związanych z pracą** [215;216]. Po 2-3 latach grupa SE z treningiem poznawczym również wykazała znaczącą przewagę: więcej uczestników w tej grupie pracowało zawodowo, uczestnicy mieli więcej miejsc pracy, przepracowali więcej tygodni i więcej godzin w okresie obserwacji i zarobili więcej pieniędzy niż uczestnicy w grupie SE bez treningu poznawczego [215]. Wyniki te potwierdzają, że **interwencje związane z poznaniem mogą być użytecznym uzupełnieniem rehabilitacji zawodowej**.

**Skuteczność IPS** w Wielkiej Brytanii badano w randomizowanym badaniu kontrolowanym przeprowadzonym przez Howarda i wsp. (2010), które objęło pacjentów w wieku od 18 do 65 lat z przewlekłymi zaburzeniami psychotycznymi lub afektywnymi. Uczestnicy w grupie kontrolnej otrzymali tradycyjną rehabilitację zawodową (PVT) z takimi komponentami jak szkolenie w zakresie zastosowania pracy, szkolenie z obsługi komputera lub wzmocnienie motywacji. W ciągu jednego roku, więcej uczestników IPS osiągnęło konkurencyjne zatrudnienie niż uczestników grupy kontrolnej (13% vs. 7%), ale różnica ta nie była statystycznie istotna. **Nie** wykryto **istotnych różnic w grupach w** odniesieniu do pozostałych kryteriów docelowych (tygodniowy czas pracy, okres utrzymania pracy, zarobki, satysfakcja z pracy, jakość życia, zaspokojenie potrzeb, poczucie własnej wartości) [217].

Analiza przeprowadzona przez Burns i Catty et al. (2009) przyczynia się do poszerzenia danych dotyczących **wpływu interwencji SE IPS na wyniki kliniczne.** Wykorzystując dane z europejskiego wieloośrodkowego badania EQOLISE, uzyskane w próbie pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, autorzy wykazali, że u uczestników IPS nastąpiła poprawa po interwencji. 18 miesięcy nie różniło się istotnie od uczestników standardowych programów rehabilitacji zawodowej pod względem poziomu funkcjonalnego, upośledzenia społecznego i liczby uczestników.

objawy psychiczne i jakość życia. Prawie **znaczącą różnicę** stwierdzono w odniesieniu do liczby **przyjęć do szpitala**. Uczestnicy IPS byli przyjmowani do szpitala tylko o połowę rzadziej niż uczestnicy standardowych programów rehabilitacji zawodowej.

Schonebaum, Boyd i Dudek (2006) ocenili **skuteczność modelu domu klubowego w porównaniu z programem asertywnego leczenia środowiskowego (**PACT) na próbie pacjentów z ciężką chorobą psychiczną (rozpoznanie zaburzenia dwubiegunowego, dużej depresji, schizofrenii lub zaburzenia schizofrenicznego) [155]. W tym ostatnim przypadku w skład zespołu wielozawodowego wchodzili specjaliści rehabilitacji zawodowej. **Nie było istotnych różnic w trakcie trwania** badania w **zakresie osiągania konkurencyjnego zatrudnienia** lub odsetka osób, które były konkurencyjnie zatrudnione w danym tygodniu. Uczestnicy Clubhouse i PACT nie różnili się również pod względem liczby posiadanych miejsc pracy lub godzin przepracowanych w tygodniu. Jednakże **uczestnicy Clubhouse** pozostawali w **danej pracy znacząco dłużej niż** klienci PACT i mieli **wyższe zarobki godzinowe**. Autorzy stwierdzają, że zarówno program Clubhouse, jak i PACT były wysoce skuteczne w umieszczaniu klientów w konkurencyjnych miejscach pracy, a odpowiadające im wskaźniki są porównywalne z tymi w programach IPS. Na przykład w kontekście wyników przeglądu przeprowadzonego przez Bonda (2008) można się z tym zgodzić jedynie częściowo, ponieważ w niektórych przypadkach w warunkach IPS osiągnięto wyższe wskaźniki integracji z konkurencyjnym zatrudnieniem [208].

**■■ nierandomizowane badania dotyczące szkolenia zawodowego i pracy chronionej jako form szkolenia przedzawodowego**

*Uwaga metodologiczna: Wobec braku randomizowanych*

*Poszukiwania dotyczące szkolenia zawodowego zostały rozszerzone o nierandomizowane badania kontrolowane. Na tym poziomie dowodów również nie znaleziono żadnych dowodów. W odniesieniu do pracy chronionej, która odgrywa ważną rolę w niemieckim kontekście opieki zdrowotnej i stanowi dużą część praktykowanego tu kształcenia przedzawodowego, w pierwszym etapie wyszukiwania znaleziono badania na poziomie RCT, ale ani jednego badania ze świata niemieckojęzycznego. W celu ewentualnego zidentyfikowania takich badań, poszukiwania rozszerzono również o nierandomizowane badania kontrolowane w tym obszarze. Poszukiwania ograniczono do badań opublikowanych po 1990 roku. Zidentyfikowano cztery kontrolowane badania dotyczące pracy chronionej.*

W badaniu przeprowadzonym przez Bonda i współpracowników (2001) sprawdzono **wpływ różnych rodzajów pracy** - pogrupowanych jako praca konkurencyjna, praca chroniona, zatrudnienie marginalne i brak zatrudnienia - na wskaźniki wyników pozazawodowych. Szczególny nacisk położono na porównanie wyników niezwiązanych z pracą w przypadku zatrudnienia chronionego z wynikami zatrudnienia konkurencyjnego lub minimalnego/brak zatrudnienia. Do badania włączono 149 pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi (rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń depresyjnych dwubiegunowych lub jednobiegunowych). Pod uwagę brano jakość życia, zadowolenie z sytuacji finansowej, czasu wolnego i usług rehabilitacji zawodowej, poczucie własnej wartości oraz nasilenie objawów. **We wszystkich grupach nastąpiła poprawa** w zakresie większości wyników w czasie (po 6, 12 i 18 miesiącach). Nie było jednak istotnych różnic między grupą z zatrudnieniem chronionym a grupą z zatrudnieniem konkurencyjnym, ani między grupą z zatrudnieniem chronionym a grupą z minimalnym/brak zatrudnienia. Jednakże wykazano, że **u osób z konkurencyjnym zatrudnieniem** nastąpiła **większa poprawa w zakresie zadowolenia z usług finansowych, rekreacyjnych i rehabilitacji zawodowej, poczucia własnej wartości i objawów w** trakcie trwania **badania w** porównaniu z grupą z minimalnym zatrudnieniem/bez zatrudnienia. Mimo, że bezpośrednie porównanie pomiędzy zatrudnieniem konkurencyjnym a chronionym nie było znaczące, siły efektów w obu grupach różniły się znacząco, faworyzując zatrudnienie konkurencyjne (zatrudnienie konkurencyjne: Wielkość efektu ,74 vs. zatrudnienie chronione Wielkość efektu ,19). Autorzy stwierdzają, że **programy ukierunkowane na konkurencyjne zatrudnienie** obiecują **lepsze wyniki w zakresie efektów** niezwiązanych z pracą niż te oferujące zatrudnienie chronione [194].

W badaniu szwajcarskim badano **związek między różnymi rodzajami pracy** (konkurencyjna, chroniona, nieodpłatna (głównie praca rodzinna lub edukacja) i brak pracy) a subiektywną i obiektywną jakością życia [218]. Do badania włączono 261 osób z zaburzeniami schizofrenicznymi lub afektywnymi. Pod względem **obiektywnej jakości życia,** osoby zatrudnione w zakładach pracy chronionej znalazły się w gorszej sytuacji niż osoby zatrudnione w warunkach konkurencji, ale w lepszej niż osoby niezatrudnione. Jeśli chodzi o sieć społeczną, osoby zatrudnione chronione w mniejszym stopniu niż osoby zatrudnione zawodowo korzystają z pomocy przyjaciół, kolegów i krewnych, ale mogą czerpać z tych grup w większym stopniu niż osoby niezatrudnione. Istnieją również korelacje pomiędzy rodzajem zatrudnienia a subiektywną jakością życia w obszarach dobrostanu fizycznego, relacji społecznych i środowiska. **Najwyższą subiektywną jakość życia zgłaszają osoby pracujące zawodowo i wykonujące pracę nieodpłatną**, a najniższą osoby niepracujące. Osoby zatrudnione w zakładach pracy chronionej znajdują się w

Nie ma natomiast istotnych różnic w bezpośrednim porównaniu zatrudnienia chronionego ze wszystkimi trzema pozostałymi grupami. Autorzy zakładają, że może to wynikać z małej liczebności grupy w zakładach pracy chronionej (N 31).

W kontrolowanym badaniu przeprowadzonym przez Holznera, Kemmlera i

Meise (1998), w kontekście austriackim, **skutki te z programu rehabilitacji związanej z pracą**

Na koniec badania obie grupy różniły się istotnie pod względem **poziomu funkcjonowania** i **samopoczucia psychicznego** (grupa interwencyjna lepiej niż kontrolna). Ogólnie rzecz biorąc, badanie to wykazało skuteczność

Wyniki badania pokazują, że "tradycyjna" rehabilitacja zawodowa w niemieckim kontekście opieki nie jest tak skuteczna jak "tradycyjna" rehabilitacja zawodowa   
  
**■■ Badania nad terapią zajęciową jako formą**

**na subiektywną jakość życia** pacjentów [219]. Jakość życia grupy pacjentów ze schizofrenią, którzy uczestniczyli w programie rehabilitacji *zawodowej w "Centrum Szkolenia Zawodowego"* w Tyrolu przez średnio 15 miesięcy (N 36), porównano z jakością życia grupy pacjentów ze schizofrenią, którzy byli na liście oczekujących na tę interwencję (N 24). Centrum szkoleniowe zapewniło uczestnikom programu doświadczenie zawodowe lub nabycie umiejętności w różnych dziedzinach, takich jak praca biurowa, stolarstwo czy sprzątanie. Uczestnicy otrzymali profesjonalną pomoc od pracowników socjalnych, psychologów i terapeutów zajęciowych. W zakresie **zadowolenia z różnych dziedzin życia** stwierdzono **istotne różnice** między grupą interwencyjną i kontrolną. Uczestnicy programu rehabilitacji byli istotnie bardziej zadowoleni w zakresie pracy, codziennych czynności, sprawności fizycznej, sukcesu i uznania, niezależności, finansów, wypoczynku, wsparcia i przyjaciół/znajomych oraz samopoczucia psychicznego w porównaniu z grupą kontrolną. Nie odnotowano różnic w zakresie zdrowia, małżeństwa/partnerstwa, życia seksualnego, sytuacji rodzinnej i mieszkaniowej.

Dostępne jest systematyczne badanie przeprowadzone przez Watzke, Galvao i Brieger (2009) w celu zbadania **skuteczności podejścia do rehabilitacji zawodowej zgodnie z zasadą "*najpierw szkolenie*, *potem miejsce" w* Niemczech** [220]. Autorzy przeprowadzili badanie o charakterze quasi-eksperymentalnym, w którym porównano pacjentów standardowej rehabilitacji zawodowej według *zasady "najpierw szkolenie, potem miejsce"* z grupą pacjentów, którzy nie byli poddawani rehabilitacji zawodowej, a jedynie regularnemu psychiatrycznemu leczeniu ambulatoryjnemu. W grupie interwencyjnej znaleźli się uczestnicy placówki resocjalizacyjnej dla osób psychicznie chorych (RPK) oraz uczestnicy placówki oświatowej lub firmy zajmującej się integracją symultaniczną. Pacjenci w badanej próbie mieli różne zaburzenia: schizofrenię lub zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia somatoformiczne lub zaburzenia odżywiania, zaburzenia adaptacyjne i zaburzenia osobowości. Po 9 miesiącach istotnie **więcej uczestników w grupie interwencyjnej** miało **zajęcie związane z organizacją dnia**,

tj. praca zawodowa lub praca chroniona/rehabilitacja zawodowa (39,7 % vs. 18,7 %). Jeśli chodzi o **nasilenie objawów, pod** koniec badania wystąpiły **różnice między obiema grupami,** które były korzystne dla grupy interwencyjnej, ale nie występowały już w 9-miesięcznej obserwacji. W przypadku obu badań

**Szkolenie przedzawodowe** *Uwaga metodologiczna:* ***Terapia zajęciowa*** *została dodatkowo włączona do badań i ewaluacji. Z tego powodu przeprowadzono dalsze poszukiwania RCT i kontrolowanych badań na ten temat. Poszukiwania ograniczono do badań po 1990 roku.*

**Działania w zakresie terapii** zajęciowej stanowią **filar leczenia psychiatrycznego** i w pewnym stopniu pierwszy etap reintegracji zawodowej osób chorych psychicznie. Centralne znaczenie dla rozwoju środków terapii zajęciowej ma praca Hermanna Simona, który w latach 20. ubiegłego wieku zatrudniał pacjentów przy stopniowanej pracy [221]. Wspólną podstawą różnych modeli terapii zajęciowej jest ukryte założenie, że odwzorowywanie świata pracy poprzez terapię zajęciową sprzyja integracji z nim w dłuższej perspektywie, ponieważ to właśnie umiejętności i zdolności, które są do tego potrzebne, są przedmiotem zainteresowania [222;223]. Oczekuje się, że krótkoterminowym efektem terapii zajęciowej będzie przyspieszenie dotychczasowego procesu zdrowienia i zwiększenie sprawności pacjentów [223]. Kontrolowane badania nad efektami działań terapii zajęciowej do tej pory praktycznie nie miały miejsca [222;224].

Randomizowane kontrolowane badanie wieloośrodkowe było poświęcone odpowiedzi na pytanie, czy **działania terapii zajęciowej przynoszą** lepsze efekty w **porównaniu z nieukierunkowanym na pracę leczeniem ergo-terapeutycznym** u pacjentów ze schizofrenią w okresie po leczeniu (częściowo) stacjonarnym [225]. Okres leczenia w każdym przypadku wynosił 4 tygodnie. Grupa eksperymentalna składała się z uczestników z 5 klinik, z których każda stosowała inny model terapii zajęciowej (nadzorowane, zbliżone do praktyki próby pracy poza kliniką, manualny trening podstawowych umiejętności pracy, klasyczna terapia zajęciowa). Środki pracy nie były w ogóle wynagradzane lub były wynagradzane maksymalnie 1 euro za godzinę. Uczestnicy w grupie porównawczej mieli możliwość swobodnego tworzenia z różnych materiałów według własnego wyboru w ramach terapii zajęciowej zorientowanej na kreatywność. Oni

otrzymali mniej wskazówek i informacji zwrotnych w porównaniu z uczestnikami z grupy eksperymentalnej. W porównaniu pre-post zdolność do **pracy poprawiła się zarówno w** grupie eksperymentalnej, jak i porównawczej na skali zdolności uczenia się, dzięki czemu można było określić różnicę grupową na **korzyść grupy porównawczej**. **Zdolność komunikowania się** również uległa **poprawie w obu grupach w** okresie badania, choć nie stwierdzono istotnej różnicy między grupami. **Pacjenci** z **grupy porównawczej** wykazywali **korzystniejszy przebieg w zakresie zdolności adaptacyjnych**. Wyniki dotyczące zdolności do pracy były więc w przeważającej mierze sprzeczne z oczekiwaniami. **Ogólny poziom funkcjonowania** oraz **psychopatologia uległy** istotnej **poprawie w obu grupach w** trakcie trwania badania, ale nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. To samo dotyczyło **jakości życia, przekonań o własnej skuteczności związanych z chorobą** i **szybkości działania poznawczego**. Na podstawie tego badania nie można wnioskować o wyższości (częściowo) stacjonarnej terapii zajęciowej nad terapią zajęciową ukierunkowaną na kreatywność. Jednym z wyjaśnień przewagi grupy porównawczej w zakresie zdolności uczenia się jest z pewnością fakt, że oczekiwania i wymagania wobec uczestników terapii zajęciowej mogą być od początku wyższe niż w przypadku terapii zajęciowej zorientowanej na kreatywność. Ogólnie rzecz biorąc, autorzy domagają się dalszych badań w odniesieniu do pytania badawczego ich badania, ponieważ okres badania wynoszący 4 tygodnie, wybrany ze względów praktycznych, może być również zbyt krótki, aby osiągnąć wymierne efekty.

Kolejna **analiza efektu różnicowego** z danymi z podpróby terapii zajęciowej pozwoliła na wyodrębnienie podgrup o odmiennym przebiegu. Obejmowały one podgrupy z poprawą między T0 a T1, które wykazywały znaczącą wielkość efektu, a zatem były najwyraźniej osiągane przez środek terapii zajęciowej [224]. Jednak brakuje tu również nieleczonej grupy kontrolnej, aby można było jednoznacznie przypisać przyczynę.

**Badanie katamnezy po 2 latach u** 89 pacjentów nie wykazało istotnych różnic między grupą eksperymentalną i porównawczą, ani w odniesieniu do integracji na ogólnym lub specjalnym rynku pracy, ani w odniesieniu do poziomu funkcjonalnego czy psychopatologii [226]. W ciągu 2 lat, więcej uczestników straciło stałą pracę niż zyskało nową.

W ślad za oryginalnym badaniem Längle i współpracowników (2006) [225] podjęto również próbę określenia długoterminowych **efektów ekonomicznych działań terapii zajęciowej w leczeniu schizofrenii w** porównaniu z działaniami terapii zajęciowej [227]. Usługi psychiatryczne wykorzystane indywidualnie w ciągu ostatnich 3 miesięcy 24-miesięcznego okresu obserwacji były rejestrowane i wyceniane w celu określenia kosztów. Do analizy włączono 128 pacjentów. Różnica w

Różnica w kosztach całkowitych pomiędzy pacjentami leczonymi wcześniej przez terapeutów zajęciowych a tymi leczonymi przez terapeutów zajęciowych nie była istotna. Natomiast miejsce, w którym pacjenci byli leczeni - a tym samym regionalnie odmienne struktury opieki - okazało się znaczącym czynnikiem kosztowym, niezależnie od charakterystyki pacjenta i choroby.

Chociaż nie jest to badanie kontrolowane, poniżej omówione zostanie również badanie ***Münster Work Rehabilitation Study, które*** przeprowadzono w latach 1991-1996 w północnoniemieckim regionie Westfalia-Lippe [197;228]. Badanie to obejmuje kompleksowe prospektywne badanie przebiegu rehabilitacji i wyników rehabilitacji uczestników trzech różnych rodzajów świadczeń rehabilitacji zawodowej: *ambulatoryjnej terapii pracy, (częściowo) chronionych miejsc pracy w zakładach dla osób chorych psychicznie oraz warsztatów dla osób upośledzonych umysłowo.* Większość uczestników badania stanowili pacjenci przewlekle chorzy, z których większość cierpiała na zaburzenia schizofreniczne. Uczestnicy pochodzili z 7 oddziałów terapii zajęciowej, 13 warsztatów i 10 firm. Spośród 502 pierwotnie włączonych do badania pacjentów, 471 mogło być obserwowanych przez ponad 3 lata. Próbę można uznać za reprezentatywną dla regionu. Autorzy wyróżniają 5 typów rehabilitacji, których ilościowy rozkład na poszczególne typy interwencji następnie opisują:

— stabilna integracja z pierwotnym rynkiem pracy,

— nieudane próby integracji na pierwotnym rynku pracy, wielokrotne zmiany pracy,

— Zmiany w obrębie chronionego rynku pracy, ale brak prób podjęcia pracy na pierwotnym rynku pracy,

— Pozostanie na tym samym stanowisku pracy,

— Zmiana na stałe bezrobocie.

**Kursy rehabilitacyjne** charakteryzują się silnie pozostaniem w tym samym miejscu pracy, a więc stałością we wszystkich rodzajach placówek. Dotyczy to w szczególności warsztatów dla osób niepełnosprawnych: 82% pacjentów zatrudnionych w warsztatach na początku okresu badania pozostało w nich przez całe 3 lata. Odsetek ten był najniższy wśród osób zatrudnionych w terapii zajęciowej i wynosił 23%. To właśnie tutaj można zaobserwować największą dy- namikę: w terapii zajęciowej 5 rodzajów progresji jest rozłożonych mniej więcej równomiernie. W końcu 21 % pacjentów, którzy początkowo uczęszczali na terapię zajęciową, po 3 latach znalazło się na podstawowym rynku pracy - w porównaniu z 4 % osób zatrudnionych początkowo w warsztatach i 12 % osób zatrudnionych w zakładach dla psychicznie chorych. **Terapia zajęciowa** pełni więc w rehabilitacji zawodowej **funkcję początkową i dystrybucyjną**: przygotowanie do wejścia na pierwotny rynek pracy, *programy zatrudnienia wspomaganego* lub rynek pracy chronionej. Jednak z braku alternatywy część pacjentów pozostaje w terapii zajęciowej przez wiele lat [229]. Ze względu na bardzo różnych pacjentów w 3 typach placówek, znaczne niekiedy różnice w

w kursach nie mogą być interpretowane jako różnice w jakości [197].

Jeśli kryterium powodzenia rehabilitacji zawodowej interpretuje się wąsko i bierze się pod uwagę tylko osoby zatrudnione na ogólnym rynku pracy pod koniec okresu badania, tylko 11% wszystkich badanych zostało skutecznie zrehabilitowanych pod koniec okresu badania za pomocą środków rehabilitacji zawodowej. Jeśli kryterium płatnego zatrudnienia w warunkach chronionych lub półchronionych zostanie przedłużone do 3 lat, rehabilitacja zakończyła się sukcesem dla 67% uczestników. Bardzo ważnym wnioskiem jest to, że **jak najwcześniejsze rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych w pracy jest predyktorem ich powodzenia** [197]. Jeżeli za kryterium sukcesu przyjmiemy osiągnięcie lub przekroczenie subiektywnych oczekiwań dotyczących przyszłości, ustalonych na początku okresu badania (metoda osiągania celu), to trzy czwarte pacjentów zostało skutecznie zrehabilitowanych.

**3**

z **Oświadczenie 1**

Terapia zajęciowa może ułatwić przejście do dalszych usług rehabilitacji zajęciowej lub (ponowne) wejście na pierwotny rynek pracy.

#### Streszczenie

Z wyjątkiem badania Howarda i wsp. (2010), wymienione badania dotyczące ***zatrudnienia wspomaganego* rygorystycznie** wykazują **skuteczność lub wyższość tego podejścia w odniesieniu do wyników związanych z pracą** [217]. Jest to szczególnie prawdziwe, gdy SE jest wdrażane w formie ręcznej (IPS). Żadne inne podejście do rehabilitacji zawodowej nie było badane tak intensywnie jak SE, ani nie przyniosło tak spójnych pozytywnych wyników w odniesieniu do konkurencyjnego zatrudnienia. **Wszystkie przeglądy** wykazują, że **pacjenci leczeni w warunkach SE** osiągają **co najmniej dwukrotnie wyższy wskaźnik zatrudnienia konkurencyjnego niż** pacjenci leczeni w warunkach alternatywnych metod rehabilitacji zawodowej [203;206;208;210]. Z przeglądów i badań klinicznych wynika ponadto, że uczestnicy SE pracują średnio dłużej (więcej tygodni w roku) na podstawowym rynku pracy w porównaniu z uczestnikami programów PVT, a także mają więcej przepracowanych godzin miesięcznie i wyższe miesięczne zarobki. Jednak w przypadku badania RCT przeprowadzonego przez Howarda i wsp. (2010) istnieją również niepotwierdzone informacje sugerujące, że prawdopodobieństwo powodzenia SE jest większe w przypadku pewnych uwarunkowań innych niż amerykańskie.

w warunkach tekstowych nie uzyskano istotnej przewagi [217]. Bliższe spojrzenie na badanie EQOLI-SE również na to wskazuje: W podpróbach niemieckiej i holenderskiej, przewaga interwencji IPS nad PVT była opisowo obecna, ale nie znacząca, w przeciwieństwie do próby ogólnej (7 rozdz. 4). Wyniki te sugerują, że przyszłe badania powinny skupić się na określeniu czynników, które przyczyniają się do sukcesu integracji w ramach *Zatrudnienia Wspomaganego.* Ogólnie jednak SE potwierdza swój status jako podejścia opartego na dowodach naukowych [213;214].

Różnice w wynikach klinicznych i niezwiązanych z pracą między SE a alternatywnymi interwencjami rehabilitacyjnymi związanymi z pracą są znacznie mniej wyraźne niż różnice w wynikach związanych z pracą [202;209].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 12** |  |  |  |
| Dla rehabilitacji zawodowej osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, które chcą pracować na podstawowym rynku pracy, należy stosować i rozszerzać programy z szybkim umieszczeniem bezpośrednio na podstawowym rynku pracy i szkoleniem wspomagającym (zatrudnienie wspomagane).  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**Uwaga**: Wstępne głosowanie nad stopniem rekomendacji tego zalecenia w ramach formalnego procesu konsensusu w dniu 5 lipca 2010 r. przyniosło silny konsensus dla stopnia rekomendacji A. Stopień rekomendacji A jest oparty na dowodach międzynarodowych. W trakcie procesu przyjmowania wytycznych przez zarządy towarzystw zawodowych krytycznie zastanawiano się jednak, czy międzynarodowe dowody, które wskazują na dużą skuteczność zatrudnienia wspomaganego i tym samym sugerują rekomendację klasy A, można rzeczywiście przenieść do niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, w którym nadal brakuje dowodów na skuteczność na poziomie randomizowanych badań kontrolowanych. Po głębokim namyśle, komitet redakcyjny zarekomendował zmianę oceny rekomendacji na B (zamiast A). Poziom zaleceń został ponownie poddany głosowaniu przez całą grupę wytyczającą w formalnej procedurze Delphi, w której większość uczestników zgodziła się z poziomem zaleceń B, ale nie osiągnięto konsensusu.

Głównym argumentem przemawiającym za możliwością przeniesienia danych do Niemiec lub za zaleceniem klasy A była przytłaczająca liczba międzynarodowych (głównie amerykańskich, ale także niewielka liczba europejskich) randomizowanych badań kontrolowanych, które konsekwentnie wykazywały skuteczność SE.

Głównym argumentem przeciwko możliwości przeniesienia danych do Niemiec lub zaleceniu stopnia B było to, że jedyne jak dotąd dane na poziomie RCT dotyczące SE w Niemczech (niemiecka podpróba studentów EQOLISE) nie wykazały znaczącej wyższości SE w porównaniu z grupą kontrolną (szkolenie przedzawodowe).

Należy pamiętać, że znaczna część uczestników SE nie kończy na konkurencyjnym zatrudnieniu pomimo tej interwencji. Według przeglądu Bond i współpracowników (2008), w którym uwzględniono 6 wysokiej jakości metodologicznie badań, odsetek ten można oszacować na 39 do 66% [208]. Programy SE mogą nie być odpowiednie w każdym przypadku i wymagają dalszego doskonalenia. Ścisła współpraca ze służbami psychiatrycznymi [213;214] lub rozważenie łączonych ofert SE wraz z treningiem poznawczym [215] wydają się być obiecującymi punktami wyjścia. Należy również pamiętać, że integracja na pierwotnym rynku pracy nie jest w żadnym wypadku pożądanym lub realistycznym celem dla wszystkich osób z ciężkimi chorobami psychicznymi [197].

Jeśli chodzi o termin ***"szkolenie przedzawodowe"*** w opisanym powyżej przeglądzie Cochrane, należy zauważyć, że interwencje objęte tym terminem różnią się znacznie pod względem szczegółowości [203]. *Stworzeniu* porównawczej definicji PVT - co stwierdzono w przeglądzie i co zostało zachowane w niniejszym rozdziale ze względów praktycznych - towarzyszy zatem pewna utrata informacji. Pojedyncze badania dotyczące działań szkoleniowych związanych z pracą zgodnie z *zasadą "najpierw szkolenie, potem miejsce",* takie jak te przedstawione przez Holznera et al. 1998 lub Watzke et al. 2009, pokazują w każdym razie, że działania te mogą być skuteczne w krajach niemieckojęzycznych [219;220]. Jednak to, które konkretne interwencje w PVT są szczególnie odpowiednie dla poszczególnych pacjentów, powinno być systematycznie badane w dalszych badaniach kontrolowanych.

być. Istnieją wyraźne przesłanki, że **zachęty finansowe są** przydatne do poprawy skuteczności PVT lub interwencji zgodnie z zasadą *"najpierw pociąg*, *potem miejsce"* [230]. Ponadto **połączenie PVT z interwencją psycho- logiczną** może poprawić wyniki leczenia [231]. Istnieją również wstępne przesłanki wskazujące, że w kontekście środków w zakresie zamówień publicznych szybkie podjęcie płatnego, przejściowego zatrudnienia jest bardziej korzystne niż powolne, stopniowe podejmowanie pracy po przedłużonej fazie przygotowawczej (7 Dalsze zalecenia dotyczące działań).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 13** |  |  |  |
| W celu promowania udziału osób poważnie chorych psychicznie w życiu zawodowym, należy również zapewnić usługi zgodne z zasadą "najpierw szkolenie, potem miejsce". Są one szczególnie ważne dla podgrupy osób ciężko chorych psychicznie, dla których znalezienie się na podstawowym rynku pracy nie jest (jeszcze) realistycznym celem. Zachęty finansowe zwiększają skuteczność takich ofert. Połączenie ofert z interwencjami mającymi na celu zwiększenie motywacji lub szybkie przejście uczestników programu do płatnego zatrudnienia przejściowego również zwiększa skuteczność.  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib** | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 14** |  |  |  |
| Rehabilitacja zawodowa powinna być jeszcze bardziej ukierunkowana na uniknięcie utraty pracy. Wymaga to wczesnego zaangażowania odpowiednich służb i pomocy w przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

Działania w zakresie rehabilitacji zawodowej powinny rozpoczynać się na wczesnym etapie i opierać się na zasadach personalnych.

lub kierownika przypadku, który znajduje się u odpowiedniego dostawcy usług rehabilitacyjnych.

na wczesnym etapie procesu rehabilitacji, aby wyjaśnić perspektywę zawodową, musi mieć wysoką

skoncentrowany, oparty na indywidualnych potrzebach

Przy wyborze usług

być traktowane priorytetowo [232].

pomoc ukierunkowana. Powinny być one skoordynowane w różnych obszarach usług i u różnych usługodawców (ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie emerytalne, urząd pracy, ARGE, biura integracji, biura opieki społecznej) i realizowane w sposób skoordynowany. Aby koordynować pomoc w sposób skoncentrowany na osobie, konieczne jest ścisłe powiązanie ogólnego planowania pomocy socjalno-psychiatrycznej z planowaniem uczestnictwa. W celu realizacji tego zadania zaleca się, aby każdemu pacjentowi rehabilitacyjnemu została przydzielona osoba do kontaktu.

Przy opracowywaniu programów rehabilitacyjnych w celu uczestnictwa w życiu zawodowym należy odpowiednio uwzględnić predyspozycje, skłonności i dotychczasową działalność osoby niepełnosprawnej umysłowo lub zagrożonej niepełnosprawnością, jak również sytuację i rozwój na rynku pracy. Zróżnicowany system ofert ze stopniowanymi profilami wymagań musi być dostępny w celu dostosowania do indywidualnie różnych zdolności, umiejętności i zainteresowań kandydatów do rehabilitacji. Indywidualne i ukierunkowane doradztwo zawodowe,

W miarę możliwości środki rehabilitacji zawodowej powinny być dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania lub miejsca pracy. Należy dążyć do wysokiego stopnia integracji świadczeń psychiatrycznych i rehabilitacji zawodowej. Ogólnie rzecz biorąc, środki rehabilitacji zawodowej powinny być zaprojektowane w taki sposób, aby w ich otoczeniu dostępny był wystarczający zakres towarzyszących usług pomocniczych (np. mieszkania, ośrodki dzienne).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 15** |  |  |  |
| Dostępność ukończonego szkolenia ma ogromne znaczenie jako podstawa uczestnictwa w życiu zawodowym dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Dlatego też regularne szkolenia wewnątrzzakładowe i inne powinny być dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania i z odpowiednimi usługami wsparcia.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

### Usługi mieszkaniowe dla osób chorych psychicznie

#### Wstęp

Dom jest również centralnym miejscem życia dla osób z chorobami psychicznymi. W zasadzie mają oni takie same życzenia i potrzeby mieszkaniowe jak inni ludzie [233], ale wymagają różnego stopnia wsparcia. Mieszkania chronione to sposób na pomoc ludziom, którzy z powodu ciężkiej choroby psychicznej potrzebują wsparcia.

Poniższa tabela przedstawia sytuację osób, które nie są w stanie poradzić sobie ze swoją sytuacją życiową bez profesjonalnej pomocy.

■ **Oświadczenie 2**

W 1987 roku National Institute of Mental Health (NIMH) zdefiniował termin "dom wspierany" w następujący sposób: Życie wspierane koncentruje się na potrzebach i życzeniach pacjentów z poważną chorobą psychiczną, stosuje zindywidualizowane i elastyczne procesy rehabilitacji, uwzględnia prawo do normalnego, stabilnego związku z życiem i stabilizacji kontaktów z siecią społeczną [17]. Definicja ta znajduje się również w "Zasadach opieki nad osobami chorymi psychicznie w Bawarii" [234]. *"Mieszkania wspomagane są zaprojektowane tak, aby promować integrację ludzi.. z ciężkimi chorobami psychicznymi w środowisku domowym. Oprócz rozwiązywania problemów specyficznych dla szpitala świadczone są usługi wspierające przede wszystkim w zakresie odpowiedzialności za siebie, komunikacji, nawiązywania kontaktów i radzenia sobie w życiu codziennym, jak również w zakresie interwencji kryzysowej*.

Przed rozpoczęciem reformy psychiatrycznej osoby chore psychicznie często przebywały na tzw. oddziałach długoterminowych szpitali psychiatrycznych. W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiły jednak duże zmiany w leczeniu, w tym w obszarze mieszkań wspomaganych. Wzrosła liczba chorych leczonych długoterminowo, a także zapotrzebowanie na mieszkania wspomagane [17].

Efekty zmian w długoterminowej sytuacji życiowej pacjentów chorych psychicznie były badane w różnych krajach. W kontrolowanym badaniu (**TAPS,** *Team for the Assessment of Psychiatric Services*) 700 pacjentów długoterminowych było obserwowanych przez 5 lat po dezhospitalizacji.

z 2 londyńskich szpitali. U poszczególnych pacjentów zaobserwowano poprawę funkcjonowania społecznego i zmniejszenie objawów negatywnych [235]. We Włoszech, po 1987 roku, wszyscy pacjenci wymagający długoterminowego leczenia byli wypisywani do tak zwanych **NHRF** (*non-hospital residential*

*obiekty*). Odpowiada to modelowi nadzorowanemu

dziesięć mieszkań. W 3 fazowym badaniu **PROGRES** ankietowano mieszkańców wszystkich NHRF. Celem było uzyskanie informacji na temat statusu w poszczególnych NHRF oraz określenie zależności pomiędzy mieszkalnictwem wspomaganym a wskaźnikami społeczno-ekonomicznymi. Różne rodzaje zakwaterowania w NHRF obejmują grupy mieszkalne, wspomagane życie indywidualne i domy mieszkalne. Wyniki badania wykazały, że dostępnych było 2,98 łóżek/10 000 mieszkańców, a 73,4% NHRF zapewniało opiekę o wysokiej intensywności. Pacjenci byli w wieku od 40 do 59 lat - a mniej niż 80% z nich cierpiało na zaburzenia związane z uzależnieniami. Wynik pokazał, że w regionach o niskim bezrobociu więcej pacjentów mieszka w mieszkaniach wspomaganych [236].

**Mieszkanie wspomagane jest alternatywą dla długoterminowej hospitalizacji**. Reforma psychiatryczna w Niemczech doprowadziła do ekspansji i rozwoju zakładów opiekuńczych dla osób chorych psychicznie [237; 238]. **Podstawowym celem życia wspieranego jest uczestnictwo i niezależność** osób **zainteresowanych.** Różne formy mieszkalnictwa można podzielić na indywidualne mieszkania wspomagane, grupy mieszkalne wspomagane i grupy mieszkalne wspomagane.

Można je podzielić na różne rodzaje opieki stacjonarnej, zdecentralizowaną opiekę stacjonarną, domy mieszkalne i opiekuńcze, ośrodki przejściowe, ośrodki socjoterapeutyczne i opiekę rodzinną (7 rozdział 4).

**Dowody na temat mieszkań wspieranych** Pomimo, że znaczenie mieszkań wspieranych dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi zostało uznane, stało się jasne, że istnieje niewiele badań naukowych w tej dziedzinie. Dotychczas dostępna jest jedynie niewielka liczba badań, a porównywalność wyników jest niewielka. Istnieje potrzeba przeprowadzenia większej liczby randomizowanych i kontrolowanych badań, w których sprawdzano by skuteczność indywidualnych interwencji u osób z ciężkimi chorobami psychicznymi.

**Dowody**

**A) Przeglądy systematyczne**

— Macpherson 2009 (przegląd Cochrane): Włączenie randomizowanego badania kontrolowanego

— Chilvers 2006 (przegląd Cochrane): Brak

Badania obejmowały

— Kyle i Dunn 2008: Włączenie 4 badań kontrolowanych z randomizacją.

— Taylor i Killaspy 2009: Włączenie 18 badań

— Bitter i współpracownicy 2009: Włączenie 11 badań

— Wytyczne kliniczne NICE Schizofrenia 2009: Nie włączono żadnych badań.

**B) Randomizowane badania kontrolowane**

— Knapp i Beeacham 1994

**C) Indywidualne badania nierandomizowane**

— W projekcie quasi-eksperymentalnym (porównanie różnych typów mieszkań):

* Priebe 2009
* Kallert 2007

— badań dehospitalizacyjnych:

* Cesarz 2001
* Franz 2001

— Inne indywidualne badania:

* Leisse i Kallert 2003
* Sędzia 2010

**■ Dowody z przeglądów systematycznych**

W niedawnym przeglądzie Cochrane'a zbadano

**Skuteczność opieki 24-godzinnej w porównaniu z rutynową opieką stacjonarną.**

w celu uwolnienia do samodzielnego życia [239]. Wliczony byłrandomizowane badanie kontrolowane z 1987 r., które obejmowało 22 pacjentów ze schizofrenią. W *grupie interwencyjnej (11 chorych)* pacjenci zostali przyjęci do domu opieki z całodobowym nadzorem specjalistycznego personelu. Celem było w szczególności promowanie lub wspieranie działań w zakresie samoopieki. Pacjenci z *grupy kontrolnej* otrzymali standardowe leczenie szpitalne. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic grupowych w parametrach wynikowych. **Społeczny**

**Zachowanie adaptacyjne i samoopieka nad pacjentami w grupie interwencyjnej ver-.**

**poprawione** według autorów. Pacjenci z grupy interwencyjnej byli **zadowoleni**

**z ich współlokatorami i wystarczającym szacunkiem dla prywatności**. Autorzy nie przedstawili jednak danych ilościowych. Na podstawie informacji przekazanych przez pacjentów założono, że **chorzy, którzy mieszkali w całodobowej placówce opiekuńczo-pielęgnacyjnej, poprawili swoje umiejętności domowe, zwiększyli liczbę wizyt w różnych placówkach społecznych oraz zwiększyli udział w zajęciach konserwatorskich**. Wyniki nie są jednak wymierne, a siła dowodów jest solidna. Recenzenci domagają się większej ilości dowodów ilościowych w celu oceny skuteczności i zdrowotnych skutków ekonomicznych tej całodobowej opieki domowej.

W innym przeglądzie Cochrane'a [240] zbadano **skuteczność dwóch różnych typów obudów podpieranych** i porównano je ze sobą oraz z "standardowym leczeniem". Jedna z opcji zakwaterowania wspieranego (*supported hou-sing) charakteryzowała się tym, że* pacjenci posiadali własną przestrzeń życiową, ale mieszkali z innymi pacjentami. Pacjenci są nadzorowani przez profesjonalny personel w określonych godzinach. Drugi badany wspomagany układ mieszkania charakteryzował się tym, że pacjenci zajmowali własną przestrzeń mieszkalną (własne lokale)

Pacjenci nie znajdowali się w tej samej sali, co inni pacjenci z chorobami psychicznymi (*programy wspomagające docieranie*). Mimo to pacjenci ci byli regularnie odwiedzani przez specjalistów. Ponieważ miały być włączone tylko losowo kontrolowane badania, nie zidentyfikowano badań, które spełniałyby kryteria włączenia. W związku z tym nie było **wystarczających dowodów badań**. Autorzy stwierdzają, że osobiste preferencje pacjenta i dostępne zasoby odgrywają ważną rolę w wyborze sposobu życia.

W celu zbadania **zależności między okresem pobytu w szpitalu, jakością życia i poprawą w zakresie negatywnych objawów psychicznych,** Kyle i Dunn (2008) dokonali przeglądu łącznie 29 badań.

1. Uwzględniono jedynie badania z pacjentami cierpiącymi na przewlekłe choroby psychiczne. W kontekście niniejszej wytycznej przedstawiono jedynie wyniki 4 randomizowanych badań kontrolowanych. Wyniki wskazują, że niektóre rodzaje mieszkań mają zalety w podgrupie pacjentów bezdomnych (tabela 3.10).

Oprócz randomizowanych badań kontrolowanych włączono i zbadano 4 badania quasi-doświadczalne w odniesieniu do różnych parametrów wyników, które odzwierciedlają podobne wyniki. Wyniki kolejnych 17 badań (prospektywnych, retrospektywnych i przekrojowych) nie zostały tu uwzględnione ze względu na brak grup kontrolnych. Pomimo niewielkiej liczby randomizowanych badań, wyniki wskazują, że w przypadku pacjentów z ciężką przewlekłą chorobą psychiczną, **umieszczenie w stabilnym mieszkaniu zmniejsza średnią długość pobytu w szpitalu w ciągu roku w zależności od długości pobytu w mieszkaniu wspomaganym**. Jedno z badań wykazało również poprawę funkcjonowania społecznego. Autorzy zalecają nielimitowane czasowo pobyty w ośrodku stacjonarnym, zwłaszcza dla pacjentów z ciężkimi przewlekłymi chorobami psychicznymi. Kyle i jego współpracownicy stwierdzają, że najsilniejsze dowody przemawiające za mieszkaniem wspomaganym to te osoby, które cierpią na poważne przewlekłe choroby psychiczne, a wcześniej były bezdomne. Badania kontrolowane różnych interwencji mieszkaniowych dla pacjentów z ciężkimi przewlekłymi chorobami psychicznymi bez uwzględnienia bezdomności nie są dostępne, ale badania niekontrolowane dostarczają dowodów na pozytywny efekt [241].

].

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.10** Wpływ interwencji w budynkach mieszkalnych na różne parametry docelowe. (Kyle & Dunn 2008 [241]) | | | | |
|  | **Włączone randomizowane badania kontrolowane** | | | |
| **Lipton 1988 [242]** | **Dickey 1996**  **[243]** | **Seidman et al. 2003 [244], Schutt 1997 [245].** | **Tsemberis 2004**  **[246]** |
| *życie wspomagane a leczenie standardowe* | *Życie grupowe a indywidualne życie wspomagane* | *Życie w grupie a życie indywidualne* | *Domy mieszkalne a ośrodek przejściowy* |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |
| ↓Dni hospitalizacji/rok | + ¹ \* | ~ ¹ \* | k. A. | k. A. |
| ↓Dni pobytu w szpitalu/rok (w zależności od długości pobytu w placówce) | k. A. | ~ ¹ \* | k. A. | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |
| ↓Objawy negatywne | k. A. | k. A. | k. A. | ~\* |
| ↓Neuropsychologiczna |  |  |  |  |
| Funkcje | k. A. | k. A. | ~\* | k. A. |
| *Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |
| ↑Funkcje wykonawcze | k. A. | k. A. | ++ | k. A. |
| ↑Jakość życia | k. A. | k. A. | ~ \* | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  ¹ mała liczebność próby i niskie wskaźniki FU  \* w przypadku bezdomności | | | | |

Taylor i współpracownicy (2009) przeprowadzili przegląd systematyczny, w którym przeanalizowali kluczowe **komponenty ośrodka pobytowego dla** osób z ciężką przewlekłą chorobą psychiczną [247]. Zbadano 18 fak- torów w odniesieniu do orientacji i ustawienia miejsc zamieszkania. W kilku badaniach wykazano, że **pacjenci z dłuższym czasem trwania choroby, zwłaszcza ci, u których** zdiagnozowano **schizofrenię, preferują pobyt w ośrodku środowiskowym.** Autorzy zalecają **dążenie do tego, aby na jeden ośrodek przypadała niewielka liczba pacjentów.** Popierają to wynikami badań, które wskazują, że duża liczba pacjentów w placówce zwiększa poziom stresu u pacjenta.

na poziomie poszczególnych mieszkańców i ogranicza prywatność. Na podstawie wyników poszczególnych badań oraz przeglądów systematycznych i opisowych autorzy wnioskują, że **pacjenci z chorobami przewlekłymi powinni mieszkać w placówce środowiskowej z jak najmniejszą liczbą współlokatorów**.

W swoim przeglądzie Bitter i współpracownicy (2009) badali następujące parametry w odniesieniu do dehospitalizacji: psychopatologię, niepełnosprawność społeczną, potrzeby i jakość życia osób chorych psychicznie [248]. Uwzględniono 11 badań ilościowych (7 prospektywnych podłużnych, 4 przekrojowe). W wynikach autorzy stwierdzają, że istnieją sprzeczne badania.

wyniki dotyczące poprawy objawów psychopatologicznych w trakcie dehospitalizacji i w związku z tym nie można przedstawić **różnic istotnych statystycznie.** Autorzy dochodzą do tych samych wniosków w odniesieniu do parametrów wynikowych - poprawy w zakresie niepełnosprawności społecznej i potrzeb pacjentów w zakresie opieki psychiatrycznej. Autorzy dochodzą do wniosku, że prawie wszyscy pacjenci nadal mieszkają w całodobowym ośrodku opieki, a więc nastąpiła "reinstytucjonalizacja" pacjentów.

**3**

W wytycznych NICE dotyczących schizofrenii (2009) nie uwzględniono badań dotyczących mieszkalnictwa [97].

■ **B Dowody pochodzące z pojedynczych randomizowanych badań kontrolowanych**

W dodatkowo zidentyfikowanym randomizowanym badaniu kontrolowanym **przeanalizowano koszty *opieki domowej*** (N 92) w **porównaniu z rutynowym leczeniem psychiatrycznym w warunkach szpitalnych** (N 97). Do badania włączono pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi w wieku 17-64 lat. Na koszty te składały się bezpośrednie koszty utrzymania i usług otrzymywanych przez pacjentów. Wyniki wykazały istotne różnice pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną. Już w pierwszych 4 miesiącach odnotowano **znaczące korzyści dla pacjentów mieszkających** *w* **domu,** ponieważ pacjenci objęci *opieką* **domową** rzadziej korzystali z leczenia szpitalnego niż grupa porównawcza. Istotne różnice zaobserwowano w **redukcji** liczby **przyjęć do szpitala i związanych z tym niższych kosztów w grupie interwencyjnej oraz w redukcji leczenia ambulatoryjnego.** Jednak pacjenci w grupie *opieki domowej* częściej poszukiwali innych metod leczenia poza szpitalem i ponosili wyższe koszty [249].

■ **C Dowody pochodzące z nierandomizowanych badań indywidualnych**

■■ **Dowody z badań o charakterze quasi-eksperymentalnym (porównanie różnych opcji mieszkaniowych ze sobą)**

W jednym z badań analizowano **jakość różnych typów mieszkań** dla pacjentów z chorobami psychicznymi [250]. W szczególności należało porównać charakterystykę pacjentów w odniesieniu do poszczególnych form zakwaterowania, opieki i wsparcia zapewnianego w poszczególnych formach zakwaterowania oraz poziomu ponoszonych kosztów. Porównano następujące warunki życia:

4 **domy opieki** (*opieka* całodobowa, *domy opieki*)

4 Mieszkania **wspomagane** (opieka w określonych porach dnia w obiekcie, bez wskazania, czy zapewnione jest wspomagane życie indywidualne czy grupowe, *mieszkania wspomagane*)

4 Mieszkania **wspomagane ambulatoryjnie** (pacjenci mieszkają we własnym mieszkaniu i otrzymują regularne wizyty, *wsparcie pływające*)

4 **Podobne grupy mieszkaniowe** (zakwaterowanie i opieka, do 3 pacjentów i opiekun mieszkają razem, *programy dla dorosłych*)

Oceniono 414 kwestionariuszy pacjentów, a wyniki pokazały, że 68 % pacjentów mieszkało wcześniej w innych formach zakwaterowania, 80 % miało zaburzenia psychiczne, a 50 % cierpiało na zaburzenia związane z uzależnieniami. Silniej reprezentowani byli pacjenci płci męskiej. Prawdopodobieństwo samodzielnej **samoopieki pacjentów było większe w grupie mieszkającej w domu pomocy (60%)** niż w pozostałych grupach. Pacjenci w domach opieki tylko w 33% byli w stanie samodzielnie wykonywać swoje codzienne czynności. Najczęściej wymienianym życzeniem pacjentów we wszystkich miejscach zamieszkania była potrzeba dobrej opieki psychiatrycznej. **Średnie koszty tygodniowe różniły się znacznie pomiędzy różnymi typami mieszkań**. Średni koszt zakwaterowania wynosił £542 w przypadku domów opieki, £415 w przypadku mieszkań chronionych i £202 w przypadku ambulatoryjnych mieszkań chronionych*.* Jeśli chodzi o **jakość opieki** i znaczenie usług w zakresie zdrowia psychicznego, autorzy donoszą, że niezależnie od indywidualnych opcji mieszkaniowych, większość pacjentów otrzymuje wsparcie w radzeniu sobie z codziennym życiem, jest zaangażowana w działania związane z pracą, a 52% ma "koordynatora" w zespole psychiatrycznym w społeczności.

Podobnie w innym badaniu quasi-eksperymentalnym autorzy Kallert i współpracownicy (2007) porównali **różne typy mieszkań w Dreźnie (Niemcy)** [251]:

— **domy opieki***:* W przypadku pacjentów przebywających w tym ośrodku (N 50), ze względu na ciężkość choroby, nie była dostępna żadna inna odpowiednia forma opieki. Pacjenci byli pod całodobową opieką personelu pielęgniarskiego, psychologów i psychoterapeutów. Intensywność opieki wynosiła 1 : 2.

— **Placówki socjoterapeutyczne***:* Pacjenci mieszkali razem w grupach i otrzymywali całodobową opiekę (N 51). Zostali objęci leczeniem psychiatrycznym i socjoterapeutycznym. Maksymalny czas pobytu wynosił 3 lata, a intensywność opieki 1:3.

Pacjenci mieszkali we własnych mieszkaniach lub w grupach i byli odwiedzani przez pracowników socjalnych raz w tygodniu (N 38)*.* Mieszkający tu pacjenci są zdolni do samodzielnego życia.

— **Życie bez opieki z rodziną*:*** Do tej grupy należą pacjenci mieszkający z rodzicami lub własną rodziną. W przypadku tych pacjentów udział w badaniu został zasugerowany przez osoby prowadzące leczenie (N 50).

* **Żyjący samotnie bez opieki:** Pacjenci ci żyją samotnie we własnym domu bez żadnej opieki poza ambulatoryjnym leczeniem psychiatrycznym (N 55).

Zbadano wpływ na objawy psychopatologiczne i subiektywną jakość życia, ogólne korzyści we wszystkich formach życia wspomaganego oraz różnice między poszczególnymi formami życia. W badaniu wzięło udział 244 pacjentów w różnym wieku, z których większość cierpiała na schizofrenię. Okres obserwacji wynosił 2 lata. Silniejsze **pogorszenie objawów negatywnych stwierdzono w grupie** osób **mieszkających w domach pomocy społecznej** ( tabela 3.11). Autorzy zwracają jednak uwagę, że okoliczność ta może wynikać z większej liczby pacjentów w podeszłym wieku w tej grupie. Natomiast w grupie pacjentów przebywających w placówkach socjoterapeutycznych zaobserwowano poprawę w zakresie objawów negatywnych. Biorąc pod uwagę wszystkie parametry wyników, staje się jasne, że zamieszkiwanie w domach opieki, placówkach socjoterapeutycznych i samodzielne zamieszkiwanie bez opieki mają niższe efekty w odniesieniu do funkcji społecznych niż inne opcje mieszkaniowe. Wraz z postępującą **instytucjonalizacją subiektywna jakość życia najwyraźniej się obniża.** Zdaniem autorów, nie można jednak na podstawie tych wyników podejmować uzasadnionych decyzji dotyczących sytuacji mieszkaniowej.

■**Dowody z badań dotyczących dehospitalizacji** W **berlińskim badaniu dotyczącym dehospitalizacji** 66 pacjentów wypisanych do domu opieki było obserwowanych przez 5 lat w grupie kontrolnej [238]. 77 pacjentów pozostało w grupie kontrolnej. Pacjenci z grupy interwencyjnej byli młodsi w momencie włączenia do badania, ale byli leczeni stacjonarnie prawie dwukrotnie częściej i w większym stopniu chorowali na schizofrenię. Objawy psychopatologiczne były średnio o około 25% mniej nasilone. Wyniki badań wykazały **poprawę parametrów subiektywnych i obiektywnych** po 12-18 miesiącach w grupie po dehospitalizacji. W drugiej obserwacji po 5 do 6 latach autorzy porównali obie grupy pod względem tych samych parametrów wynikowych. Do badania włączono tylko 24 pacjentów, 11 w grupie interwencyjnej i 13 w grupie porównawczej, którzy w tym czasie byli jeszcze hospitalizowani. Wyniki wykazują **niewiele istotnych statystycznie zmian w subiektywnych i obiektywnych** parametrach **w długim okresie czasu.** Wyniki wskazują jednak na mniejszą **roczną długość pobytu w szpitalu w obu grupach na przestrzeni** czasu. Wykazano również, że śmiertelność była bardzo wysoka. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono.

W innym **badaniu dotyczącym dehospitalizacji z Hesji** badano różnice między pacjentami wypisanymi a tymi, którzy pozostali w szpitalu [252]. Zastanawiano się również, czy pewne cechy pacjenta mogą wpływać na proces dehospitalizacji. Wypisano wszystkich pacjentów, którzy nie wymagali już leczenia szpitalnego, w tym

Największą grupę diagnostyczną stanowią pacjenci cierpiący na schizofrenię. Średni wiek pacjentów wynosił 60 lat. Spośród 266 przebadanych pacjentów, tylko 60 mogło być zdehospitalizowanych. Spośród nich 29 pacjentów wypisano do domów (domów opieki, domów pomocy społecznej, domów dla osób starszych), 23 pacjentów wypisano do mieszkania wspomaganego (na terenie szpitala lub w społeczności), a 8 pacjentów wypisano do form indywidualnego życia wspomaganego. Wyniki badań wykazały, że negatywna symptomatologia i problemy behawioralne nie stanowiły bariery dla dehospitalizacji. Stwierdzono jednak, że wypisywani **młodsi pacjenci, którzy dobrze stosowali się do leków**, **wykazywali większą niezależność i mniejszą liczbę przyjęć do szpitala.** Cel, jakim jest dehospitalizacja również starszych pacjentów (60 lat), wydaje się więc trudny do osiągnięcia. Autorzy zwracają uwagę, że charakterystyka pacjenta stanowi tylko część czynników wpływających na powodzenie dehospitalizacji, a uzyskane efekty nie są jeszcze na tyle duże, aby można było generalnie decydować o tym, które grupy chorych mogą być wypisywane.

■■ **Inne badania indywidualne**

W innym badaniu przeprowadzonym w Niemczech (Drezno) badano **subiektywną jakość życia** pacjentów w 2-letnim projekcie podłużnym **oraz kwestię różnic w zależności od stopnia upośledzenia choroby w odniesieniu do ambulatoryjnego mieszkania wspomaganego [253].** Do badania włączono 36 pacjentów ambulatoryjnych i 47 osób niebędących pacjentami z rozpoznaniem schizofrenii, mieszkających we własnych domach. Autorzy zwracają uwagę, że nie stwierdzono systematycznej zależności między upośledzeniem psychopatologicznym i społecznym a przynależnością do grupy osób mieszkających pod opieką ambulatoryjną lub niepracujących pod opieką ambulatoryjną. Ponadto nie stwierdzono wpływu na subiektywną jakość życia. Stwierdzono jedynie **istotny wpływ upośledzenia psychopatologiczno-społecznego na subiektywną jakość życia**. Autorzy wnioskują więc, że u pacjentów z wyższym upośledzeniem psychopatologiczno-społecznym można spodziewać się również gorszej oceny jakości życia.

W ostatnim badaniu z regionu niemieckojęzycznego zbadano **wpływ różnych sposobów zamieszkiwania na jakość życia** [254]. W badaniu wzięło udział 941 pacjentów z różnych form zamieszkania (stacjonarne zamknięte grupy mieszkalne - z przewagą pokoi jednoosobowych, stacjonarne otwarte grupy mieszkalne - grupy mieszkalne z 10 miejscami, stacjonarne pojedyncze mieszkania, ambulatoryjne mieszkania wspomagane i opieka rodzinna), przy czym różnica między grupami polegała przede wszystkim na intensywności opieki. Oprócz wywiadów z pacjentami na temat jakości życia, na kolejne pytania odpowiadali opiekunowie. Większość pacjentów stanowili mężczyźni, w średnim wieku 48 lat. Ponad połowa pacjentów cierpiała na pierwotne zaburzenia psychiczne, a 14% przebywało w formie stacjonarnej z powodu uzależnienia. Pacjenci bez dyplomu ukończenia szkoły lub

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.11** Wpływ interwencji mieszkaniowych na różne parametry docelowe. (Kallert 2007 [251]) | | | | | |
| **Miary wyników** | **Interwencje** | | | | |
| **Domy opieki** | **Instytucje socjoterapeutyczne** | **Mieszkanie wspomagane ambulatoryjnie** | **Mieszkanie z rodziną bez opieki** | **Bez opieki, mieszkający samotnie** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| ↓Objawy psychopatologiczne | - \* | + | ~ | ~ | - ¹ |
| ↓Problemy kliniczne | - \* | - | ~ | ~ | - |
| *Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |  |
| ↑Upośledzenie społeczne | ~ \* | ~ | ~ | ~ | - ¹ |
| ↓Problemy społeczne | - \* | ~ | ~ | ~ | ~ |
| ↑Subiektywna jakość życia | - \* | - | ~ | ~ | - |
| ++ znacząca przewaga w grupie interwencyjnej w porównaniu z innymi grupami ogółem.  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie interwencyjnej w stosunku do pozostałych grup łącznie  ~ Wyniki porównywalne we wszystkich grupach  - Niekorzystna sytuacja w tej grupie interwencyjnej w porównaniu z innymi grupami  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  ¹ nieistotne, mała liczebność próby  \*głównie starsi pacjenci | | | | | |

## 

bez wykształcenia zawodowego byli niedostatecznie reprezentowani w grupie osób mieszkających w domach opieki. Otwarcie" formy życia lub "ambulatoryjność" prowadziły do **zwiększenia integracji społecznej, jak również do zmniejszenia stopnia niepełnosprawności**. Z drugiej strony, autorka przytacza wyniki wskazujące, że większa liczba pacjentów z ambulatoryjnych domów opieki miała wcześniej więcej pobytów w szpitalu, a także brak struktury dziennej (45%). Pomimo dużej liczby przypadków, nie udało się wykazać różnic w jakości życia pomiędzy formami mieszkalnymi. Chociaż większość pacjentów w zamkniętych schroniskach oceniała swoją jakość życia jako "niezadowoloną", a pacjenci objęci opieką rodzinną jako "zadowoloną", nie udało się wykazać istotności statystycznej. Stwierdzono jednak **zależność między samodzielnością** pacjentów **a stopniem niepełnosprawności, długością pobytu w formie stacjonarnej, wiekiem, potrzebą opieki i ambulatoryjnym mieszkaniem wspomaganym.**

#### Streszczenie

Wyniki dotyczące mieszkań wspomaganych dla osób z poważnymi chorobami psychicznymi są niespójne w odniesieniu do większości parametrów docelowych. W większości przypadków wskazują one jednak, że **skrócenie czasu pobytu w szpitalu można** osiągnąć poprzez zamieszkanie w mieszkaniach wspieranych, niezależnie od rodzaju mieszkania. Ponadto, skrócenie czasu pobytu w szpitalu można osiągnąć dzięki możliwości zamieszkania bez ograniczeń czasowych [241]. Wykazano również indywidualne pożądane pozytywne efekty, takie jak poprawa w zakresie **objawów negatywnych i poprawa w zakresie kontaktów z siecią społeczną** [239;241]. Wyniki berlińskiego badania dotyczącego dehospitalizacji wskazują na pozytywny efekt dehospitalizacji w odniesieniu do **zmniejszenia liczby pacjentów w** szpitalu.

**hospitalizacji rocznie w** domach **pomocy społecznej [238].** Podobne wyniki przynosi badanie dehospitalizacji z Hesji, w którym młodszy wiek był czynnikiem korzystnym rokowniczo. Dane z badań quasi-eksperymentalnych i dehospitalizacyjnych wskazują, że **większość pacjentów w każdej z placówek** stanowią **mężczyźni.** Jednolitym kryterium wynikowym w tych badaniach jest poprawa jakości życia. Istnieją jednak mieszane dowody w tej sprawie. Kallert i współpracownicy (2007) wykazali, że jakość życia pacjentów pogarsza się wraz ze wzrostem instytucjonalizacji [251]. W innym badaniu nie wykazano istotnej korelacji między poprawą jakości życia a mieszkaniem wspomaganym w warunkach ambulatoryjnych. Jedynie ciężkość choroby pacjenta wydawała się mieć na to wpływ [253]. Kaiser i współpracownicy (2001) również stwierdzili, że długoterminowa poprawa jakości życia nie była statystycznie możliwa do wykazania u pacjentów dehospitalizowanych [238]. Badania te wskazują jednak jednolicie, że insty- tucjonalizacja wiąże się z negatywnymi skutkami.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 16** |  |  |  |
| Wraz ze wzrostem stopnia instytucjonalizacji nasilają się działania niepożądane i obniża się jakość życia. Dlatego w miarę możliwości należy unikać stałej instytucjonalizacji. **Ocena zalecana: A** | | | |

**Uwaga**: Ten poziom zaleceń został przypisany, ponieważ członkowie grupy wytycznej zakładają, że ze względów etycznych w przyszłości nie będą prowadzone randomizowane badania kontrolowane dotyczące znanych i szeroko udokumentowanych negatywnych skutków instytucjonalizacji.

Panuje powszechna zgoda co do tego, że mieszkanie, obok pracy, jest **niezbędnym elementem uczestnictwa w życiu społecznym**. Upośledzenie uczestnictwa w życiu społecznym w zakresie mieszkania, życia domowego i wypoczynku jest częścią problemów zdrowotnych osób z ciężkimi chorobami psychicznymi.

[13]. Wczesne rozpoznanie upośledzeń zapobiega długotrwałej hospitalizacji i dezintegracji.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 17** |  |  |  |
| Możliwość zmiany w rozumieniu deinstytucjonalizacji powinna być regularnie badana.  **Stopień rekomendacji: KKP** | | | |

Podsumowując, wyniki badania pokazują, że **mieszkanie wspomagane** może mieć **pozytywne efekty niezależnie od rodzaju indywidualnych interwencji.** Nie jest jednak możliwe przypisanie poszczególnych interwencji do określonych grup pacjentów, którzy odniosą z nich największe korzyści. Z tego punktu widzenia należy również wziąć pod uwagę, że istnieją pacjenci, którzy wykazują znaczne problemy w zakresie zdolności do nawiązywania relacji.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 18** |  |  |  |
| Zróżnicowane opcje mieszkaniowe powinny być dostępne dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, aby promować uczestnictwo i niezależność. Decyzja o rodzaju opieki i formie zamieszkania powinna być podejmowana w zależności od indywidualnego zapotrzebowania pacjenta na pomoc oraz oceny osób bezpośrednio zaangażowanych w leczenie i opiekę, w tym specjalistów z zakresu psychiatrii i psychoterapii oraz otoczenia społecznego, zwłaszcza bliskich. **Stopień rekomendacji: 0, Poziom dowodów: III** | | | |

Głównym celem mieszkania wspomaganego jest udział w życiu społecznym i niezależność pacjenta. **Dalszą niezależność można osiągnąć dzięki zamieszkaniu w domach opieki, choć jako alternatywę należy raczej rozważyć domy opieki** (7 Rozszerzone zalecenia dotyczące działań). Aby zrealizować te cele, konieczne jest zapewnienie pacjentowi wsparcia po wypisaniu go do domu opieki.

Znaczenie placówek opieki poszpitalnej zależy od relacji społecznych i lokalizacji placówki [255]. Już na wczesnym etapie wskazywano na niebezpieczeństwa związane z brakiem placówek opieki pozabiegowej w pobliżu społeczności [256].

Pacjent musi być poinformowany o przebiegu leczenia i różnych alternatywach leczenia. Informowanie pacjenta jest podstawą wspólnego podejmowania decyzji klinicznych i warunkiem koniecznym zachowań prozdrowotnych. Osoby ze środowisk migracyjnych powinny mieć możliwość otrzymania tych informacji w swoim języku ojczystym (zob. również

S3 wytyczne leczenia schizofrenii DGPPN [1]).

**Stopień rekomendacji:KKP**

## 

Ośrodki opieki powinny znajdować się jak najbliżej społeczności lokalnej, aby utrzymać lub promować możliwości kontaktów społecznych dla pacjentów.

**Stopień rekomendacji: PPP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 19** |  |  |  |

### Interwencje indywidualne

* + 1. **Interwencje psychoedukacyjne dla osób dotkniętych chorobą i ich krewnych, podejścia typu peer-to-peer i rozmowy trójstronne**

#### Wstęp

**Termin psychoedukacja** obejmuje systematyczne dydaktyczno-psychoterapeutyczne interwencje, które są odpowiednie do "informowania pacjentów i ich bliskich o chorobie i jej leczeniu, promowania ich zrozumienia choroby i ich odpowiedzialnego obchodzenia się z chorobą oraz wspierania ich w radzeniu sobie z chorobą". Psychoedukacja, która wywodzi się z terapii behawioralnej, jest elementem interwencji w ramach psychoterapii,

"w którym na pierwszy plan wysuwa się aktywne dostarczanie informacji, wymiana doświadczeń między osobami dotkniętymi chorobą oraz opracowywanie ogólnych aspektów choroby" ([257], s. 3). Usługi psychoedukacyjne są również omówione w wytycznych DGPPN S3 dotyczących leczenia schizofrenii ([1], s. 110-126).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 20** |  |  |  |
| Każda osoba dotknięta poważną chorobą psychiczną ma prawo, poza prawnym obowiązkiem udzielenia informacji, do otrzymania dostosowanych do sytuacji informacji o swojej chorobie i jej przyczynach, | | | |

Termin *psychoedukacja* został po raz pierwszy użyty przez Andersona (1980) w odniesieniu do połączenia edukacji informacyjnej pacjentów na temat choroby i leczenia farmakologicznego w połączeniu z podejściem do treningu umiejętności i poradnictwa rodzinnego [258]. Potrzeba rozwoju podejść psychoedukacyjnych wynikała ze wzrostu liczby różnych możliwości interwencji, co wymagało większej kompetencji w podejmowaniu decyzji i zdolności do uczestnictwa osób dotkniętych chorobą.

Ze względu na ogromne **znaczenie krewnych**, ich osobiste obciążenie i potrzebę rozwijania umiejętności radzenia sobie z chorobą i wszystkimi związanymi z nią problemami, coraz częściej opracowywano koncepcje, w których byli oni uwzględniani. Zasadniczo można uwzględnić wszystkich krewnych, niezależnie od stopnia pokrewieństwa, jak również inne odpowiednie osoby referencyjne. Warunkiem wstępnym jest, o ile to możliwe, zgoda pacjenta. Grupy rodzinne, grupy krewnych skoncentrowane na pacjencie lub grupy dwuogniskowe angażują w równym stopniu pacjentów i krewnych. Ponadto istnieją podejścia z oddzielnymi grupami krewnych bez jednoczesnego włączenia pacjentów (podejście jednoogniskowe).

■■ **Oświadczenie 3**

Poszczególni krewni (rodzice, rodzeństwo, partnerzy, dzieci) wnoszą ze sobą różne potrzeby, konflikty i pytania, z których każde otwiera inne perspektywy (prewencyjne: dzieci, rodzeństwo; ochronne: doświadczenie stresu).

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

Mieszkania wspomagane obejmują różne formy opieki i zakwaterowania. Zasadniczo należy rozróżnić opiekę ambulatoryjną, w której usługi opiekuńcze są finansowane niezależnie od domu (choć wielu świadczeniodawców oferuje zarówno opiekę domową, jak i ambulatoryjną), oraz opiekę stacjonarną, w której zapewnione jest mieszkanie, zakwaterowanie i wyżywienie.

Finansowanie jest dzielone pomiędzy te dwa rodzaje opieki. Domy pomocy społecznej są placówkami zapewniającymi pomoc integracyjną dla osób

z niepełnosprawnością, domy opieki są placówkami dla osób wymagających opieki.

Ludzie mogą mieszkać sami, z partnerami lub członkami rodziny, w rodzinnej placówce opiekuńczej lub w grupach osób z upośledzeniem umysłowym. Grupy mieszkalne lub wspólne mieszkania wykorzystują efekt wsparcia i wyzwań, jakie niesie ze sobą wspólne zamieszkiwanie. Gęstość opieki powinna być uzależniona od indywidualnych potrzeb, niezależnie od formy zamieszkania. Jednakże

Możliwości indywidualnego projektowania są różne w poszczególnych krajach związkowych. Zasadniczo jednak wymagany jest plan pomocy lub ogólna procedura planu.

Preferowane powinny być zdecentralizowane, zintegrowane ze społecznością formy mieszkalnictwa z małymi jednostkami mieszkalnymi. Rodzinne domy pomocy (BWF, dawniej psychiatryczna opieka rodzinna) mogą być alternatywą dla opieki instytucjonalnej.

rodziców i partnerów; rehabilitacyjne: więzi rodzinne jako pozytywny czynnik prognostyczny, informacyjne: przyjaciele jako kolejny element środowiska społecznego) i wymagają współpracy w ramach sieci regionalnej.

McFarlane i współpracownicy (2003) przedstawiają przegląd wielu różnych psychoedukacyjnych modeli interwencji rodzinnej [259]. Według autorów, podejście *behawioralne* do *zarządzania rodziną* [260] jest najsilniej zorientowane na terapię i jest najbardziej efektywne.

Po analizie mocnych stron i potrzeb poszczególnych członków rodziny, jak również rodziny jako całości, w ramach indywidualnej interwencji rodzinnej w środowisku domowym realizowane jest podejście psychoedukacyjne, uzupełnione o strategie poprawy komunikacji i bardziej pomocne sposoby radzenia sobie z pojawiającymi się problemami. Anderson i współpracownicy opracowali model *psychoedukacji rodzinnej.*

[258], interwencja dla członków rodziny i

pacjentów w równym stopniu. Nacisk kładziony jest na treści psychoedukacyjne, podejścia do zapobiegania nawrotom choroby, rozwój strategii rozwiązywania problemów i poprawę umiejętności społecznych w oparciu o indywidualne potrzeby pacjentów i ich bliskich. Podejście *psy-*

*choedukacyjne grupy wielorodzinne* (PMFG) vereint

Aspekty *psychoedukacji rodzinnej*,  *zarządzania kryzysem rodzinnym* i modeli wielorodzinnych

a tym samym zalety wszystkich podejść. Trzy fazy obejmują najpierw indywidualną pracę z każdą rodziną w układzie jeden na jeden, po której następują silnie psychoedukacyjne interwencje grupowe dla rodzin. Ponadto, procesy zmian są ukierunkowane na poziomie komunikacji wewnątrzrodzinnej. W końcowej fazie interwencja ma na celu stworzenie sieci kontaktów między rodzinami uczestniczącymi w projekcie, co ma zapewnić dłuższy okres kontaktów społecznych i wzajemnego wsparcia. *Grupy krewniacze* według Leffa i współpracowników [261] obejmują wyłącznie krewnych i łączą w swoim podejściu pracę z poszczególnymi rodzinami i grupami rodzinnymi, w których oprócz psychoedukacji główną rolę odgrywa wzajemna wymiana. Koncepcja *konsultacji rodzinnych* [262;263] charakteryzuje się wysokim stopniem elastyczności i ma na celu dostarczenie informacji wspierających odporność oraz opcji działania w zależności od aktualnych i indywidualnych potrzeb rodzin. Ponadto opracowano i oceniono różne modele krótkoterminowe [264-266].

Równolegle do opisanego powyżej rozwoju anglo-amerykańskiego, w Niemczech opracowano psychoedukacyjną metodę leczenia, która łączy istotne informacje i elementy radzenia sobie z problemami w program 8-10 sesji grupowych.

W ramach grupy roboczej założonej w 1996 r.

"Psychoedukacja w zaburzeniach schizofrenicznych", po raz pierwszy opracowano koncepcje leczenia schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych. Podstawowe zasady psychoedukacji

cele, zasada wymiany między trzema zaangażowanymi grupami - pacjentami, krewnymi i lekarzami - na równych prawach, brak z góry ustalonego podręcznika, zasada wzajemnego uczenia się i zmiany postaw

Jednakże odliczenia mają również zastosowanie do osoby zaangażowane w pracę psychiatryczną, oraz Leczenie innych chorób psychicznych i może być również przeniesione do programów diagnozy krzyżowej. Obecnie istnieje wiele podręczników dotyczących psychoedukacji specyficznej dla zaburzeń dla zaburzeń lękowych, zaburzeń dwubiegunowych, depresji, zaburzeń osobowości, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i zaburzeń współwystępujących, a także psychoedukacji dla grup z rozpoznaniami krzyżowymi [267].O ile nie ulega wątpliwości, że pacjenci i ich rodziny lub krewni powinni być włączani we wszystkie etapy planowania, oferowania i oceny psychiatrycznych usług wsparcia [268;269], o tyle różne są poglądy na temat zakresu tego równego uczestnictwa. **Doświadczeni psychiatrzy** są obecnie postrzegani jako samodzielni eksperci, podczas gdy bliscy pełnią ważną funkcję w radzeniu sobie z codziennym życiem i zapobieganiu nawrotom choroby, a specjaliści dysponują wiedzą terapeutyczną. Kompetencje te są dzielone w ramach tzw. **trialogu poprzez** stworzenie przestrzeni i struktury dla równego spotkania osób doświadczonych, krewnych i profesjonalistów w dziedzinie leczenia, public relations, przeciwdziałania stygmatyzacji, nauczania, badań, zapewnienia jakości i planowania psychiatrycznego. **Seminaria psychoz** są formą trialogu, choć nie tylko w seminariach się on odbywa. Są to fora dyskusyjne, które mają na celu równe zrozumienie psychoz i innych poważnych chorób psychicznych i zmierzają do wypracowania lepszego, holistycznego rozumienia choroby, a tym samym do zmiany pracy psychiatrii. Nie służą one przede wszystkim psychoedukacji czy innym formom przekazywania informacji, ale przede wszystkim wspierają wzajemną wymianę doświadczeń i wgląd w przeżycia osób dotkniętych chorobą. Seminaria psychoz różnią się od tradycyjnych form psychoedukacji m.in. pod względem

specjalne ukierunkowanie na przeciwdziałanie stygmatyzacji. Chodzi tu o wzajemne szkolenie, wzajemne eliminowanie uprzedzeń i wysiłki na rzecz znalezienia wspólnego języka. Często dochodzi do wymiany doświadczeń i efektów uczenia się między pacjentami a bliskimi lub terapeutami [270]. Seminarium na temat psychozy oferuje studentom możliwość wczesnego zapoznania się z różnorodnością i złożonością doświadczeń psychotycznych. Współpraca trialogiczna promuje zatem wzajemne zrozumienie problemów związanych z ciężkimi chorobami psychicznymi oraz tworzenie wzajemnie akceptowalnych rozwiązań. Ze strony zainteresowanych, dialog trójstronny stanowi również opcję przejęcia większej odpowiedzialności, a jego konsekwencją jest aktywne samostanowienie i poprawa zdolności do samozarządzania. Korzystny przebieg choroby staje się bardziej prawdopodobny, często również w sensie chęci lub zdolności do zdrowego życia z chorobą. Seminaria psychoz nie są jednak terapią w ścisłym tego słowa znaczeniu. Trialogiczne działanie jest ważne dla kształtowania relacji w indywidualnych interwencjach terapeutycznych, ale także w całym systemie pomocy dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Sprzyja temu ciągłość terapeutyczna. Na dłuższą metę, z niektórych seminariów poświęconych psychozie rozwijają się produktywne projekty przeciwdziałania stygmatyzacji; wspólne wysiłki przeciwko uprzedzeniom społecznym wydają się być logiczną konsekwencją redukcji wzajemnych zastrzeżeń.

■ **Oświadczenie 4**

W kontekście udzielania informacji, ale także dla kształtowania relacji w całym systemie pomocy, szczególnie ważna jest trójstronna współpraca między osobami dotkniętymi chorobą, krewnymi i profesjonalistami. Jest to zasadniczy warunek wstępny otwartej, pełnej zaufania i udanej współpracy między wszystkimi zaangażowanymi stronami, na podstawie której można osiągnąć wspólne interesy i traktowanie.

Rezultaty trialogicznej współpracy nie ograniczają się do indywidualnej relacji terapeutycznej. Rezultaty trialogicznej współpracy nie ograniczają się do indywidualnej relacji terapeutycznej, lecz mają również wpływ na odpowiednie reprezentowanie interesów pacjentów i ich rodzin na forum publicznym i politycznym, na wspieranie jakości i na dalszy rozwój struktur opieki. Tak zwane seminarium psychoz jest dobrym poligonem do tego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 21** |  |  |  |
| Psychoedukacja może być również oferowana w ramach forów trialogowych i seminariów na temat psychozy.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

Poniższe opisy opierają się na dokumencie konsensusu "Psychoedukacja w zaburzeniach schizofrenicznych" [257], który został opublikowany przez grupę roboczą o tej samej nazwie i którego treść jest przełomowa dla pracy psychoedukacyjnej w krajach niemieckojęzycznych. W swoim dokumencie konsensusu grupa robocza "Psychoedukacja w zaburzeniach schizofrenicznych" wyodrębniła następujące cele cząstkowe z nadrzędnego celu promowania zdrowia pacjentów ze schizofrenią, w tym wzmocnienia zasobów i świadomego, odpowiedzialnego podejścia do zaburzenia:

— Poprawa poziomu informacji na

pacjentów w zakresie diagnozy, przyczyny, przebiegu i możliwości leczenia choroby,

— Budowanie funkcjonalnej koncepcji choroby,

— Umożliwienie pacjentowi podejmowania kompetentnych decyzji dotyczących opcji leczenia,

— ulga emocjonalna dla pacjentów,

— Promowanie długoterminowego przestrzegania zasad leczenia przez pacjentów,

— Doskonalenie umiejętności zarządzania kryzysowego,

— Zdobycie pewności siebie w radzeniu sobie z chorobą, oraz

— Zwiększanie poczucia własnej skuteczności.

W **pracy z krewnymi** pacjentów z chorobą nacisk kładziony jest również na dostarczanie informacji, promowanie umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z chorobą oraz łagodzenie obciążeń emocjonalnych krewnych. Ponadto ważnym celem cząstkowym jest promowanie trwałej gotowości do współpracy wszystkich osób zaangażowanych w leczenie oraz poprawa interakcji wewnątrzrodzinnych, szczególnie w odniesieniu do choroby [257].

W dokumencie konsensusu grupy roboczej "Psychoedukacja w zaburzeniach schizofrenicznych" **struktura i treść psychoedukacji** w zaburzeniach schizofrenicznych zostały dokładniej określone. Na podstawie indywidualnych doświadczeń osób dotkniętych chorobą i w odniesieniu do ich subiektywnych koncepcji choroby, podkreśla się 3 elementy. Podczas sesji indywidualnych rozwijana jest ogólna wiedza ogólna (np. pojęcie choroby, objawy, przebieg i możliwości terapeutyczne) oraz praktyczna wiedza do działania (np. wczesne sygnały ostrzegawcze, strategie radzenia sobie, zapobieganie nawrotom, plany awaryjne). Ponadto tworzy się przestrzeń dla emocjonalnego odciążenia osób dotkniętych chorobą. Centralne tematy emocjonalne mogą obejmować uczucie wstydu, winy, resentymentu, rozczarowania i bezradności [257]. Autorzy wymieniają również **tematy emocjonalne, które są** szczególnie ważne dla **grup krewnych.**

**pióro** może mieć znaczenie [257]:

* dylemat "szalenie zły",

— własną demarkację i prawo do kształtowania własnego życia,

— Uwolnienie od poczucia winy i wstydu,

— ochronną funkcję klimatu rodzinnego,

— "agresywne uczucia" w stosunku do pacjentów,

— Wymiana doświadczeń między sobą,

— Relatywizacja rzekomej wyjątkowości osobistego przeznaczenia,

— "Burn-out" i

— brak uznania dla opieki świadczonej przez krewnych.

Psychoedukacja nie może oczywiście zastąpić psychoterapii. Skupiając się na tematach emocjonalnie stresujących, chce się uniknąć przeciążenia i emocjonalnej destabilizacji osób, których one dotyczą.

należy unikać. Psychoedukacja może pomóc w uwrażliwieniu pacjentów i ich bliskich na odpowiednio wskazaną psychoterapię [257].

Zasadniczo **psychoedukacja** powinna być **dostępna dla wszystkich**

rozważa interwencje psychospołeczne i dąży do wyraźnego wykluczenia podejść psychoterapeutycznych. Oznacza to, że przedstawione poniżej dowody opierają się głównie na badaniach dotyczących psychoedukacyjnego podejścia do leczenia. **Pacjenci z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi**

Jednakże w celu uwzględnienia faktu, że

mieć zastosowanie. Sposób realizacji powinien jednak uwzględniać indywidualne predyspozycje, poziom stresu i inne cechy związane z chorobą (koncentracja, zdolność do pracy w grupie, produktywne objawy psychotyczne itp.) Ponadto, szczególną uwagę należy zwrócić na tendencje depresyjne i samobójcze, które pojawiają się lub nasilają w wyniku wglądu w możliwy przebieg choroby. Psychoedukacja może być stosowana we wszystkich środowiskach terapeutycznych (stacjonarnych, dziennych, ambulatoryjnych). Sesje indywidualne są zazwyczaj prowadzone przez terapeutę i jednego lub więcej współterapeutów. **Sprawdzona procedura składa się** z następujących elementów: Powitanie, runda wstępna, przegląd dotychczasowych treści, rozwinięcie bieżących tematów, podsumowanie i runda zwrotna. Różne media, takie jak flipcharty, filmy wideo, DVD, broszury, książki, arkusze informacyjne i ćwiczeniowe itp. pomagają w przygotowaniu i prezentacji poszczególnych tematów. Psychoedukacja wymaga postawy empatii, autentyczności i uznania ze strony terapeuty oraz stosowania różnych technik psychoterapeutycznych w oparciu o zasady behawioralno-terapeutyczne, w tym elementy psychoterapii konwersacyjnej. Poza przekazywaniem informacji o chorobie stosuje się również elementy praktyki, takie jak odgrywanie ról [257].

#### Dowody na temat metod leczenia psychoedukacyjnego

Psychoedukacja nie może być wyraźnie odróżniona od interwencji rodzinnych, ponieważ interwencje rodzinne często opierają się na interwencjach psychoedukacyjnych. Z kolei interwencje rodzinne pokrywają się z podejściami terapii rodzinnej w rozumieniu interwencji psychoterapeutycznych. Obecne wytyczne S3

Ponieważ zaangażowanie krewnych odgrywa kluczową rolę, uwzględniono także badania koncentrujące się na interwencjach rodzinnych. Wykluczono badania, które wyraźnie koncentrowały się na podejściu terapii rodzinnej bez komponentów psychoedukacyjnych. Co więcej, treningi te pokrywają się z treningami umiejętności społecznych. Indywidualne elementy, takie jak leczenie objawów i przyjmowanie leków, są również składnikami psychoedukacji.

**Dowody**

Prace, których głównym tematem jest psychoedukacja:

**A) Przeglądy i metaanalizy**

— Pekkala i Merinder 2002 (przegląd Cochrane): Włączenie 10 badań.

— Lincoln 2007: Włączenie 18 badań

— Metaanaliza wytycznej klinicznej NICE Schizofrenia 2009: włączenie 21 badań.

Praca nad interwencjami rodzinnymi, których elementem jest psychoedukacja:

**B) Przeglądy i metaanalizy**

— Barbato i D'Avanzo 2000: Włączenie 25 badań

— Pitschel-Walz 2001: Włączenie 25 badań

— Pilling 2002: Włączenie 18 badań

— Pfammatter 2006: Włączenie 31 badań

— Pharoa 2006: Włączenie 43 badań

**C) Aktualne randomizowane badania kontrolowane nad metodami leczenia psychoedukacyjnego u pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi**

— Magliano 2006 (Włochy): psychoedukacyjne grupy rodzinne

— Aguglia 2007 (Włochy): wspólne grupy psycho-edukacyjne dla pacjentów i krewnych

— Carra 2007 (Włochy): psychoedukacyjna an-.

grupy członków

— Gutiérrez-Maldonado i Caqueo-Urízar 2007/Gutiérrez-Maldonado 2009 (Chile): grupy psychoedukacyjne dla krewnych

— Nasr i Kauasar 2009 (Pakistan): individu-.

psychoedukacja rodziny elle

— Chien i Wong 2007 (Chiny): psychoedukacyjne grupy rodzinne

— Chan 2009 (Chiny): wspólne grupy psychoedukacyjne dla pacjentów i krewnych

**D) Randomizowane, kontrolowane badania psychoedukacyjnych metod leczenia u pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym.**

— Perry 1999 (Wielka Brytania): indywidualnie

Psychoedukacja dla pacjentów

— Colom 2003/2009 (Hiszpania): Psychoedukacja grupowa dla pacjentów

— Honey 1997 (Holandia): Psychoedukacja wielorodzinna

— Miklowitz 2003 (USA): Psychoedukacja rodzinna w warunkach domowych

— Reinares 2008 (Hiszpania): grupy psychoedukacyjne dla krewnych

5 Rea 2003 (USA): Psychoedukacja rodzinna

■ **A Dowody z przeglądów systematycznych i metaanaliz dotyczących skuteczności podstawowych metod leczenia psychoedukacyjnego.**

Przegląd odpowiednich metaanaliz pokazuje, że zgodnie z oczekiwaniami, badania, które zostały do nich włączone, w pewnym stopniu się pokrywają. We wszystkich przeglądach uwzględniono tylko te badania, w których psychoedukacja w formie bezpośredniej i interaktywnej miała na celu przekazanie informacji, wsparcie pacjentów i ewentualnie ich bliskich oraz uwzględnienie indywidualnych potrzeb. Jeśli chodzi o **ogólną charakterystykę,** włączone badania są następujące

badania są porównywalne. Większość badanych pacjentów stanowili schizofrenicy, rzadziej chorzy z ciężkimi zaburzeniami afektywnymi lub innymi zaburzeniami psychotycznymi. Badane populacje składały się głównie z mężczyzn w wieku od 18 do 60 lat. W odniesieniu do **interwencji kontrolnych występuje** duże zróżnicowanie. W dwóch metaanalizach za interwencje porównawcze uznano jedynie standardowe leczenie (*leczenie jak zwykle*), grupy oczekujących lub interwencje niespecyficzne (zajęcia rekreacyjne, grupy wsparcia). Z kolei w metaanalizie wytycznych Na- tional Institute for Health and Clinical Excellence z 2009 roku dotyczących leczenia schizofrenii za interwencję kontrolną uznano każdą alternatywną metodę leczenia. Rozważane badania były prowadzone zarówno w **warunkach** ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Przeważały interwencje psychoedukacyjne w grupach. **Czas trwania leczenia** różnił się znacznie we wszystkich badaniach (od 2 tygodni do

24 miesiące). Okresy kontrolne trwały do

do 5 lat. Z wyjątkiem metaanalizy wytycznej NICE dotyczącej leczenia schizofrenii z 2009 roku, poszczególne badania w przeważającej mierze włączały członków rodziny do leczenia psychoedukacyjnego. W odniesieniu do **aspektów metodologicznych** uwzględniono tylko badania kontrolowane z rygorystyczną oceną jakości. Badania uwzględnione w 3 metaanalizach zostały opublikowane w latach 1982-2008. Badania zostały przeprowadzone w USA, Kanadzie, Japonii, Chinach, Malezji i różnych krajach europejskich, w tym w Niemczech. Wyniki . Tab. 3.12.

Autorzy **przeglądu systematycznego Cochrane** uwzględnili 10 badań [271]. Rozróżniano interwencje o krótkim czasie trwania (do 10 sesji) i te o dłuższym czasie trwania. Psychoedukacja **znacząco zmniejszyła prawdopodobieństwo nawrotu choroby** i **ryzyko kolejnych przyjęć do szpitala.** Wyniki badań sugerują również, że zastosowanie psychoedukacji **może poprawić funkcjonowanie społeczne**. Bezpośrednio po zakończeniu interwencji zaobserwowano tendencję do poprawy w grupach eksperymentalnych w porównaniu z grupami kontrolnymi. Po roku różnica ta okazała się istotna i utrzymywała się po 2 latach, ale nie po 5 latach. W kontekście wyników z 8 włączonych badań stwierdzono, co następuje



**88**

**Rozdział 3** - Kontekst i dowody

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.12** Efekty podstawowych metod leczenia psychoedukacyjnego z metaanaliz na różne parametry docelowe. | | | | | |
| **k Liczba włączonych badań:** | **Pekkala i Merinder 2002**  **k = 10** | **Lincoln et al. 2007**  **k = 18** | **Metaanaliza Wytyczne NICE z 2009 r.** | | |
| **Psychoedukacja vs. jakakolwiek interwencja kontrolna**  **k = 16** | **Psychoedukacja a standardowe leczenie**  **k = 8** | **Psychoedukacja vs. aktywna interwencja k = 8** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| ↓Samobójstwo | k. A. | k. A. | ~ | ~ | k. A. |
| ↓Nasilenie objawów (ogólnie) | ~ | + | ++1 | ~ | ++ |
| ↑Zgodność z lekami | ++1 | ~ | ++1 | ++1 | ~ |
| ↑wgląd w chorobę, pacjent | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| Pacjent nabywający wiedzę | ++1 | ++ | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |
| ↓Ryzyko recydywy i wskaźniki readmisji do placówek lecznictwa zamkniętego | ++ | ++ | ~/(++1) | ~/(++1) | ~ |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | k. A. | k. A. | ++1 | ++1 | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | ~ | k. A. | ~ | ~ | ~ |
| *Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |  |
| ↑Poziom funkcjonowania społecznego | ++ | ~ | ++1 | ++1 | ++1 |
| ↑Jakość życia | ++1 | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Względnie powiązane cechy charakterystyczne* |  |  |  |  |  |
| Zmieniony sposób radzenia sobie z chorobą/stresem - doświadczenie bliskich | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↓wysoko wyrażone emocje | ++1 | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Zmniejszenie ↑Zwiększenie  1 Wyniki odnoszą się do danych indywidualnych | | | | | |

**brak różnic w odniesieniu do przedwczesnego przerwania leczenia** w obu grupach. W 2 badaniach jako kryterium docelowe oceniano **jakość życia**, która w obu badaniach uległa **istotnej poprawie** w grupie poddanej psychoedukacji. W jednym badaniu wykazano **istotne korzyści z** krótkoterminowej interwencji psychoedukacyjnej w zakresie **przestrzegania zaleceń lekarskich w** porównaniu z rutynowym le**czeniem w** ciągu roku. W innych badaniach indywidualnych również zaobserwowano **pozytywny wpływ** na zakres **zdobytej wiedzy.** Nie uzyskano spójnych wyników w odniesieniu do wpływu na objawy psychopatologiczne, na ewentualne zmiany w sposobie radzenia sobie z chorobą przez krewnych lub samych pacjentów. Ze względu na ograniczone dowody dostępne w tamtym czasie nie można było sformułować żadnych stwierdzeń dotyczących skutków w odniesieniu do śmiertelności i aspektów ekonomicznych zdrowia.

W **kolejnej metaanalizie** badano **skuteczność psychoedukacji w** odniesieniu do wpływu na ryzyko nawrotu choroby, redukcję objawów, funkcje społeczne, nabywanie wiedzy związanej z chorobą i stosowanie się do leków w różnych okresach czasu [272]. Jeśli chodzi o **ryzyko nawrotu choroby i ryzyko ponownych przyjęć do szpitala,** zastosowanie psychoedukacji bezpośrednio po interwencji miało przewagę nad interwencjami kontrolnymi z **umiarkowanie silnym efektem** (wielkość efektu ,53). Efekt ten stopniowo malał w miarę upływu czasu i utracił znaczenie po 12 miesiącach. Ponadto interwencje psychoedukacyjne spowodowały **istotnie większe nabycie wiedzy** na temat **choroby** na koniec interwencji niż było to możliwe w ramach interwencji kontrolnych (wielkość efektu ,48). **Nie wykazano istotnych efektów** psychoedukacji w odniesieniu do **redukcji objawów, funkcjonowania społecznego i gotowości do przyjmowania leków.** Autorzy badali także **wpływ formatu interwencji na zaangażowanie rodzin.** Po zakończeniu interwencji ani w grupie pacjentów, ani w grupie rodzin nie stwierdzono istotnej **poprawy w zakresie objawów, ale istniały** dowody na istnienie **różnicy między grupami,** która okazała się istotna, gdy grupy były jednorodne. Stwierdzono również niewielki pozytywny wpływ na **ryzyko nawrotu** choroby **i ryzyko ponownych przyjęć do szpitala** po 7-12 miesiącach dzięki psychoedukacji z udziałem rodzin (wielkość efektu ,48), ale nie dzięki psychoedukacji bez jednoczesnej pracy z rodzinami (wielkość efektu ,18).

Wytyczne NICE **dotyczące leczenia schizofrenii.**

z **2009 r.** opiera się na **metaanalizie** łącznie 21 badań kontrolowanych z randomizacją [97]. Autorzy przeprowadzili 3 porównania: (1) psychoedukacja vs. dowolna interwencja kontrolna (16 badań), (2) psychoedukacja vs. interwencja kontrolna (16 badań).

standardowe leczenie (8 badań), (3) psychoedukacja vs alternatywna aktywna interwencja kontrolna (8 badań). Ze względu na bardzo różne instrumenty gromadzenia danych dla celów

Poszczególne obliczenia opierają się w dużej mierze na danych z poszczególnych badań.

1. *Psychoedukacja vs. jakakolwiek interwencja kontrolna: Jeśli* chodzi o **charakterystykę związaną z leczeniem,** tylko pojedyncze badania wykazały przewagę grupy psychoedukacyjnej nad grupą kontrolną. Podczas gdy porównywalnie duża liczba pacjentów musiała być **ponownie przyjęta do szpitala po** zakończeniu leczenia i w ciągu pierwszych 12 miesięcy po zakończeniu interwencji, w grupie eksperymentalnej było znacznie mniej pacjentów w okresie obserwacji do 24 miesięcy [273;274]. Ponadto **liczba ponownych przyjęć do szpitala w przeliczeniu** na pacjenta wydawała się być znacząco zmniejszona po 12 miesiącach [273], jak również **czas trwania leczenia szpitalnego po** 24 miesiącach [273], ale nie po 12 miesiącach [273]. **Ogólny poziom funkcjonowania** (GAF) był lepszy w grupie psychoedukacyjnej w porównaniu z grupą kontrolną po 12 miesiącach [273;275], ale nie na końcu interwencji. Nie wydaje się, aby psychoedukacja miała **znaczący wpływ na zmniejszenie nasilenia objawów, a** tylko w jednym badaniu wykazano pozytywny efekt po 12 miesiącach [273]. **Poprawę funkcjonowania społecznego** w różnych punktach czasowych (na zakończenie interwencji, po 3 i 6 miesiącach) w grupie eksperymentalnej stwierdzono również wyłącznie na podstawie badań indywidualnych [276;277]. Psychoedukacja okazała się mieć pozytywny wpływ na **przestrzeganie zaleceń lekarskich** po 24 miesiącach, ale nie we wcześniejszym okresie [273]. **Nie** stwierdzono **różnic** między obiema grupami w odniesieniu do **śmiertelności**, **liczby nawrotów** po okresie do 12 miesięcy, **satysfakcji z leczenia wśród** pacjentów i krewnych oraz **przedwczesnego przerwania badania**.
2. *Psychoedukacja a konwencjonalne leczenie:* Badania nad skutecznością psychoedukacji w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem również **opierają się tylko na danych jednostkowych**. W jednym z badań **liczba ponownych przyjęć do szpitala** wydawała się być mniejsza po 12 i 24 miesiącach, podobnie jak **długość leczenia szpitalnego po** 24 miesiącach [273]. W poszczególnych badaniach wykazano również **poprawę ogólnego poziomu funkcjonowania w** grupie psychoedukacyjnej zarówno na zakończenie interwencji, jak i po 12 miesiącach [273;275;278]. **Nasilenie objawów pozostawało porównywalne** w obu grupach. Trzy miesiące po zakończeniu leczenia widoczna była różnica w **funkcjonowaniu społecznym na** korzyść grupy psychoedukacyjnej [276]. **Stosowanie się do zaleceń lekarskich** poprawiło się po 24 miesiącach w grupie eksperymentalnej [273], ale nie we wcześniejszym okresie. **Nie stwierdzono różnic** między obiema grupami w odniesieniu do **śmiertelności**, **liczby nawrotów** po okresie do 12 miesięcy, **satysfakcji z leczenia wśród** pacjentów i krewnych, ani **przedwczesnego przerwania badania**.
3. *Psychoedukacja vs. aktywna interwencja kontrolna:* W porównaniu z aktywnymi metodami leczenia (np. terapia poznawczo-behawioralna, psychospołeczne grupy szkoleniowe), we-

dostępnych jest niewiele dowodów. Wyniki dotyczące skuteczności psychoedukacji w odniesieniu do **funkcji społecznych** na zakończenie leczenia i sześć miesięcy później były odosobnione [277]. Psychoedukacja okazała się mieć pozytywny wpływ na objawy negatywne po zakończeniu leczenia, nie wykazała jednak wpływu na prawdopodobieństwo statycznych readmisji, prawdopodobieństwo wystąpienia

5 różnych porównań, a także szukał specyficznego wpływu na prawdopodobieństwo recydywy w zależności od charakterystyki próby i interwencji. Dodatkowe psychospołeczne metody leczenia skoncentrowane na pacjencie obejmowały psychoedukację, trening umiejętności społecznych lub podejście psychoterapeutyczne. Prawie bez wyjątku, standardowe leczenie farmakologiczne pacjentów

nawrotów, jak również na temat leczenia i leków jest zrobione. Leczenie schizofrenii z **włączeniem**dziesięciopunktowa zgodność. Na tle porównania z aktywnymi interwencjami kontrolnymi brak korzyści nie powinien być zaskakujący.

Autorzy wytycznej NICE dotyczącej schizofrenii doszli do wniosku, że **ogólne dowody na skuteczność psychoedukacji nie są solidne i** że sformułowanie rekomendacji na ich podstawie nie jest obecnie możliwe. Niemniej jednak zwracają uwagę, że odpowiednio przygotowana i dostępna informacja o chorobie ma ogromne znaczenie dla osób chorych na schizofrenię i ich rodzin.

■ **B Dowody na temat interwencji rodzinnych z przeglądów systematycznych i metaanaliz, które zawierają psychoedukację jako komponent.**

**Starszy przegląd systematyczny** uwzględniający

W przeglądzie wcześniej opublikowanych badań dotyczących **interwencji rodzinnych u chorych na schizofrenię** uwzględniono 25 badań z randomizacją, z których większość zawierała elementy psychoedukacyjne. Badano wpływ na 4 miary wyników: ryzyko nawrotu choroby i częstość ponownych przyjęć do szpitala, nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i zmienne związane z rodziną. Ostatecznie autorzy doszli do wniosku, że **dodatkowa interwencja rodzinna jako uzupełnienie konwencjonalnego leczenia schizofrenii** ma **pozytywny wpływ w umiarkowanym stopniu.** Interwencje rodzinne okazały się skuteczne w **zmniejszaniu ryzyka nawrotu** choroby po uzyskaniu remisji z ostrej fazy choroby. Nie stwierdzono prawie żadnego wpływu na nasilenie objawów, funkcje społeczne i wyniki związane z rodziną, takie jak stres rodzinny, dobre samopoczucie czy *wyrażane emocje*. Autorzy zidentyfikowali poszczególne elementy, które okazały się równie skuteczne w różnych interwencjach: 1) włączenie pacjentów w co najmniej niektóre fazy leczenia; 2) dłuższy czas trwania leczenia (stwierdzono mniejszą skuteczność krótkotrwałych interwencji obejmujących mniej niż 10 sesji w okresie krótszym niż 6 miesięcy); 3) ukierunkowanie interwencji na przekazywanie wiedzy i edukację na temat choroby w warunkach wsparcia [279].

Pitschel-Walz i współpracownicy (2001) przeprowadzili **metaanalizę dotyczącą efektów angażowania krewnych w interwencje psychoedukacyjne dla pacjentów ze schizofrenią w** zakresie zmniejszenia liczby nawrotów choroby. Wśród krewnych w większości przypadków (50-100%) byli to rodzice. Wymienieni autorzy

**członków rodziny okazały** się **lepsze od** leczenia konwencjonalnego pod względem **prawdopodobieństwa nawrotu choroby w** ciągu pierwszych dwóch lat po leczeniu (wielkość efektu ,20). **Programy interwencyjne trwające dłużej niż 3 miesiące zdają się mieć wyraźną przewagę nad interwencjami krótkoterminowymi** i sugerują, że bardzo krótkotrwała interwencja dla krewnych, np. w formie jednorazowego wydarzenia informacyjnego, nie może mieć trwałego wpływu na przebieg choroby pacjenta. Badanie **skuteczności połączonej interwencji, która jest skierowana w równym stopniu do rodzin i pacjentów** (podejście dwuogniskowe), również wykazało **większą skuteczność niż standardowa opieka medyczna w** odniesieniu do zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby (wielkość efektu ,18) [280] (tab. 3.13).

W innym przeglądzie systematycznym zbadano

**Skuteczność interwencji rodzinnych, w** tym badań, w których analizowano elementy psychoedukacyjne, a także inne interwencje, takie jak strategie rozwiązywania problemów i radzenia sobie z kryzysem, poradnictwo i podejścia ambulatoryjne dla pacjentów ze schizofrenią i zaburzeniami pokrewnymi [281]. Interwencje kontrolne obejmowały dyskusje grupowe, korzystanie z dostarczających informacji audiobooków, książek i tradycyjnych metod leczenia oraz innych interwencji psychospołecznych. Ze względu na heterogeniczność poszczególnych interwencji, autorzy dążyli do dokonania indywidualnych porównań między interwencją eksperymentalną a konwencjonalnym leczeniem lub innymi aktywnymi interwencjami kontrolnymi, oprócz globalnego wyliczenia wszystkich dostępnych danych, a także rozróżnienia między *indywidualnymi interwencjami rodzinnymi* a *grupowymi interwencjami rodzinnymi.* **Interwencje rodzinne** okazały się **znacząco lepsze od** wszystkich innych inter**wencji** kontrolnych pod względem **poziomu ryzyka nawrotu** choroby w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia. Przewaga ta była jeszcze wyraźniejsza, gdy interwencje rodzinne porównywano wyłącznie z leczeniem konwencjonalnym. Efekt ten wydawał się jeszcze większy w badaniach z *interwencjami z* udziałem *jednej rodziny w* porównaniu ze wszystkimi badaniami po włączeniu dodatkowych badań z *grupowymi interwencjami rodzinnymi.* Podobnie **liczba ponownych przyjęć do szpitala została** zmniejszona dzięki interwencjom rodzinnym, choć i w tym przypadku efekt był większy w przypadku interwencji *jednorodzinnych.* Dwa lata po zakończeniu interwencji nie było już żadnych dowodów na skuteczność interwencji rodzinnych. Jeśli chodzi o **samobójczość,** nie było różnic między poszczególnymi grupami. Badanie **celu związanego z rodziną**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.13** Efekty interwencji rodzinnych z podejściem psychoedukacyjnym z metaanaliz dotyczących różnych parametrów docelowych. | | | | |
| **k Liczba włączonych badań:** | **Pitschel-Walz et al. 2001**  **k = 25** | **Pilling et al. 2002 k = 18** | **Pfammatter et al. 2006**  **k = 31** | **Pharoah et al. 2006a**  **k = 43** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |
| ↓Samobójstwo | k. A. | ~ | k. A. | ~ |
| ↓Nasilenie objawów (ogólnie) | k. A. | k. A. | ++ | ++1 |
| ↑Zgodność z lekami | k. A. | ++ | k. A. | ++ |
| *Markery związane z leczeniem* |  |  |  |  |
| ↓Ryzyko recydywy i wskaźniki readmisji do placówek lecznictwa zamkniętego | ++ | ++ | ++ | ++ |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | k. A. | k. A. | ++ | ++1 |
| ↓Przerwanie leczenia | k. A. | ~ | k. A. | ~ |
| ↑*Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |
| Poziom funkcjonowania społecznego | k. A. | k. A. | ++ | ++1 |
| ↑*Względnie związane markery* |  |  |  |  |
| Zdobywanie wiedzy Krewni | k. A. | k. A. | ++ | k. A. |
| Zmiana sposobu radzenia sobie z chorobą/ doświadczenie stresu Krewni | k. A. | ++ | k. A. | ++1 |
| ↓wysoko wyrażone emocje | k. A. | ~ | ++ | ++1 |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 Dane odnoszą się do wyników indywidualnych  a Porównanie interwencji rodzinnych o minimalnym czasie trwania powyżej 5 sesji z konwencjonalnymi ofertami leczenia. | | | | |

Chociaż analiza poszczególnych interwencji rodzinnych wykazała, że subiektywne doświadczenie stresu w rodzinie pozostało porównywalne z leczeniem konwencjonalnym, analiza *poszczególnych interwencji rodzinnych* i samych konwencjonalnych metod leczenia ujawniła znaczące zalety tych podejść rodzinnych. Nie zaobserwowano różnic w redukcji *wyrażanych emocji.* Nie było różnic między interwencjami rodzinnymi a kontrolnymi w liczbie przerwanych terapii, ale ***grupowe interwencje rodzinne okazały*** się być związane z **istotnie wyższą** liczbą przypadków **nieprzestrzegania zaleceń** niż *indywidualne interwencje rodzinne.*

*przedsięwzięcia*. Interwencje rodzinne okazały się jednak bardziej skuteczne pod względem **przestrzegania** zaleceń **lekarskich** niż wszystkie inne interwencje kontrolne (Tabela 3.13).

Pfammatter i współpracownicy (2006) przeprowadzili metaanalizę **skuteczności psychoedukacyjnych interwencji zorientowanych na radzenie sobie w schizofrenii z udziałem rodzin i grup rodzinnych** [282]. Bezpośrednio po interwencji nastąpiła znacząca poprawa **wiedzy na temat choroby u krewnych, którzy** otrzymali psychoedukacyjną interwencję grupową (wielkość efektu ,39). Pozytywne

Widoczne były zmiany w klimacie rodzinnym (***wyrażane emocje)*** (wielkość efektu ,59). Ponadto w grupach interwencyjnych nastąpiła **istotna poprawa w zakresie poziomu funkcjonowania społecznego** pacjentów (wielkość efektu ,38). W **czasie pierwszego badania kontrolnego ogólne objawy psychopatologiczne** (wielkość efektu ,40) **oraz czas leczenia szpitalnego** wydawały się być **istotnie zmniejszone** w grupach doświadczalnych

Prace te doprowadziły do włączenia 21 dodatkowych badań, których wyniki pozostały porównywalne [284].

■ **C Dowody z ostatnich jednoośrodkowych randomizowanych, kontrolowanych badań metod leczenia psychoedukacyjnego dla**

(wielkość efektu ,71). W okresie **do 12 miesięcy prawdopodobieństwo nawrotu choroby** (wielkość efektu ,42) **i ryzyko ponownych przyjęć do szpitala** zostały **znacząco zmniejszone** (wielkość efektu ,22). **Zmniejszenie** liczby **ponownych przyjęć do szpitala** pozostało istotne nawet **po 24 miesiącach** (wielkość efektu ,51) ( Tabela 3.13).

W przeglądzie Cochrane uwzględniono 43 wybrane badania dotyczące **różnych interwencji rodzinnych w środowisku lokalnym w** porównaniu z leczeniem konwencjonalnym [283]. Większość pacjentów była w wieku od 16 do 80 lat, chorowała na schizofrenię lub chorobę schizoafektywną, chorobę dwubiegunową lub depresję psychotyczną. Interwencje rodzinne obejmowały podejścia psychoedukacyjne i różne interwencje psychospołeczne z udziałem członków rodziny. Interwencje kontrolne obejmowały konwencjonalne leczenie, zwykle lekami. Porównania interwencji rodzinnych o minimalnym czasie trwania powyżej 5 sesji z konwencjonalnymi ofertami leczenia wykazały **mniejsze wykorzystanie leczenia szpitalnego** po 12 i po 18 miesiącach oraz **krótszy czas trwania leczenia** po 3 miesiącach. Pomimo różnych definicji nawrotu choroby (samobójstwo, nawrót objawów, przyjęcie do szpitala, istotna zmiana leków), w grupie eksperymentalnej stwierdzono wyraźną przewagę nad grupą kontrolną w zakresie **redukcji nawrotu** choroby po 12, 18 i 24 miesiącach. Jedynie pojedyncze badania wskazywały na przewagę grupy interwencji rodzinnych w odniesieniu do **globalnego poziomu funkcjonowania i objawów psychopatologicznych**. Porównywalność utrudniają różne stosowane skale. Nie było istotnych różnic pomiędzy obiema grupami w odniesieniu do przedwczesnego porzucania nauki. Jednak na **przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia** uzależnienia **od narkotyków mają** oczywiście **pozytywny wpływ interwencje rodzinne. Wyniki dotyczące wyników związanych z rodziną są** oparte na indywidualnych badaniach ze względu na dużą heterogeniczność zastosowanych narzędzi badawczych. Niemniej jednak, badania te wykazują znaczące korzyści z interwencji rodzinnej w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem w odniesieniu do poprawy strategii radzenia sobie, zmniejszenia stresu w rodzinie i poprawy jakości życia. Możliwe jest również, że klimat rodzinny ulega poprawie w wyniku interwencji rodzinnej. Nie było dowodów na różnice w śmiertelności, poprawę statusu zawodowego czy zwiększenie szans na samodzielne życie. Aktualizacja

**Pacjenci z zaburzeniami schizofrenicznymi i ich krewni**

W ramach badania w praktyce klinicznej porównano efekty psychoedukacji rodzinnej według Falloona [285] z grupą kontrolną (lista oczekujących) [286]. Wyniki wykazały znaczącą poprawę w zakresie funkcjonowania globalnego i społecznego, organizacji relacji społecznych i konfliktów oraz wzrost zainteresowania pracą zawodową w grupie interwencyjnej po sześciu miesiącach. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy obiema grupami, szczególnie w zakresie poprawy samoopieki i odpowiedniego radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi przez pacjentów. W obu grupach pacjenci zauważyli zmniejszenie stresu. Kontakty społeczne i postrzeganie profesjonalnego wsparcia ze strony bliskich uległy poprawie tylko w przypadku interwencji eksperymentalnej (tabela 3.14).

W badaniu opartym na projekcie monachijskim (badanie PIP, 7 rozdział 3.3.1, Znaczenie praktyczne w Niemczech) stwierdzono również istotne korzyści dla pacjentów, którzy otrzymali interwencję psychoedukacyjną, w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej (leczenie standardowe), pod względem liczby nawrotów i jakości życia. Poza mniejszą liczbą ponownych przyjęć do szpitala i mniejszą liczbą dni leczenia, po 12 miesiącach w grupie informacyjnej nastąpiła znacząca poprawa w zakresie objawów negatywnych i pozytywnych (tabela 3.14) [287].

Carrà i współpracownicy (2007) badali wpływ dwóch różnych interwencji rodzinnych w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem w społeczności lokalnej na różne miary wyników [288]. Krewni, którzy uczestniczyli w grupie krewnych według Leffa [261], otrzymywali informacje o chorobie i cechach z nią związanych, w tym o różnych możliwościach leczenia, w 24 cotygodniowych grupach krewnych. Druga grupa eksperymentalna uczestniczyła również w programie grupowego wsparcia w ciągu kolejnych 48 cotygodniowych sesji przez 2 lata. Według McFarlane'a [289] grupy te obejmowały trening komunikacji i umiejętności radzenia sobie, a także nauczanie strategii radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów. Po 12 i 24 miesiącach nie odnotowano korzyści związanych z leczeniem (liczba hospitalizacji, wskaźnik nawrotów), ani z psychoedukacji, ani z bardziej intensywnej interwencji rodzinnej. Jednakże, zgodność z leczeniem wydawała się być znacząco zwiększona w porównaniu z leczeniem konwencjonalnym.

**3**

**93**

**3.3** - Interwencje indywidualne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.14** Wpływ psychoedukacyjnych metod leczenia u osób ze schizofrenią z poszczególnych badań na różne parametry docelowe | | | | | | | |
| **N Liczba pacjentów włączonych do badania:** | **Magliano 2006**  **N = 71** | **Aguglia 2007**  **N = 150** | **Carra 2007**  **N = 101** | **Gutiérrez-Maldonado 2007/2009**  **N = 45** | **Nasr i Kausar 2009**  **N = 108** | **Chien i Wong 2007**  **N = 84** | **Chan 2009**  **N = 73** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Nasilenie objawów (ogólnie) | ~ | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ |
| ↑Zgodność z lekami | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | ++ |
| ↑wgląd w chorobę, pacjent | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Ryzyko recydywy i wskaźnik ponownych przyjęć do szpitala | k. A. | ++ | ~ | k. A. | k. A. | ++ | k. A. |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| *Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | k. A. |
| ↑Samoopieka, pacjent | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Jakość życia | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Względnie powiązane cechy charakterystyczne* |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Przeżywanie stresu, krewni | ++ | k. A. | ~ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Zmieniony sposób radzenia sobie z chorobą, bliskimi | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | ++ | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej lub mała liczebność próby  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | | | | | |

w grupie rozszerzonej psychoedukacji. Zmienne związane z rodziną, takie jak doświadczenie stresu u krewnych, pozostały w przeważającej mierze bez wpływu. Zarówno liczba wcześniejszych pobytów w szpitalu, jak i niekorzystny klimat rodzinny (wysoki poziom *wyrażanych emocji*) wydawały się mieć wpływ na prawdopodobieństwo ponownych przyjęć do szpitala po 12 i 24 miesiącach. Status zatrudnienia

relacje rodzinne. Pacjenci uczestniczyli w 6 z 18 sesji, które koncentrowały się na przekazywaniu wiedzy. Interwencja kontrolna obejmowała konwencjonalne ambulatoryjne leczenie psychiatryczne, które mogło również obejmować niesystematyczne usługi dla rodzin. Istotne różnice między obiema grupami uwidoczniły się 12 miesięcy po zakończeniu interwencji. Zatem

pacjentów wydawało się również zależeć od liczby wczesnych

Czas trwania leczenia stacjonarnego zależy od liczby zabiegów stacjonarnych i czasu trwania choroby (Tabela 3.14).

Psychoedukacyjny program grup rodzinnych w badaniu chilijskim obejmował cotygodniowe grupy informacyjne przez okres pięciu miesięcy, które umożliwiały wymianę doświadczeń między krewnymi, dostarczały informacji o chorobie, ukierunkowywały trening umiejętności komunikacyjnych i miały na celu poprawę samoopieki krewnych. Rodziny w grupie kontrolnej korzystały z comiesięcznych sesji doradczych, które koncentrowały się głównie na aspektach leczenia uzależnienia od narkotyków. Po zakończeniu interwencji grupa interwencyjna wykazała wyraźną przewagę nad grupą kontrolną w zakresie zmniejszenia doświadczania stresu w trzech obszarach:

1. (2) doświadczenie stresu w wyniku ewentualnego poczucia ambiwalencji, złości lub odrzucenia; (3) doświadczenie stresu w wyniku postrzegania własnej niekompetencji w zapewnieniu odpowiedniej opieki nad krewnym. Ponadto psychoedukacja wpłynęła pozytywnie na postawę członków rodziny wobec choroby ich bliskiego, co umożliwiło im radzenie sobie z cechami związanymi z chorobą w sposób bardziej wspierający i elastyczny. Nie wydaje się, aby psychoedukacja miała istotny wpływ na postrzeganie własnego zdrowia przez krewnych [290;291].

W innym randomizowanym badaniu kontrolowanym oceniano wpływ psychoedukacji rodzinnej według Kuipersa, Leffa i Lama (1992) [292] na przeżywanie stresu przez krewnych [293]. W warunkach leczenia ambulatoryjnego pacjenci w obu grupach otrzymywali leki; w grupie eksperymentalnej pacjenci i ich bliscy uczestniczyli w dodatkowej psychoedukacji w formie zindywidualizowanej w łącznym wymiarze 9 sesji. Sześć miesięcy po zakończeniu interwencji nastąpiło znaczące zmniejszenie prawie wszystkich obszarów stresu doświadczanego przez krewnych w porównaniu z grupą kontrolną: (1) stres finansowy; (2) stres związany z codziennymi obowiązkami rodzinnymi; (3) stres związany z zajęciami w czasie wolnym; (4) interakcje rodzinne; (5) zdrowie fizyczne i (6) zdrowie psychiczne krewnych.

Chien i Wong (2007) badali skuteczność psychoedukacyjnego programu grupowego dla rodzin opartego na McFarlane [294]. W 18 dwugodzinnych sesjach skupiono się nie tylko na przekazaniu wiedzy o chorobie i jej skutkach, ale także w szczególności na pracy przez

i czasu trwania leczenia stacjonarnego oraz poprawę funkcjonowania społecznego u pacjentów, ale także pozytywne zmiany w doświadczaniu stresu przez rodziny i ich funkcjonalności w zakresie radzenia sobie z chorobą (tabela 3.14) [295].

W ramach psychoedukacyjnego programu terapeutycznego dla pacjentów i ich krewnych w ciągu 10 sesji przekazywano istotne treści związane z chorobą oraz dodatkowo ważne informacje dotyczące umiejętności komunikacyjnych, charakterystyki emocjonalnej rodziny i wczesnych sygnałów ostrzegawczych. Obie grupy otrzymywały leki i opiekę pielęgniarską, informacje o stanie zdrowia pacjenta i planie leczenia oraz poradnictwo pracownika socjalnego w ramach tradycyjnego wsparcia psychiatrycznego. Istotne efekty interwencji w czasie trwania leczenia w postaci poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich, zmniejszenia objawów psychopatologicznych i zmiany rozumienia choroby były widoczne w grupie pacjentów objętych psychoedukacją. Jednak po 12 miesiącach od zakończenia interwencji efekty te nie były już widoczne. Członkowie grupy interwencyjnej wykazywali jednak większe poczucie własnej skuteczności po zakończeniu interwencji i 6 miesięcy później, większe zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz mniejsze doświadczenie stresu po 6 miesiącach [296].

*Szczególne aspekty interwencji psychoedukacyjnych: W* randomizowanej próbie kontrolowanej badano wpływ czasu trwania choroby przed rozpoczęciem badania na efekty interwencji psychoedukacyjnej u pacjentów ze schizofrenią [297]. Prawdopodobieństwo ponownego przyjęcia do szpitala w ciągu 5 lat zostało zdefiniowane jako miara wyniku. Pacjenci z długim czasem trwania choroby (ponad 7 lat) nie odnieśli korzyści z interwencji psychoedukacyjnej, podobnie jak pacjenci z bardzo krótkim czasem trwania choroby (mniej niż 5 lat). Ogólnie rzecz biorąc, wyniki wskazały, że czas trwania choroby poniżej 7 lat, a tym bardziej zaprzeczania własnej chorobie.

■ **Dowody z pojedynczych randomizowanych, kontrolowanych badań podejścia do leczenia psychoedukacyjnego u pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym.**

Poniżej wymieniono randomizowane badania kontrolowane, w których badano podejście do leczenia psychoedukacyjnego u dorosłych pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi i dłuższym czasem trwania choroby, z kilkoma nawrotami w ostrej fazie choroby w przeszłości.

Oprócz konwencjonalnego leczenia lekami, obserwacji, wsparcia i edukacji, pacjenci w grupie eksperymentalnej otrzymali również **indywidualnie dobraną psychoedukację w** ramach 7-12 sesji, której głównym celem był trening w rozpoznawaniu objawów prodromalnych zbliżającego się nawrotu depresji lub manii. Na podstawie wcześniejszych wydarzeń związanych z chorobą, wspólnie opracowano plan działania i przećwiczono jego stosowanie. Stworzono listy kontrolne i zastosowano ćwiczenie polegające na sortowaniu kart, aby uwrażliwić uczestników na różnicę między normalnymi wahaniami nastroju a objawami prodromalnymi. Ponadto, zidentyfikowano 3 profesjonalnych pomocników, z którymi można było się skontaktować w przypadku kryzysu. Istniały wyraźne korzyści w odniesieniu do niektórych cech związanych z leczeniem dzięki psychoedukacji. Odstęp **czasowy do** wystąpienia **kolejnego epizodu maniakalnego** był **dłuższy** u pacjentów z grupy eksperymentalnej, ale nie po uwzględnieniu wystąpienia epizodu depresyjnego. **Epizody maniakalne** występowały **rzadziej** w grupie psychoterapeutycznej niż w grupie kontrolnej w różnych okresach czasu. Ponadto, **istotne korzyści na** korzyść grupy psychoedukacyjnej były **widoczne w** odniesieniu do **funkcji społecznych** i **zatrudnienia zawodowego** po 18 miesiącach **(Tabela** 3.15**) [298].**

**Długoterminowe efekty psychoedukacji grupowej w porównaniu z niestrukturalizowaną interwencją grupową** badano równolegle z konwencjonalnym leczeniem standardowymi lekami [299;300]. W grupie eksperymentalnej zastosowano podręcznikową psychoedukacyjną interwencję grupową [301] w czasie 21 sesji raz w tygodniu, podczas których przekazywano wiedzę o chorobie i treści związane z leczeniem. Ponadto poruszono kwestię wczesnego rozpoznawania objawów prodromalnych, radzenia sobie z nawrotami choroby oraz kształtowania własnego życia. Psychoedukacyjna interwencja grupowa wykazała pozytywny wpływ na różne zmienne docelowe w okresie obserwacji wynoszącym 5 lat. **Czas do wystąpienia nawrotu** choroby uległ **znacznemu skróceniu. Zmniejszyła się** również **liczba nawrotów choroby w grupie eksperymentalnej.** Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci, którzy zostali poddani psychoedukacji, spędzili **mniej czasu w grupie.**

**w ostrym stadium choroby**. W przypadku prowadzenia grup psychoedukacyjnych **średnia liczba zabiegów stacjonarnych na pacjenta uległa znacznemu zmniejszeniu.** W związku z tym **zmniejszenie liczby dni leczenia szpitalnego było** widoczne nawet po 5 latach. Wydaje się, że psychoedukacja nie miała wyraźnego wpływu na przestrzeganie zasad leczenia. Analiza kosztów leczenia w ciągu 5 lat wykazała wyższe koszty ambulatoryjne w grupie eksperymentalnej. Efekt ten został jednak odwrócony poprzez jednoczesne uwzględnienie niezbędnych kosztów hospitalizacji. **Całkowite koszty leczenia** były zatem **wyższe w grupie kontrolnej** niż w grupie psychoedukacyjnej w ciągu 5-letniego okresu obserwacji. Wyższe koszty leczenia ambulatoryjnego wynikały z częstszego korzystania z zaplanowanych wizyt w ramach leczenia ambulatoryjnego i psychoterapii ambulatoryjnej po interwencji grupowej, a także z wyższych kosztów związanych z lekami przepisywanymi w grupie eksperymentalnej. Z kolei w grupie kontrolnej poszukiwano istotnie więcej ambulatoryjnych interwencji kryzysowych (tabela 3.15) [302].

W **podpróbie** badano **pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym i współwystępującym zaburzeniem osobowości** [303]. Również w tym przypadku widoczne były pozytywne efekty psychoedukacyjnej interwencji grupowej. **Mniej pacjentów** w grupie psychoedukacyjnej w porównaniu z tymi w grupie kontrolnej miało **nawrót do ostrej fazy choroby** po 2 latach i pozostawało **w stabilnej fazie przez dłuższy okres**. Ponadto stwierdzono istotne różnice w średniej liczbie nawrotów po 12, 18 i 24 miesiącach, jak również **zmniejszoną liczbę dni** leczenia **szpitalnego na** korzyść grupy eksperymentalnej (Tabela 3.15).

W mniejszym badaniu, w którym zastosowano metodę grupy oczekującej, badano skuteczność **psychoedukacyjnej interwencji wielorodzinnej** [304]. Pacjenci z grupy eksperymentalnej i ich bliscy otrzymali ofertę edukacyjną i zostali nauczeni odpowiednich strategii radzenia sobie z chorobą w ciągu 6 14-dniowych sesji. Pod koniec interwencji 31% krewnych z grupy psychoedukacyjnej wykazało **zmniejszenie oceny wyrażanych emocji**. W grupie kontrolnej żaden z krewnych nie wykazał zmiany z wysokiego na niski poziom ekspresji emocji pod koniec okresu. Ponadto pacjenci krewnych z niską oceną wyrażanych emocji wymagali leczenia stacjonarnego istotnie rzadziej niż pacjenci, którzy mieszkali z krewnym w niekorzystnych warunkach emocjonalnych określonych koncepcją wyrażanych emocji ( tabela 3.15).

W innym badaniu sprawdzano **efekty psychoedukacji rodzinnej w porównaniu z mniej intensywnym postępowaniem kryzysowym** i jednoczesną farmakoterapią [305]. Po ostrej fazie choroby pacjenci i krewni w grupie eksperymentalnej otrzymali 21 sesji psychoedukacyjnych prowadzonych w warunkach domowych przez okres 9 miesięcy, uzupełnionych o

**96**

**Rozdział 3** - Kontekst i dowody

**3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.15** Wpływ psychoedukacyjnych metod leczenia u osób z zaburzeniem dwubiegunowym z poszczególnych badań na różne parametry docelowe | | | | | | |
| **N Liczba pacjentów włączonych do badania:** | **Perry 1999**  **N = 69** | **Colom 2003a/ 2004b/2009a N = 120a/37b** | **Miód 1997**  **N = 29** | **Miklowitz 2003**  **N = 101** | **Reinares 2008**  **N = 113** | **Rea 2003**  **N = 53** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |  |
| ↓Nasilenie objawów (ogólnie) | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. |
| ↑Zgodność z lekami | k. A. | ~ | k. A. | ++ | ~ | ~ |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |  |
| ↓Ryzyko nawrotu choroby i wskaźniki ponownych przyjęć do szpitala | ++1 | ++ | k. A. | ++ | ++1 | ++ |
| ↓Czas leczenia stacjonarnego | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | ~ | ~ |
| *Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Zatrudnienie zawodowe | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Względnie powiązane cechy charakterystyczne* |  |  |  |  |  |  |
| ↓wysoko wyrażone emocje | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Efektywność kosztowa | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ++: znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej lub mała liczebność próby  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 mający zastosowanie do epizodów maniakalnych | | | | | | |

trening umiejętności komunikacyjnych, jak również nauczanie podejścia do rozwiązywania problemów. Interwencja kontrolna obejmowała 2 sesje psychoedukacyjne w ciągu pierwszych dwóch miesięcy, a także oparte na potrzebach interwencje kryzysowe, koncentrujące się na zapobieganiu nawrotom i rozwiązywaniu konfliktów wewnątrzrodzinnych. Po 2 latach w grupie psychoedukacyjnej zaobserwowano **dłuższe okresy wolne od nawrotu choroby.** Znacznie mniej pacjentów z grupy eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej doświadczyło nawrotu ostrej fazy choroby w ciągu 2 lat. Ponadto w grupie poddanej psychoedukacji uwidoczniło się **istotne zmniejszenie objawów afektywnych w** czasie, jak również **większa zgodność z lekami** (. Tab. 3.15).

W innym badaniu hiszpańskim badano **efekty psychoedukacyjnej grupy krewnych** z wyraźnym wykluczeniem pacjentów z chorobą [306]. Przy jednoczesnym standaryzowanym leczeniu ambulatoryjnym wszystkich pacjentów, krewni grupy eksperymentalnej otrzymali 12 tygodni grupowej psychoedukacji. Stwierdzono **istotną redukcję nawrotów w** obserwowanym okresie 15 miesięcy u pacjentów, których bliscy **uczestniczyli w** interwencji psychoedukacyjnej. W sumie 54% wszystkich pacjentów doświadczyło co najmniej jednego nawrotu w ostrej fazie choroby, 42% w grupie psychoedukacyjnej i 66% w grupie kontrolnej. Analiza różnicowa wykazała znaczące zmniejszenie liczby epizodów maniakalnych, ale nie epizodów depresyjnych. Czas do nawrotu choroby był dłuższy w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną. Stosowanie się do zaleceń lekarskich było porównywalne w obu grupach ( Tabela 3.15).

Rea i wsp. (2003) badali **skuteczność podręcznikowej psychoedukacyjnej interwencji rodzinnej w porównaniu z aktywną interwencją kontrolną** [307]. Wszyscy pacjenci byli leczeni farmakologicznie. Interwencja eksperymentalna obejmowała 21 sesji psychoedukacyjnych w ciągu 9 miesięcy, uzupełnionych o trening umiejętności komunikacyjnych i trening rozwiązywania problemów. Pacjenci w grupie kontrolnej otrzymywali zindywidualizowane interwencje (informacje o chorobie, monitorowanie i wzmacnianie postrzegania przez pacjenta objawów choroby, interwencja kryzysowa) przez porównywalny okres czasu. Pomimo randomizacji, istniały różnice w danych wyjściowych w odniesieniu do zmiennych związanych z chorobą (młodszy wiek przy pierwszym zachorowaniu i mniej korzystne dostosowanie przedchorobowe w grupie kontrolnej), które następnie kontrolowano. W odniesieniu do **prawdopodobieństwa nawrotu nie stwierdzono istotnego wpływu** psychoedukacji rodzinnej **w pierwszym roku leczenia,** natomiast pacjenci z grupy eksperymentalnej wykazywali **mniejsze prawdopodobieństwo nawrotu w fazie po zakończeniu leczenia.** Oddzielne rozważenie ryzyka ponownej hospitalizacji dla fazy leczenia i fazy obserwacji przyniosło podobne wyniki. O ile **w pierwszym roku nie było** widać **istotnej różnicy między obiema** grupami, o tyle w drugim roku nie było istotnej **różnicy** między obiema grupami.

pacjenci w grupie psychoedukacji rodzinnej mieli **istotnie niższe ryzyko ponownych przyjęć do szpitala w okresie obserwacji**. Podczas gdy wiek w momencie pierwszego zachorowania nie miał wpływu na żadną z miar wyniku, wpływ interwencji eksperymentalnej na ryzyko nawrotu choroby i prawdopodobieństwo ponownych przyjęć do szpitala był zmniejszony, gdy uwzględniono poziom wyrównania przedchorobowego. A jednak, ryzyko nawrotu w grupie z niskim dostosowaniem przedchorobowym okazało się być 3-krotnie zmniejszone przez psychoedukację. Zgodnie z oczekiwaniami, korzystniejsze dostosowanie przedchorobowe skutkowało mniejszą liczbą ponownych przyjęć do szpitala w okresie obserwacji. Stosowanie się do zaleceń lekarskich było porównywalne w obu grupach. Dalsza analiza wykazała, że **pacjenci z grupy eks- perymentalnej** wymagali **istotnie mniej leczenia szpitalnego w ostrej fazie choroby w** porównaniu z **pacjentami z** grupy kontrolnej. Wyniki te wskazują, że psychoedukacyjna interwencja rodzinna ma najwyraźniej największy wpływ podczas ostrej fazy choroby, w której pacjenci i rodziny są w stanie radzić sobie z krytycznymi sytuacjami w taki sposób, że można uniknąć przyjęcia do szpitala.

(. Tab. 3.15).

#### Streszczenie

Przedstawione wyniki badań odnoszą się głównie do grup pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi. Ponadto istnieją pewne badania, w których sprawdzano skuteczność interwencji psychoedukacyjnych u osób z przewlekłym zaburzeniem dwubiegunowym. Poniższe zalecenia odnoszą się zatem przede wszystkim do osób ze schizofrenią i zaburzeniami pokrewnymi, a także do pacjentów z chorobą dwubiegunową. W pierwszej kolejności przedstawiono 3 metaanalizy,

w którym badano **efekty głównie psychoedukacyjnego podejścia do** leczenia w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem lub różnymi podejściami do aktywnego leczenia u osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, w większości ze schizofrenią. Problemem pozostaje duża różnorodność form interwencji w zależności od czasu trwania, formy i intensywności. Ponadto porównywalność jest ograniczona ze względu na różnie zdefiniowane wartości docelowe. W zasadzie we wszystkich metaanalizach stosowano wysokie standardy jakości przy wyborze poszczególnych badań. Istotne różnice między metaanalizami obejmują wyłączenie badań z aktywną interwencją kontrolną i włączenie badań z aktywną interwencją kontrolną.

Wyniki tego badania wskazują, że nie było różnic w skuteczności przeważnie psychoedukacyjnych interwencji rodzinnych w badaniach Lincolna i wsp. (2007) [272] oraz Pekkala i wsp. (2002) [271], ale nie w NICE [97]. Ponadto występowały różnice w zakresie okresów badań. Podczas gdy NICE [97] skłaniał się do stosowania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 22** |  |  |  |
| Aby zoptymalizować zdobywanie wiedzy o chorobie i zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu choroby, ustrukturyzowana  Psychoedukacja powinna być oferowana przez wystarczająco długi czas, a w razie potrzeby wielokrotnie, jako część ogólnego planu leczenia. **Stopień rekomendacji: B, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**3** nowsze prace można znaleźć w

W przeglądzie Pekkala i wsp. (2002) [271] przeważają starsze badania. Z wyjątkiem metaanalizy z wytycznej NICE [97], istnieją dowody **na pozytywny wpływ psychoedukacji na zdobywanie wiedzy, zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby i zmniejszenie prawdopodobieństwa ponownych przyjęć do szpitala**. Wyniki poszczególnych badań wskazują na lepsze przestrzeganie zaleceń lekarskich, lepszą jakość życia i wyższy poziom funkcjonowania społecznego. Stosunkowo rzadko dochodziło do ogólnego skrócenia czasu leczenia szpitalnego i zmniejszenia nasilenia objawów. **Metody leczenia psychoedukacyjnego opracowane i oceniane w Niemczech** okazały się skuteczne w odniesieniu do różnych wyników, nawet w dłuższym okresie obserwacji [273;308;309] (7 Rozdział 3.3.1, Znaczenie praktyczne w Niemczech). W metaanalizie wykazano **pozytywny efekt włączenia rodzin do terapii psychoedukacyjnej. W** większości przypadków pacjenci byli badani w warunkach leczenia ambulatoryjnego. Na podstawie tych danych nie można było sformułować opinii na temat skuteczności w zależności od czasu trwania interwencji. Istnieją jednak przesłanki wskazujące, że czas trwania choroby poniżej 7 lat, a tym bardziej średni **czas trwania choroby od 5 do 7 lat,** zwiększa skuteczność psychoedukacji w odniesieniu do zmniejszenia liczby hospitalizowanych readmisji. Z kolei psychoedukacja prowadzona w bardzo wczesnym lub późnym stadium choroby wydaje się być mniej skuteczna. Zakłada się, że zmniejszenie liczby nawrotów, bez przekonujących dowodów na zmniejszenie objawów psychopatologicznych, wynika ze wzmocnienia rodzin w kontekście leczenia. Wydaje się, że dzięki odpowiedniej interwencji psychoedukacyjnej rodziny są w stanie lepiej radzić sobie z chorobą i związanymi z nią cechami.

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

W dostępnych metaanalizach, które również w przeważającej mierze odnoszą się do pacjentów ze schizofrenią, **pozytywne efekty interwencji rodzinnych z zastosowaniem psychoedukacyjnych** wykazano **bez wyjątku w zmniejszaniu ryzyka nawrotu choroby i prawdopodobieństwa ponownych przyjęć do szpitala**. Ponadto istnieją dowody na to, że interwencje skoncentrowane na rodzinie mogą **zmniejszyć ogólne nasilenie objawów i czas leczenia szpitalnego wśród pacjentów, a** także **poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich i poziom funkcjonowania społecznego. Jeśli chodzi o** cechy związane z pacjentem, istnieją wyniki, które wskazują na lepsze przyswajanie **wiedzy przez pacjenta, zmniejszenie doświadczania stresu i lepszy klimat rodzinny w wyniku interwencji rodzinnych**. Ryzyko zachorowalności i prawdopodobieństwo przedwczesnego przerwania leczenia najwyraźniej nie mają wpływu. Ponadto istnieją dowody pochodzące z metaanalizy, że **dłuższe interwencje** o minimalnym czasie trwania leczenia wynoszącym 3 miesiące są **bardziej skuteczne** niż krótsze interwencje. Interwencje psychoedukacyjne są skuteczne zarówno w formie grup rodzinnych, jak i w formie podejścia dwuogniskowego. Metaanaliza wykazała, że wpływ na zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby i zmniejszenie prawdopodobieństwa ponownych przyjęć do szpitala, jak również na zmniejszenie stresu w rodzinach dzięki indywidualnej interwencji rodzinnej.

są bardziej stabilne i trwałe w porównaniu z interwencjami grup wielorodzinnych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 24** |  |  |  |
| Dowody na skuteczność interwencji psychoedukacyjnych opierają się na badaniach prowadzonych w grupach. Psychoedukacja może być również oferowana w warunkach indywidualnych.  **Stopień rekomendacji: KKP{** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 23** |  |  |  |
| Krewni powinni być włączeni do terapii psychoedukacyjnej. Zarówno oddzielne grupy krewnych, jak i grupy dwuogniskowe okazały się skuteczne.  **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** | | | |

**Uwaga**: W przypadku grup dwuogniskowych należy uzyskać zgodę pacjenta.

Dostępnych jest znacznie mniej wyników randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących **skuteczności psychoedukacyjnego podejścia do leczenia osób z zaburzeniem dwubiegunowym.** Z dostępnych badań wynika, że na przebieg tego zaburzenia może pozytywnie wpływać również psychoedukacja. Odpowiednia interwencja wydaje się **znacząco zmniejszać liczbę nawrotów** choroby w dłuższym okresie czasu, a zwłaszcza **prawdopodobieństwo wystąpienia epizodów maniakalnych. W** związku z tym psychoedukacja i włączenie członków rodziny wydają się **wydłużać okres czasu do wystąpienia nawrotu do ostrej fazy choroby** i **ogólnie pozytywnie wpływać na czasowy wymiar ostrych faz choroby**. Jeśli chodzi o konieczność leczenia stacjonarnego, to w grupie eksperymentalnej zaobserwowano jej zmniejszenie oraz zmniejszenie średniej liczby dni leczenia stacjonarnego. W pojedynczych przypadkach pozytywne efekty były widoczne w odniesieniu do poprawy funkcjonowania społecznego, zmniejszenia objawów afektywnych i poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich. W ramach badania w okresie obserwacji 5 lat wykazano **wyższą efektywność kosztową, na którą** wpływ miały przede wszystkim niższe koszty leczenia szpitalnego.

Istniejące badania nad **skutecznością psychoedukacji w grupach pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi** odnoszą się zwykle do innego stopnia nasilenia choroby. Jednoznaczne przyporządkowanie do rozpatrywanej przez nas grupy pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest prawie niemożliwe. Ponadto, obecnie brakuje wysokiej jakości, kontrolowanych i randomizowanych badań. W tym kontekście niniejsze wytyczne odnoszą się do National Health Care Guideline on Unipolar Depression [3]. Autorzy podsumowują, że "wiedza i postawy wobec choroby, jaką jest depresja, jak również przestrzeganie zaleceń lekarskich mogłyby zostać poprawione. Ponadto, działania psychoedukacyjne wykazały poprawę w zakresie zarządzania chorobą, przebiegu choroby i powodzenia leczenia." Ponadto, niniejsze badania były w stanie

"wykazują również pozytywny wpływ działań psychoedukacyjnych na rodzinę i bliskich". Autorzy zalecają usługi psychoedukacyjne jako użyteczny dodatek do ogólnego planu leczenia (stopień zaleceń B).

**Dowody dotyczące psychoedukacyjnych metod leczenia w Niemczech** Randomizowane badania kontrolowane dotyczące psychoedukacyjnych metod leczenia pacjentów ze schizofrenią przeprowadzono również w Niemczech. Wszystkie z wymienionych poniżej badań zostały już włączone do przedstawionych metaanaliz. Ze względu na znaczenie tych badań dla niniejszych wytycznych, najważniejsze wyniki zostaną wymienione w tym miejscu.

W wieloośrodkowym badaniu w Monachium z udziałem 236 pacjentów (Psychosis Information Project, PIP) badano długoterminowe efekty krótkich, dwuogniskowych interwencji grupowych (8 sesji) u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i psychozy.

.

ich krewnych [308,309]. Pacjenci w grupie kontrolnej byli leczeni konwencjonalnie w postaci leków i comiesięcznych rozmów motywacyjnych na temat przestrzegania zasad w pierwszych latach. Po czwartym roku obserwacji dalsze leczenie zostało przeprowadzone przez specjalistę psychiatrę w prywatnej praktyce. Po 12 i 24 miesiącach**3** wyraźne korzyści w grupie doświadczalnej w porównaniu z grupą kontrolną w zakresie charakterystyki związanej z leczeniem i chorobą. W ciągu 12 miesięcy 21% pacjentów z grupy eksperymentalnej zostało ponownie przyjętych do szpitala, w porównaniu z 38% pacjentów z grupy kontrolnej. Po 24 miesiącach średni wskaźnik readmisji wyniósł 41% w grupie informacyjnej i 58% w grupie kontrolnej. Liczba poprzednich epizodów psychotycznych wydawała się mieć silny wpływ na częstotliwość readmisji. Po 24 miesiącach liczba dni leczenia stacjonarnego w grupie kontrolnej była dwukrotnie większa niż w grupie doświadczalnej. Zgodność oceniana przez podmioty świadczące usługi w zakresie leczenia wydawała się być znacznie wyższa w grupie informacji. Objawy psychopatologiczne uległy znacznemu zmniejszeniu, a funkcjonowanie społeczne wzrosło w grupie informacyjnej nawet po 24 miesiącach. Siedem lat po interwencji średnia liczba hospitalizowanych ponownych przyjęć na jednego chorego pozostawała istotnie obniżona w grupie eksperymentalnej. Podczas gdy 54% pacjentów z grupy informacyjnej zostało ponownie przyjętych w ciągu 7 lat, w grupie kontrolnej odsetek ten wynosił 88%. Czas do pierwszej hospitalizacji również okazał się znacząco różny w zależności od interwencji na rzecz grupy psychoedukacyjnej. Po 7 latach średnia liczba dni leczenia w grupie doświadczalnej wynosiła 75 dni w porównaniu do 225 dni w grupie kontrolnej. Na podstawie średniej dziennej stawki leczenia szpitalnego w Niemczech wynoszącej około 250 EUR, poniesione koszty leczenia szpitalnego mogłyby zostać zmniejszone o około 37 500 EUR na pacjenta w okresie siedmiu lat. Po 7 latach nie stwierdzono istotnych różnic w nasileniu objawów psychopatologicznych, funkcjach społecznych czy jakości życia.. W badaniu w Münster, badaniu prospektywnym w randomizowanym projekcie grupy kontrolnej, zbadano 191 pacjentów ze schizofrenią i średnim czasem trwania choroby 8,3 roku po wypisie z leczenia stacjonarnego. Pacjenci zostali przypisani do 5 różnych warunków leczenia: (1) szkolenie psychoedukacyjne, (2) szkolenie psychoedukacyjne i poradnictwo rodzinne, (3) szkolenie psychoedukacyjne i terapia poznawczo-behawioralna, (4) szkolenie psychoedukacyjne, terapia poznawczo-behawioralna i poradnictwo rodzinne, (5) grupa rekreacyjna jako interwencja typu cont-roll. Leczenie odbywało się w grupach 4-6 pacjentów. 10 sesji psychoedukacyjnych zostało rozłożonych na 15 tygodni. Psychoterapia poznawcza trwała 15 sesji i miała na celu

poprawa umiejętności pacjentów w zakresie rozwiązywania problemów.

Po 10 tygodniach profesjonalnego zarządzania, rodzinne doradztwo w formacie grupowym zostało przeniesione do formatu grupy samopomocy. Pozytywne efekty stały się widoczne dopiero w wyniku połączenia psychoedukacji, terapii

poznawczej i pracy z bliskimi. Sama psychoedukacja nie okazała się lepsza od interwencji kontrolnej (grupa rekreacyjna o porównywalnej intensywności). Po 2 latach wskaźnik nawrotów w połączonym ustawieniu interwencyjnym wynosił 24%, natomiast w grupie kontrolnej 50% (grupa psychoedukacyjna: 44%). W odniesieniu do objawów psychopatologicznych stwierdzono istotne korzyści dla pacjentów we wszystkich grupach terapeutycznych w postaci zmniejszenia zaburzeń w wykonywaniu czynności kontrolnych po 2 latach. Korzystając z Krótkiej Psychiatrycznej Skali Oceny, zalety można było również znaleźć w ramach całej grupy terapeutycznej, która jednak po prostu pominęła znaczenie [310;311]. Pięć lat po zakończeniu interwencji uzyskano trwałe korzyści w zakresie liczby chorych ze wskazaniami do leczenia stacjonarnego (szkolenie psychoedukacyjne, terapia poznawczo-behawioralna i poradnictwo rodzinne: 41% i interwencja kontrolna: 68%), ale nie w zakresie objawów psychopatologicznych i funkcji społecznych [312].. Badanie interwencji rodzinnej w Instytucie Maxa Plancka w Monachium było kontynuacją programu behawioralnej terapii rodzinnej z elementami psychoedukacyjnymi dla pacjentów ze schizofrenią. Po przeprowadzeniu zróżnicowanej diagnozy behawioralnej konkretnych mocnych i słabych stron poszczególnych członków rodziny i całej rodziny, przekazano wiedzę na temat choroby i możliwości jej leczenia, a także szkolenia w zakresie komunikacji i umiejętności rozwiązywania problemów. Wyniki wykazały zmniejszenie liczby nawrotów w ciągu 18 miesięcy po wypisie ze szpitala pod wpływem ciągłych leków neuroleptycznych. Ponadto zaobserwowano istotne pozytywne zmiany w zakresie objawów psychopatologicznych, dolegliwości fizycznych i dostosowania społecznego. Krewni również skorzystali z interwencji rodzinnej; zmniejszono rodzinne doświadczenie stresu. Ogólnie rzecz biorąc, zaobserwowano korzystny rozwój komunikacji rodzinnej [313].W randomizowanym badaniu kontrolowanym Bechdolf i jego współpracownicy porównywali efekty 16 sesji grupowej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) z efektami 8-sesyjnego psychoedukacyjnego programu grupowego (PE) u chorych na schizofrenię w ostrej fazie choroby. Interwencje były prowadzone oprócz regularnego leczenia stacjonarnego. Program psychoedukacji zawierał treści przekazujące wiedzę na temat choroby i zapobiegania nawrotom choroby. Grupa CBT skoncentrowała się na usprawnieniu strategii radzenia sobie z problemami i ich rozwiązywania oraz na zwiększonym zapobieganiu nawrotom choroby. Podczas gdy istotne różnice w liczbie pacjentów przyjętych z powodu złego stanu zdrowia stwierdzono w okresie obserwacji trwającym 6 miesięcy, po 24 miesiącach nie stwierdzono istotnych różnic w liczbie pacjentów przyjętych z powodu złego stanu zdrowia.

pacjentów było oczywiste. Na poziomie objawów stwierdzono pozytywne efekty dla obu grup w porównaniu pre-post, ale nie w porównaniu grup [314;315].

Podsumowując, można powiedzieć, że program interwencji psychoedukacyjnej opracowany w ramach "Psychoeducation in schizophrenic disorders working group" [257], koncentrujący się na edukacji w zakresie koncepcji choroby i poprawie compliance u pacjentów z dodatkowym zaangażowaniem krewnych, wykazuje wyraźnie pozytywne i długoterminowe efekty w odniesieniu do zmniejszenia wskaźnika readmisji do szpitala i innych parametrów u osób ze schizofrenią. W innym badaniu, oprócz jednoczesnego doradztwa dla krewnych, dodatkowa terapia poznawczo-behawioralna była w stanie zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu choroby.

##### Stan wdrażania psychoedukacji w Niemczech

Ankieta pocztowa dotycząca częstości i realizacji psychoedukacji w schizofrenii w szpitalach psychiatrycznych w Niemczech, Austrii i Szwajcarii w 2003 roku wykazała, że tylko jedna piąta pacjentów i około jeden na 50 krewnych otrzymują psychoedukację [316]. W 84% klinik biorących udział w badaniu (odsetek odpowiedzi 54%) psychoedukacja w zakresie schizofrenii była zwykle prowadzona jako interwencja grupowa z udziałem do 10 pacjentów raz w tygodniu przez 50-60 minut w 8-12 sesjach. Grupy dla krewnych były oferowane co dwa tygodnie dla 6-15 uczestników w 7 sesjach. Większość respondentów korzystała z podręczników. Jako główne przyczyny braku realizacji psychoedukacji wymieniano brak personelu (35%) i brak zasobów czasowych (29%).

Również psychoedukacja nie zdołała się regularnie zadomowić w środowisku ambulatoryjnym. Usługi w przychodniach i poliklinikach mogą być świadczone w ramach zryczałtowanego wynagrodzenia za usługi medyczno-psychologiczne. Dla praktykującego lekarza panelowego lub psychologa-psychoterapeuty możliwości są ograniczone.

w odniesieniu do rozliczania interwencji psychoedukacyjnych. Zgodnie z § 140 SGB V [317] w ramach zintegrowanej opieki otwierają się nowe możliwości dla usług psychoedukacyjnych. Poza szpitalami i przychodniami istnieją pewne projekty pilotażowe, w których oceniano odpowiednie struktury i akceptację psychoedukacji [318]:

* W Lipsku i Saarbrücken w ramach projektu modelowego **"Zintegrowane leczenie schizofrenii"** utworzono ośrodki terapeutyczne, w których udostępniono sale grupowe do prowadzenia dwuogniskowych grup psychoedukacyjnych. Lekarze biorący udział w projekcie mieli możliwość skierowania swoich pacjentów do udziału w takim programie psychoedukacyjnym. Program leczenia obejmował 12 cotygodniowych sesji dla pacjentów, jak również

6 dwutygodniowych sesji dla ich bliskich, koncentrujących się na lepszym zrozumieniu pojęcia choroby, możliwych metod leczenia i zmianie sposobu radzenia sobie z chorobą. W obu ośrodkach możliwe było

odnotowano wysoką regularność uczestnictwa oraz dobrą ocenę pod względem przydatności. Ponadto, udokumentowano wzrost wiedzy.

— W 2001 roku w Rostocku została założona **grupa robocza "Psychoedukacja ambulatoryjna"** z udziałem różnych instytucji. W wyniku tej inicjatywy powstała ambulatoryjna psychoedukacyjna oferta grupowa, która jest realizowana pod koordynacją i w pomieszczeniach Wydziału Zdrowia Miasta Hanzeatyckiego Rostock. Grupy informacyjne i treningi behawioralne odbywają się co dwa tygodnie przez 13 tygodni dla pacjentów z psychozą i ich krewnych.

— W Berlinie w 2003 roku z inicjatywy specjalistów prywatnej praktyki powstało **"Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V." (Stowarzyszenie na rzecz Psychiatrii i Zdrowia Psychicznego)**, którego celem jest poprawa opieki psychiatryczno-psychoterapeutycznej nad osobami z psychozami schizofrenicznymi lub afektywnymi. Członkowie stowarzyszenia dążą do współpracy z wszystkimi placówkami służby zdrowia.

Celem projektu jest opracowanie i wdrożenie sieciowych struktur opieki dla ambulatoryjnej opieki nad ciężko chorymi psychicznie. W ramach tych działań stworzono regularne grupowe usługi psychoedukacyjne, które są oferowane w różnych gabinetach lekarskich.

**3**

Pytanie o odpowiednie strategie implementacji psychoedukacji w szerokim środowisku psychiatrycznym społeczności ambulatoryjnej zostało również podjęte przez grupę roboczą **programu PEGASUS** (Psychoeducative Group Work in Schizophrenic and Schizoaffective Disorders) [319]. Po opracowaniu i przetestowaniu modelu koncepcja terapii grupowej mogłaby zostać włączona do regularnej opieki w ścisłej współpracy i sieci placówek psychiatrycznych i służb miasta Bielefeld. Podczas 14 cotygodniowych sesji przekazywane są zainteresowanym informacje na temat pojęcia choroby, możliwości leczenia odwykowego, jak również zapobiegania nawrotom choroby i radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Oprócz podręcznika [320], który był już wielokrotnie nowelizowany, opracowano program szkolenia zaawansowanego.

Ponadto w wyniku różnych działań rozwinęło się podejście psychoedukacyjne, w którym wcześniej przeszkoleni i profesjonalnie prowadzeni pacjenci i krewni przyjmują rolę moderatorów. Dzięki osobistym doświadczeniom osób dotkniętych chorobą, uczestniczący w niej pacjenci i krewni w tzw. **grupach peer-to-peer mogą** osiągnąć większą "bliskość", a tym samym większą ulgę emocjonalną. Przyjmuje się, że grupy prowadzone przez pacjentów i ich bliskich emanują szczególną wiarygodnością, która pozwala uczestnikom zmienić zarówno ich spojrzenie na chorobę, jak i sposób radzenia sobie z nią [321].

W ramach **dwóch projektów pilotażowych** opracowano i poddano ewaluacji programy nauczania, w których remisjonowani pacjenci ze schizofrenią i ich krewni zostali zakwalifikowani jako moderatorzy grup psychoedukacyjnych. W warunkach szpitalnych 8-sesyjny program **"Pacjenci informują pacjentów" został** przetestowany na pacjentach ze schizofrenią lub zaburzeniem schizoafektywnym. W porównaniu pre-post, znaczące zmiany w odniesieniu do wzrostu wiedzy i korzystnej koncepcji choroby zostały wykazane w 3 obszarach: zwiększone zaufanie do lekarzy i leków oraz zmniejszone negatywne oczekiwania wobec leczenia. 94 % uczestników

Większość pacjentów stwierdziła, że poleciłaby tę formę informacji innym pacjentom [322]. Program **"Krewni informują krewnych"** również okazał się praktyczny. Projekt szkoleniowy samopomocy rodzinnej Federalnego Stowarzyszenia Krewnych Osób Chorych Psychicznie (BApK) mający na celu poszerzenie zasobów rodzinnych i redukcję stresu. Początkowo pod hasłem ***"Informacja - wymiana - pomoc" odbywały się*** półroczne seminaria szkoleniowe dla krewnych osób chorych psychicznie. Większość uczestniczek stanowiły matki schizofreników. Pomiar przed i po wykazał wzrost kompetencji w radzeniu sobie z chorobą i zmniejszenie stresu u krewnych. Jednocześnie szkolenie miało na celu zmotywowanie uczestników do prowadzenia samodzielnie zaprojektowanych seminariów i w razie potrzeby przygotowanie ich do tego w ramach warsztatów szkoleniowych. Jednak mimo dużej motywacji ze strony uczestników, w ciągu jednego roku prawie nie doszło do wdrożenia. Nie udało się uzyskać oczekiwanego efektu w postaci rozwoju ogólnopolskiej oferty seminariów psychoedukacyjnych dla krewnych poprzez impulsy izolowane [323].

■ **Oświadczenie 5**

Podejścia psychoedukacyjne oparte na modelu peer-to-peer zapewniają pacjentom i ich bliskim alternatywne sposoby pozytywnego wpływania na zdobywanie wiedzy i koncepcji choroby oraz zmniejszania doświadczenia stresu.

■ **Prowadzenie grup psychoedukacyjnych** Grupy psychoedukacyjne są często prowadzone przez lekarzy psychiatrów-psychoterapeutów i/lub psychoterapeutów psychologicznych lub psychoterapeutów dzieci i młodzieży. Ponadto, wszystkie inne grupy zawodowe zespołu wielozawodowego mogą być zaangażowane w realizację. Prowadzenie grup psychoedukacyjnych wymaga zarówno obszernej wiedzy teoretycznej na temat danego obrazu klinicznego, jak i ugruntowanego doświadczenia w pracy z osobami dotkniętymi chorobą. Prowadzenie grup psychoedukacyjnych nie wymaga specyficznego dla szkoły podejścia, ale raczej podstawowych umiejętności psychoterapeutycznych i zinternalizowanych podstawowych postaw terapeutycznych (np. empatia, docenianie, kongruencja, szacunek, orientacja na zasoby, współpraca) oraz podstawowych umiejętności prowadzenia sesji grupowych.

Przegląd niemieckojęzycznych psychoedukacyjnych programów terapeutycznych dla różnych zaburzeń można znaleźć w Bäuml i Pitschel-Walz 2010 [324].

**■■ Poniższe ramy są odpowiednie do realizacji interwencji psychoedukacyjnych:**

— Włączenie do systemu psychiatryczno-psychoterapeutycznego

peutyczny ogólny plan leczenia

— Idealnym rozwiązaniem byłoby zaprojektowanie interwencji w sposób specyficzny dla danego zaburzenia.

— Możliwa realizacja oddzielnych grup krewnych lub grup interwencji dwuogniskowej lub rodzinnej

— Podręcznikowa, ustrukturyzowana procedura z możliwością wspólnego, interaktywnego opracowania i przemyślenia istotnych treści

— Procedura w grupach zamkniętych, półotwartych lub otwartych, przy czym grupy zamknięte są pożądane, ale grupy półotwarte i otwarte są bardziej zgodne z rzeczywistością opieki.

— Częstotliwość sesji: 1 do 2 razy w tygodniu dla pacjentów, co 1 do 3 tygodni dla krewnych pacjentów.

— Wymagana jest zgoda pacjenta na włączenie krewnych, szczególnie dla celów grup dwuogniskowych.

— Zindywidualizowane podejście do psychoedukacji wymaga uwzględnienia cech związanych z chorobą (np. stopnia formalnych zaburzeń myślenia, produktywnych objawów psychotycznych lub pobudzenia psychoruchowego) u pacjentów w każdym momencie interwencji.

— Zarządzanie i współzarządzanie z określonymi warunkami wstępnymi

— Odpowiednia i regularna refleksja nad procesem interwencji poprzez superwizję lub interwencję

### Trening umiejętności codziennych i społecznych

Ciężkie przewlekłe choroby psychiczne często wiążą się z upośledzeniem codziennych umiejętności praktycznych i społecznych, co również ma negatywny wpływ na przebieg choroby i jakość życia. Często mamy do czynienia z niepełnosprawnością w różnych dziedzinach życia. Na przykład, radzenie sobie z zadaniami życia codziennego może być zaburzone lub utrzymywanie relacji społecznych w rodzinie, czasie wolnym i relacjach zawodowych może być trudniejsze. Specjalne podejścia w ramach interwencji psychospołecznych mają na celu wzmocnienie zdolności osób dotkniętych chorobą do rozwijania umiejętności, aby mogły one prowadzić w dużej mierze niezależne życie w sposób samostanowiący. W tym kontekście rozróżnia się szersze podejścia, które uwzględniają osobiste potrzeby danej osoby w sensie niezależnej organizacji życia codziennego i są określane terminem *szkolenia w zakresie* codziennych lub praktycznych umiejętności życiowych *(szkolenie w zakresie umiejętności życiowych*) oraz te, które mają na celu poprawę umiejętności społecznych i komunikacyjnych (*szkolenie w zakresie umiejętności społecznych*). Trening umiejętności społecznych został również omówiony w wytycznych DGPPN S3 dotyczących leczenia schizofrenii ([1], s. 110-126).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 25** |  |  |  |
| Ponieważ ciężkie choroby psychiczne często wiążą się z upośledzeniem codziennych umiejętności i funkcji społecznych, znacznie utrudniającym uczestnictwo w życiu społecznym, duże znaczenie w leczeniu ma pomoc w kształtowaniu własnego życia i umożliwienie uczestnictwa w aktywności społecznej w różnych dziedzinach życia (samoopieka, rodzina, wypoczynek, praca, uczestnictwo w życiu społecznym). **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

Zarówno w życiu codziennym, jak i w literaturze naukowej nie zawsze można wyraźnie oddzielić te dwie formy interwencji. Istnieje znacznie więcej badań nad skutecznością treningu umiejętności społecznych w porównaniu z treningiem w zakresie umiejętności społecznych.

## 3

|  |  |
| --- | --- |
| . **Tab. 3.16** Główne cechy treningu umiejętności społecznych. (wg Kopelowicz 2006 [325]) | |
| **Komponent** | **Opis** |
| Identyfikacja problemu | Rozpoznanie istniejących przeszkód i barier w życiu pacjenta |
| Cel pomocy | Rozwój "najmniejszych kroków" w odniesieniu do podejścia do celów osobistych, szczególnie w obszarze kompetencji społeczno-emocjonalnych.  Wymagany jest dokładny opis niezbędnych umiejętności społecznych i ustalenie dokładnego odniesienia kontekstowego (jakiej umiejętności potrzebuje pacjent, kiedy, gdzie i do czego?). |
| Zastosowanie odgrywania ról i konkretnych ćwiczeń | Demonstrowanie przez pacjenta określonych zachowań werbalnych, niewerbalnych i paralingwistycznych niezbędnych do udanej interakcji społecznej. |
| Pozytywne i negatywne czynniki wzmacniające | w formie informacji zwrotnej dla pacjenta w wyniku wykazanego zachowania |
| Modelowe uczenie się | Umożliwia pacjentowi uczenie się pośrednio poprzez obserwowanie pożądanych zachowań u trenera lub innych pacjentów. |
| Faza praktyki | Ćwiczenie zachowań, których należy się nauczyć poprzez powtarzanie. |
| Pozytywne wzmocnienie społeczne | w zależności od poprawy zachowania |
| Praca domowa | Motywacja pacjenta do stosowania nabytych umiejętności społecznych w codziennych sytuacjach |
| Pozytywne wzmacnianie i rozwiązywanie problemów | W zależności od nowych doświadczeń pacjenta w radzeniu sobie z nowo poznanymi strategiami, następuje pozytywne wzmocnienie przez trenera i/lub rozwój dalszych strategii rozwiązywania problemów. |

codziennych umiejętności. Dlatego w tej części skupiamy się na treningu umiejętności społecznych.

#### Wstęp

**Upośledzenie umiejętności społecznych** związane z chorobą psychiczną przejawia się na przykład w trudnościach w utrzymywaniu relacji interpersonalnych, wypełnianiu ról społecznych, uczestniczeniu w życiu społecznym czy korzystaniu z możliwości spędzania wolnego czasu. Umiejętności społeczne obejmują wiele dziedzin: zachowania werbalne, niewerbalne i paralingwistyczne, orientację w regułach społecznych, asertywność, zdolność do podtrzymywania rozmowy oraz adekwatne do sytuacji wyrażanie empatii i emocji [325]. Za pomocą *modelu umiejętności społecznych* [326;327] można połączyć 3 komponenty umiejętności społecznych: 1) percepcję bodźców i sytuacji społecznych (*umiejętności odbioru*), 2) *współ- czesne* przetwarzanie tych informacji (umiejętności oceny) oraz 3) zdolność do komunikowania się.

3) adekwatne reagowanie w sytuacjach społecznych (*umiejętności ekspresyjne*) [328].

**Podejścia szkoleniowe mające na celu poprawę** wykorzystują głównie zasady i techniki terapii behawioralnej. Celem jest przede wszystkim wsparcie pacjentów w odpowiednim zajęciu się ich własnymi uczuciami i oczekiwaniami. Pacjentów należy również wspierać w realizacji ich własnych celów i potrzeb w zakresie niezależnego życia w oparciu o dobrze funkcjonujące relacje interpersonalne [325]. Tabela 3.16 opisuje główne cechy podejść interwencyjnych mających na celu poprawę umiejętności społecznych (. Tabela 3.16).

**W** oparciu o podstawowe ramy [329], można wyprowadzić 3 **formy treningu umiejętności społecznych**: model *podstawowy,* model rozwiązywania *problemów społecznych* oraz model *rozwiązywania problemów społecznych.*

*model*) oraz model społeczno-poznawczy (*cognitive remediation model)* [330]. Ponadto, istnieją

Istnieją liczne odmiany i adaptacje [325].

W ramach modelu podstawowego, złożone umiejętności społeczne są początkowo rozbijane na pierwotne, pojedyncze kroki lub poszczególne komponenty, poszukuje się korekcyjnego uczenia się za pomocą różnych technik, np. poprzez odgrywanie ról, i testuje się ich zastosowanie w codziennych sytuacjach. Model rozwiązywania problemów społecznych koncentruje się na usprawnianiu zaburzeń w zakresie przetwarzania informacji. W związku z tym rozpatrywane są 3 fazy procesu komunikacji interpersonalnej: 1) Percepcja sygnałów wejściowych,

2) przetworzenie go i wyprowadzenie odpowiednich strategii oraz 3) przesłanie odpowiedniej odpowiedzi do właściwej osoby [331]. Model treningu poznawczego ma raczej na celu poprawę ważnych umiejętności poznawczych, takich jak uwaga i funkcje wykonawcze, które, jak się zakłada, mają kluczowy wpływ na społeczne uczenie się [330]. Nowsze podejścia koncentrują się zatem na połączeniu treningu umiejętności społecznych ze strategiami praktyki poznawczej (*trening społeczno-poznawczy*). Hau-

W tym kontekście często przywoływane jest *Zintegrowane Podejście Psychologiczne.*

*Terapia* (IPT), wielopoziomowa procedura, która opiera się na treningu podstawowych umiejętności poznawczych i społecznych procesów percepcyjnych w celu zwiększenia umiejętności społecznych w coraz bardziej złożony sposób [332]. Inne podejście, które uwzględnia poznanie społeczne, zostało opracowane w ramach *Programu Leczenia Poznawczo-Społecznego i Interakcji* (SCIT) [333]. Podręcznik zawiera rozłożony w czasie trening społecznych umiejętności poznawczych, który koncentruje się na zmianach w procesach percepcji emocji, stylach atrybucyjnych oraz wizualizacji intencji, myśli i uczuć innych osób (*teoria umysłu*). W badaniu pilotażowym wykazano, że umiejętności społeczno-poznawcze ulegają wymiernej poprawie i że taki trening prowadzi do wzmocnienia kompetencji społecznych i redukcji zachowań agresywnych u pacjentów psychiatrii sądowej ze schizofrenią [334].

W związku z **koniecznością**

Specjalne procedury zostały opracowane dla **uogólnienia i przeniesienia nabytych kompetencji społecznych do życia codziennego, np.** wsparcie przeniesienia przez menedżera przypadku.

nager (np. *In Vivo Amplified Skills Training (*IVAST) [335;336]. Inne dalsze kierunki rozwoju obejmują specjalne podejścia do leczenia osób z ciężkimi chorobami psychicznymi i dodatkowym zaburzeniem uzależnieniowym.

[337] lub są ukierunkowane na uczenie umiejętności społecznych osób starszych [338-340]. **Trening umiejętności praktycznych** obejmuje wszystkie umiejętności niezbędne do samodzielnego życia w społeczności. Umiejętności te mogą obejmować np. radzenie sobie z zasobami finansowymi, dbanie o dom lub własne ciało, regularne przyjmowanie leków lub planowanie i organizowanie codziennych potrzeb. Opracowano różne programy szkoleniowe, które często zawierają różne moduły i koncentrują się również na poprawie opisanych już umiejętności społecznych. Jednym *z przykładów* jest *UCLA (University of California San Francisco) Social and Independent Living Skills Program*, który oprócz treningu umiejętności społecznych zawiera również moduły dotyczące radzenia sobie z lekami, objawami chorobowymi czy alkoholem, a także skupia się na organizowaniu czasu wolnego i planowaniu codziennych czynności [341]. *Wzmocniony* Trening *Umiejętności In Vivo* wspiera również przenoszenie nabytych umiejętności do życia codziennego [336]. *Trening Funkcjonalnych Umiejętności Adaptacyjnych* (*Functional* Adaptation *Skills Training* - FAST) [342] jest również oparty na *Programie Umiejętności Społecznych i Niezależnego Życia.* Inne istotne koncepcje są zakorzenione w dziedzinie pielęgniarstwa, na przykład. Główną ideą *modelu samoopieki lub deficytu samoopieki według Dorothei Orem* [343], który jest tu podany jako przykład, jest to, że ludzie funkcjonują i żyją, utrzymują swoje zdrowie i dobre samopoczucie, poprzez dbanie o siebie. Zdolności te są często upośledzone w kontekście ciężkiej choroby psychicznej, dlatego też działania pielęgniarskie mają ogromne znaczenie.

należy mu przypisać.

■ **Oświadczenie 6**

Bez wykonywania czynności związanych z samoopieką (opieka osobista, odzieżowa i domowa) nie jest możliwa żadna samoopieka.

Dzięki temu możliwe jest harmonijne życie z trwałą integracją z rodziną, procesami zawodowymi itp.

Oferty szkoleniowe dotyczące umiejętności codziennych i społecznych są powszechnie stosowane w życiu codziennym. Podręcznikowe oferty szkoleniowe mogą być

Istnieje wiele badań i przeglądów. Niewiele badań porównało różne podejścia. Niemniej jednak, istotne czynniki wpływu, takie jak mała liczebność grupy, różne in-

**3** pod względem ich skuteczności w badaniach naukowych

programy nauczania, 2-3 cotygodniowe sesje szkoleniowe, oraz

Badania te są łatwiejsze do zbadania niż badania niezmagazynowane; konkretne podejście jest bardziej trans- rodzime i dlatego może być łatwiej wdrożone do praktyki także po zakończeniu badań.

#### Dowody dotyczące treningu umiejętności społecznych

**Dowody**

**A) Metaanalizy**

— Pilling 2002: Włączenie 9 badań

— Pfammatter 2006: Włączenie 23 badań

— Kurtz i Mueser 2008: Włączenie 22 badań

— Metaanaliza wytycznych NICE Schizophre- never 2009: włączenie 23 badań.

Zintegrowany Program Terapii Psychologicznej:

— Roder 2006: Włączenie 30 badań resp.

7 RCT

**B) Aktualne randomizowane badania kontrolowane**

— Horan 2009

— Galderisi 2009

— Xiang 2007

— Rdzeń 2005

— Hogarty 2004/2006

**C) Randomizowane badania kontrolowane badające poszczególne aspekty treningu umiejętności.**

— Silverstein 2009

— Glynn 2002

— Kopelowicz 2003

— Moriana 2006

— Granholm 2005

jednostek w dłuższym okresie od 6 do 24 miesięcy lub wykorzystanie materiałów audiowizualnych [328].

■  **Dowody z metaanaliz na temat treningu umiejętności społecznych**

Przegląd odpowiednich metaanaliz pokazuje, że zgodnie z oczekiwaniami, badania, które zostały do nich włączone, pokrywają się. Cztery przeglądy dotyczą różnych ustrukturyzowanych interwencji psychospołecznych, które koncentrują się na poprawie funkcjonowania społecznego przy użyciu różnych technik (modelowanie, wzmacnianie, odgrywanie ról itp.). Pod względem **ogólnej charakterystyki,** włączone badania są porównywalne. Badano głównie pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi; rzadziej badano pacjentów z ciężkimi zaburzeniami afektywnymi lub innymi zaburzeniami psychotycznymi. Byli to pacjenci z długim i ciężkim przebiegiem choroby oraz z kilkoma pobytami w leczeniu szpitalnym w przeszłości. Większość badanych populacji stanowili mężczyźni w wieku od 18 do 60 lat. W odniesieniu do **interwencji kontrolnych występowało** duże zróżnicowanie. W większości przypadków skuteczność ustrukturyzowanego treningu umiejętności porównywano z aktywną interwencją kontrolną (programy rehabilitacji zawodowej, programy zdrowotne, niespecyficzne terapie grupowe, podejścia artystyczno-twórcze itp.) W niektórych badaniach, standardowe leczenie (*leczenie jako zwykłe*) jako interwencja porównawcza. Rozważane Badania były prowadzone zarówno w **warunkach** ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Rzadziej były one prowadzone w ramach opieki dziennej lub w domach opieki. **Czas trwania leczenia** różnił się znacznie we wszystkich badaniach. Włączenie członków rodziny zostało tu niemal pominięte. W odniesieniu do  **aspektów** jedynie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.17** Trening umiejętności społecznych: Kontinuum bliskość-odległość - wyniki metaanalizy. (Kurtz 2008 [347]) | | | | |
| **W pobliżu** | **Kontinuum bliskość-odległość** | | | **Odległość** |
| **Zadania związane z programem** | **Pomiary behawioralne umiejętności społecznych i umiejętności życia codziennego** | **Funkcje psychospołeczne** | **Objawy negatywne** | **Inne objawy psychologiczne/ nawroty choroby i ponowne przyjęcia do szpitala** |
| z. np. ustrukturyzowane odgrywanie ról z podręczników, testy kwestionariuszowe | z. np. odgrywanie ról w symulowanych sytuacjach społecznych | z. Np. Globalna Skala Oceny (Global Asses- ment Scale) | z. B. Skala Oceny Objawów Negatywnych | z. Np. Skala Syndromu Pozytywnego i Negatywnego |
| 7 Studia | 7 Studia | 7 Studia | 6 badań | 10/9 Studia |
| N 330 | N 481 | N 371 | N 363 | N 604/485 |
| ES .20 | ES ,52 | ES ,52 | ES ,40 | ES ,15/0,23 |
| 95 % CI ,96-1,43 | 95 % CI ,34-0,71 | 95 % CI ,31-0,73 | 95 % CI ,19-0,61 | 95 % CI -0,01-.  0.31/0.04–0.41 |
| p 0.01 | p 0.01 | p 0.01 | p 0.01 | n.s./p ,05 |
| *N* liczba pacjentów, *ES* wielkość efektu, *95 % CI* 95 % przedział ufności, *p* poziom istotności | | | | |

Pod uwagę wzięto randomizowane badania kontrolowane z rygorystyczną oceną jakości. 39 badań uwzględnionych w 4 metaanalizach zostało opublikowanych w latach 1977-2007. Większość badań przeprowadzono w USA, inne w Kanadzie, Meksyku, Polsce, Włoszech, Turcji, Japonii, Chinach, Hong Kongu, Tajwanie, Korei i Australii. Niemcy nie dysponują jeszcze żadnymi dowodami.

Pierwsza metaanaliza obejmująca randomizowane badania kontrolowane nie wykazała **znaczącej przewagi treningu umiejętności społecznych** nad leczeniem konwencjonalnym lub innymi specyficznymi interwencjami psychospołecznymi [344]. Wyniki poszczególnych badań wskazują na skuteczność odpowiednich interwencji w zakresie poprawy funkcjonowania społecznego [345] i jakości życia [346]. Jednak trening umiejętności społecznych nie miał istotnego wpływu na częstość nawrotów i readmisji oraz nie poprawił przestrzegania zaleceń (Tabela 3.18).

Metaanaliza przeprowadzona przez Pfammattera i współpracowników (2006) wskazuje na **stabilne pozytywne efekty** (Tabela 3.18). Bezpośrednio po wdrożeniu treningu umiejętności społecznych, pacjenci mieli znacząco zwiększone umiejętności społeczne (wielkość efektu ,77) i silniejsze poczucie własnej wartości (wielkość efektu ,43) w porównaniu z leczeniem konwencjonalnym lub niespecyficzną psychospołeczną interwencją kontrolną. Nastąpiła poprawa funkcjonowania społecznego (wielkość efektu ,39) i zmniejszenie objawów psychopatologicznych (wielkość efektu ,23). Badania docelowe

Parametry w późniejszym okresie wykazały znaczącą przewagę nad innymi metodami leczenia w odniesieniu do poprawy funkcjonowania społecznego (wielkość efektu ,32), a także zmniejszenia wskaźników readmisji do szpitala (wielkość efektu ,48) [282].

Na podstawie teoretycznego modelu efektów interwencji mających na celu poprawę umiejętności społecznych, Kurtz i Mueser (2008) opracowali 5-wymiarowe kontinuum, w którym sklasyfikowali rozważane zmienne docelowe według ich relacji bliskość-odległość w stosunku do oczekiwanych efektów treningu umiejętności społecznych. Założyli oni, że wpływ szkolenia będzie najbardziej prawdopodobny do zmierzenia, jeśli zmienna docelowa zostanie użyta do pomiaru umiejętności społecznych związanych z treścią (np. zadania z odgrywania ról z podręczników szkoleniowych, testy kwestionariuszowe). Ze względu na największy dystans między treścią treningu a oczekiwanymi efektami, autorzy umieścili na drugim końcu kontinuum zmienne docelowe, które posłużyły do pomiaru wpływu na objawy psychologiczne (z wyjątkiem objawów negatywnych) i prawdopodobieństwo nawrotu choroby. **Zgodnie z oczekiwaniami, największe efekty treningu umiejętności społecznych były** mierzalne **za pomocą parametrów wynikowych związanych z treścią. Wzdłuż kontinuum bliskość-odległość, zmniejszenie wielkości efektu** jest widoczne wraz z rosnącą odległością od treści szkolenia. Zgodnie z hipotezą, trening umiejętności społecznych wydaje się mieć jedynie niewielki wpływ na objawy psychologiczne i prawdopodobieństwo nawrotu choroby, podczas gdy najbardziej prawdopodobny wydaje się być wpływ na objawy negatywne (Tabela 3.17). Analiza zmiennych moderatorskich wykazała, że

## 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.18** Wpływ treningu umiejętności społecznych z metaanaliz na różne parametry docelowe | | | | | |
|  | **Pilling 2002** | **Pfammatter 2006** | **Kurtz i Mueser 2008** | **Wytyczne NICE Schizofrenia 2009** | **Roder 2006** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| Umiejętności społeczne | + | ++ | ++ | ~ | k. A. |
| Funkcje społeczne | ++1 | ++ | ++ | ~ | ++ |
| Nasilenie objawów (średnia wszystkich objawów) | k. A. | ++ |  | ~ | ++ |
| - objawy negatywne |  |  | ++ | + |  |
| - Inne objawy |  |  | ~ | k. A. |  |
| Jakość życia | ++1 | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |
| Ryzyko recydywy i wskaźniki readmisji do placówek lecznictwa zamkniętego | ~ | ++1 | ++ | ~ | k. A. |
| Czas leczenia stacjonarnego | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| Przerwanie leczenia | ~ | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| *Inne mnemotechniki psychologiczne* |  |  |  |  |  |
| Pewność siebie | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. |
| Funkcje poznawcze | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej lub mała liczebność próby  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  Redukcja  Zwiększenie  1 Dane odnoszą się do wyników indywidualnych | | | | | |

W badaniu tym wykazano, że efekty treningu są większe u młodszych pacjentów w zakresie poprawy objawów negatywnych oraz umiejętności społecznych i codziennych [347].

Wyniki metaanalizy przeprowadzonej w ramach wytycznej NICE dotyczącej schizofrenii **nie** dostarczyły **dowodów na to,** że **trening umiejętności społecznych jest skuteczny w poprawie funkcjonowania psychospołecznego, jakości życia i objawów psychopatologicznych**. Podobnie **nie stwierdzono zmian w zakresie redukcji nawrotów i konieczności leczenia szpitalnego oraz wskaźników śmiertelności**. **Ograniczone dowody** znaleziono jedynie w odniesieniu do **redukcji objawów negatywnych [97]**. Przypuszczalnie duża rozbieżność między badanymi czynnikami eksperymentalnymi i kontrolnymi wynika z faktu, że

są odpowiedzialne za sprzeczne wyniki metaanaliz. Ponadto autorzy wytycznej NICE włączyli do każdej ilościowej syntezy informacji (metaanalizy) tylko kilka badań na parametr wynikowy - w niektórych przypadkach tylko jedno. Większość skutków nie jest znacząca. Z kolei w pracy Pfammattera i Kurtza [282] do obliczeń włączono więcej badań, ponieważ uwzględniono tu również różne skale wyników. Tworząc szersze parametry wynikowe przy użyciu podobnych skal, zwiększa się liczbę badań służących do obliczenia średniej wielkości efektu i zmniejsza się przedział ufności.

Program **Zintegrowanej Terapii Psychologicznej** (IPT) łączy różne podejścia interwencyjne w 5-godzinnym programie, który systematycznie opiera się na sobie nawzajem (różnicowanie poznawcze, percepcja społeczna, komunikacja werbalna, umiejętności społeczne i rozwiązywanie problemów interpersonalnych), wykorzystuje typowe zastosowania treningu umiejętności społecznych i ma na celu poprawę podstawowych funkcji poznawczych i umiejętności społecznych. IPT była kilkakrotnie modyfikowana przez specyficzne rozszerzenia (terapia zarządzania emocjami, zajmowanie się umiejętnościami społecznymi w kontekście zawodowym, mieszkaniowym lub rekreacyjnym) [348-350]. W niniejszej metaanalizie początkowo uwzględniono 30 badań obejmujących łącznie 1393 pacjentów z 9 krajów, w tym **kilka badań z Niemiec.** W drugiej analizie uwzględniono tylko randomizowane badania kontrolowane 7 badań, N 362 chorych). Pacjenci z grupy eksperymentalnej wykazali **znaczącą poprawę w** 3 istotnych obszarach: **neurokognitywnych** (wielkość efektu ,48), **poziomu funkcjonowania psychospołecznego** (wielkość efektu ,62) i **psychopatologii** (wielkość efektu 49) [332].

■ **Dowody dotyczące treningu umiejętności społecznych pochodzące z bieżących badań indywidualnych**

Zidentyfikowano **pięć kolejnych randomizowanych badań kontrolowanych, w których** badano efekty treningu umiejętności społecznych w porównaniu z interwencją kontrolną u osób z ciężkimi chorobami psychicznymi (zwłaszcza schizofrenią) i które nie zostały włączone do cytowanych metaanaliz (Tabela 3.19).

Horan i współpracownicy badali efekty integracyjnego podejścia interwencyjnego do treningu poznania społecznego (***trening umiejętności społeczno-poznawczych***) w porównaniu z treningiem radzenia sobie z chorobą (*UCLA Social and Independent Living Skills Program)* w próbie 34 pacjentów [341]. Wyniki wykazały **znaczącą poprawę w percepcji wyrazu twarzy w** grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej. Jednak po zakończeniu treningu w grupie interwencyjnej, w porównaniu z grupą kontrolną, widoczny był również zwiększony brak napędu. Nie stwierdzono różnic między obiema grupami w odniesieniu do innych objawów psychopatologicznych, ani w odniesieniu do innych kryteriów docelowych (poznanie społeczne, neuropoznanie) [351].

Efekty ***Treningu Umiejętności Społecznych i Neurokognitywnych*** (SSANIT) były obserwowane w porównaniu ze zorganizowanymi zajęciami w czasie wolnym (grupa muzyczna, robienie serwetek, stolarstwo, garncarstwo, gotowanie, ćwiczenia, itp.) u 60-dniowych pacjentów hospitalizowanych. W celu wsparcia przeniesienia do życia codziennego zawsze stosowano ponownie ćwiczenia, które zostały wypróbowane poza terapią.

odzwierciedlone na. Umiejętności poznawcze były trenowane przy użyciu programu rehabilitacji poznawczej wspomaganej komputerowo o różnych poziomach trudności. Po zakończeniu interwencji grupa eksperymentalna wykazywała **znaczącą przewagę w zakresie przystosowania psychospołecznego w różnych obszarach**, natomiast nie było różnic między grupami w zakresie objawów psychopatologicznych czy funkcji neurokognitywnych [352].

Zastosowanie u 103 pacjentów chińskiej wersji ***Commu- nity Re-Entry Module*** (CRM) [341], standaryzowanego i ustrukturyzowanego programu treningu umiejętności społecznych, przyniosło **znaczące korzyści w postaci poprawy funkcjonowania społecznego, zmniejszenia objawów psychopatologicznych, poprawy wglądu w chorobę, zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby i poprawy reintegracji zawodowej** w porównaniu z grupą kontrolną (standaryzowana psychoedukacja grupowa) w okresie 2 lat [353].

**Pozytywny wpływ na umiejętności rozwiązywania problemów społecznych** był również widoczny w badaniu przeprowadzonym przez Kerna i współpracowników (2005). W próbie 60 pacjentów ambulatoryjnych badano efekty treningu rozwiązywania problemów społecznych opartego na ***bezbłędnym uczeniu się w*** porównaniu ze standardowym treningiem radzenia sobie z chorobą. Bezpośrednio po treningu, jak również 3 miesiące później, wykazano pozytywne efekty w zakresie trenowanych umiejętności w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną, z wyjątkiem niezbędnej zdolności do rozpoznawania problemów społecznych, które to efekty ponownie się zbiegły po 3 miesiącach [354].

***Cognitive Enhancement Therapy*** (CET) łączy w sobie towarzyszący grupowy trening umiejętności neurokognitywnych i społecznych, jak również umiejętności społecznych. Pod koniec leczenia, **znaczący wpływ na szybkość przetwarzania, style myślenia, poznanie społeczne i przystosowanie społeczne były** widoczne [355]. Efekty te utrzymywały się po roku. Poprawa szybkości przetwarzania okazała się być istotnym mediatorem dla zwiększonego przystosowania społecznego [356].

■ **Badania, które analizują szczególne aspekty**

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na randomizowane badania kontrolowane, w których rozważane są **poszczególne aspekty treningu umiejętności społecznych** (Tabela 3.20). W metaanalizach uwzględniono niektóre z następujących badań.

Silverstein i wsp. (2009) badali pacjentów ze schizofrenią i wyraźnymi, wcześniej odpornymi na zmiany zaburzeniami uwagi i umiejętności społecznych, stosując rozszerzony program treningowy. Pacjenci otrzymywali albo *moduł podstawowych umiejętności konwersacyjnych UCLA* (BCSM), albo *moduł* rozszerzony o ***at-***

## 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.19** Wpływ treningu umiejętności społecznych z poszczególnych badań na różne parametry docelowe. | | | | | |
|  | **Horan 2009** | **Galderisi 2009** | **Xiang 2007** | **Rdzeń 2005** | **Hogarty 2004** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| ↑Umiejętności społeczne | ++1 | k. A. | k. A. | ++ | k. A. |
| ↑Funkcje społeczne | k. A. | ++ | ++ | k. A. | ++ |
| ↓Nasilenie objawów |  |  |  |  |  |
| Objawy negatywne | --2 | ~ | ++ | k. A. | ~ |
| Inne objawy | ~ | ~ | ++ | k. A. | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |
| ↓Ryzyko recydywy i wskaźniki readmisji do placówek lecznictwa zamkniętego | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. |
| ↓Przerwanie leczenia | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Zadowolenie pacjentów | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |  |  |
| ↑Reintegracja zawodowa | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. |
| *Inne mnemotechniki psychologiczne* |  |  |  |  |  |
| ↑Funkcje poznawcze | ~ | ~ | k. A. | k. A. | ++ |
| ↑Wgląd w chorobę | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. A.: brak informacji na temat tego kryterium wyniku  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 poprawa w jednej dziedzinie (postrzeganie afektów twarzy)  2 Pogorszenie stanu w danej dziedzinie (anergia) | | | | | |

***Kształtowanie*** uwagi, lub wersja standaryzowana bez interwencji zwiększającej uwagę. Stwierdzono **istotną poprawę umiejętności społecznych przy** użyciu testu Comprehensive Module w porównaniu z badaniem podstawowym w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną, co było **zależne od poprawy sprawności uwagi. W** zakresie ekspresji objawów psychopatologicznych nie stwierdzono istotnych różnic w obu grupach [357] ( tabela 3.20).

■ **Oświadczenie 7**

Istnieją dowody na to, że połączenie interwencji, które wzmacniają zarówno funkcje poznawcze, jak i społeczne, przynosi pozytywne efekty.

Często kwestionowano **możliwość uogólnienia umiejętności społecznych nabytych w środowisku klinicznym na** sytuację codzienną [328]. W niedawno przeprowadzonym badaniu oceniano trwający 60 tygodni **trening umiejętności** społecznych (umiejętności codziennego życia, radzenia sobie **z** chorobą i rozwiązywania problemów społecznych) **z dodatkowym treningiem w bezpośrednim środowisku życia i bez niego.** Cotygodniowy, manualny trening uzupełniający w warunkach eksperymentalnych wynosił

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.20** Wpływ poszczególnych elementów treningu umiejętności społecznych z poszczególnych badań na różne parametry docelowe. | | | | | |
|  | **Silverstein 2009** | **Glynn 2002** | **Kopelowicz 2003** | **Moriana 2006** | **Granholm 2005** |
| **Dodatkowe ćwiczenia uwagi** | **Przeniesienie do życia codziennego** | | | **Dostosowanie do potrzeb pacjentów w podeszłym wieku** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| ↑Umiejętności społeczne | ++ | k. A. | ++ | k. A. | ++ |
| ↑Funkcje społeczne | k. A. | ++ | ++ | k. A. | ++ |
| ↓Nasilenie objawów | k. A. | k. A. | ++ | ++ |  |
| - objawy negatywne | k. A. | k. A. | ++ |  | ~ |
| - Inne objawy | k. A. | k. A. | ++ |  | ~ |
| ↑Jakość życia | k. A. | k. A. | ~ | k. A. | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |
| ↓Ryzyko recydywy i wskaźniki readmisji do placówek lecznictwa zamkniętego | k. A. |  | ++ | k. A. | k. A. |
| *Inne mnemotechniki psychologiczne* |  |  |  |  |  |
| ↑Pewność siebie | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ |
| ↑Funkcje poznawcze | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Wgląd w chorobę | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | | | |

Grupa eksperymentalna (*In Vivo Amplified Skills Training,* IVAST) miała na celu wspieranie umiejętności w środowisku życia i wykorzystywała 60 specyficznych działań (np. wizyty w aptece, rozwój regularnych codziennych rutynowych czynności, znalezienie najbliższej opieki medycznej w nagłych przypadkach, odwiedziny i radzenie sobie w sytuacjach społecznych). **Poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego** zaobserwowano **w obu grupach** po zakończeniu treningu, choć **większe i/lub szybciej rozwijające się efekty** były widoczne w **grupie eksperymentalnej** [335] (tabela 3.20).

Inną techniką wspierającą skuteczne **przeniesienie nabytych umiejętności do życia codziennego jest zaangażowanie członków rodziny**. W trakcie intensywnego treningu grupowego trwającego 3 miesiące, zastosowano różne techniki, aby

umiejętności (zarządzanie chorobą, zarządzanie lekami, rozwiązywanie problemów społecznych) u pacjentów ze schizofrenią w warunkach ambulatoryjnych. Krewni zostali przeszkoleni jako trenerzy dla swoich chorych krewnych podczas cotygodniowych seminariów szkoleniowych. Ta forma interwencji została uzupełniona o 2 wizyty domowe. Wyniki wskazują na **znaczące korzyści w** grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną (konwencjonalne leczenie ambulatoryjne) w odniesieniu do **zmniejszenia objawów psychopatologicznych**, poprawy **umiejętności radzenia sobie z objawami i lekami,** w tym ich **generalizacji**, **poprawy funkcjonowania społecznego** i **zmniejszenia częstotliwości powtarzania leczenia szpitalnego.** Interwencja nie wykazała różnic w odniesieniu do jakości życia i doświadczania stresu przez krewnych [358] (tab. 3.20).

Badanie hiszpańskie badało wpływ zaadaptowanej formy *Programu Umiejętności Życia Społecznego i Niezależnego* (UCLA) [341] w warunkach domowych na objawy psychopatologiczne. Sześćdziesięciu czterech pacjentów ze schizofrenią, w tym ich bliscy, zostało przeszkolonych w ciągu 6 miesięcy w oparciu o indywidualny plan interwencji. Zaangażowanie członków rodziny w czasie podróży promem...

**3aktywność szkoleniowa** w środowisku życia chorych spowodowała **większe ograniczenie objawów w porównaniu** z leczeniem konwencjonalnym w placówce [359] ( tabela 3.20).

**■ Oświadczenie 8**

Istniały przesłanki wskazujące na to, że transfer umiejętności społecznych nabytych podczas szkolenia do codziennych warunków może być skutecznie wspierany przez towarzyszące mu interwencje.

Ze względu na liczne cechy somatyczne i psychologiczne związane ze starzeniem się, moduł *UCLA Social and Independent Living Skills Module* [341] został zaadaptowany do **leczenia osób starszych** z ciężką chorobą psychiczną i oceniony w badaniu 76 pacjentów w wieku 42-74 lat z rozpoznaniem schizofrenii. Specjalny program leczenia łączy w sobie podejście do terapii poznawczej, wsparcie w życiu codziennym i szkolenie umiejętności społecznych oraz opiekę pielęgniarską i medyczną. Po odpowiedniej interwencji wykazano **istotne korzyści w zakresie częstotliwości działań społecznych**, **autorefleksji oraz**

**Pewność siebie** i **umiejętności społeczne w** grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną (leczenie konwencjonalne). Nie było różnic w wyrazie objawów psychopatologicznych.

1. Również po ponownym badaniu chorych po **12 miesiącach od zakończenia interwencji** stwierdzono istotne różnice na korzyść grupy doświadczalnej w zakresie nabywania umiejętności i ich stosowania w życiu codziennym [360] (tabela 3.20).

**■ Oświadczenie nr 9**

Uwzględnienie indywidualnych cech rozwojowych w szkoleniach umiejętności społecznych może zwiększyć ich skuteczność.

**Dowody dotyczące szkolenia w zakresie umiejętności codziennego życia**

**Dowody:**

**A) Meta-analiza**

Tungpunkom i Nicol 2008: Włączenie 4 badań.

1. **Aktualna randomizowana próba kontrolowana**

Gigantesco 2006

**■ Dowód na szkolenie**

**Codzienne umiejętności z meta-analizy**

W meta-analizie badano skuteczność codziennego treningu umiejętności życiowych u osób z ciężką chorobą psychiczną. W 4 uwzględnionych badaniach (N 318 pacjentów) rozważano korzyści płynące ze *szkolenia umiejętności adaptacji funkcjonalnej* (*Functional Adaptation Skills Training -* FAST) [342;361] lub zastosowania połączonych sesji szkoleniowych dotyczących różnych umiejętności życia codziennego (higiena, zarządzanie stresem, odżywianie, zarządzanie czasem, zarządzanie zasobami finansowymi) [362;363] w porównaniu z różnymi interwencjami kontrolnymi (konwencjonalna rehabilitacja z naciskiem na zajęcia w czasie wolnym, terapia artystyczna i zawodowa, terapia grupowa). Ustawienie to różniło się w zależności od miejsca hospitalizacji lub dziennego pobytu w szpitalu. Czas trwania leczenia wahał się od 7 do 24 tygodni. Nie stwierdzono **różnic między grupami interwencyjnymi i kontrolnymi w zakresie** poprawy umiejętności codziennego życia, objawów psychopatologicznych i liczby przypadków zaprzestania leczenia [364].

Patrząc na indywidualne badania Pattersona i współpracowników (2003, 2006), efekty ***funkcjonalnego szkolenia umiejętności adaptacyjnych*** (FAST) (szkolenie w zakresie leków, umiejętności społecznych, komunikacji, organizacji i planowania, transportu, zarządzania finansami) są przedstawione w porównaniu do leczenia konwencjonalnego. Intensywność treningu obejmuje 24 półtygodniowe sesje po 120 minut każda. Uwzględniono osoby ciężko chore psychicznie, których średni czas trwania choroby wynosi 21 lat. Istniały **istotne zalety w grupie interwencyjnej w porównaniu** z grupą kontrolną w zakresie poszerzania **codziennych umiejętności** i **redukcji objawów negatywnych [342]**. W rozszerzonym badaniu skuteczność FAST badano u 240 pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (wiek: 40-78 lat). Pacjenci w grupie interwencyjnej po zakończeniu leczenia wykazali **znaczną poprawę w zakresie codziennego życia i umiejętności społecznych**.

Program interwencji nie wykazał **żadnego wpływu na** poprawę postępowania z **lekami.**

**objawów psychopatologicznych** lub na **samopoczucie osobiste [361]**. Jednakże pacjenci w **grupie kontrolnej byli ponad dwukrotnie bardziej skłonni do** korzystania z **ogólnej opieki medycznej w nagłych wypadkach** i **znacznie bardziej skłonni do podejmowania leczenia psychiatrycznego w nagłych wypadkach.**

podczas fazy interwencji [365].

■ **B Dowody z pojedynczych badań dotyczące treningu umiejętności życia codziennego**

We włoskim badaniu analizowano efekty ustrukturyzowanego programu rehabilitacyjnego mającego na celu poprawę funkcjonowania społecznego osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. VADO (***Valutazione delle Abilità e Definizio- ne degli Obiettivi***; ***Ocena Umiejętności i Określenie Celów***) dostarcza wskazówek dla profesjonalnych opiekunów w celu zidentyfikowania deficytów i mocnych stron w zakresie podstawowych umiejętności życia codziennego pacjentów oraz odpowiedniego zaplanowania i ukierunkowania indywidualnych celów rehabilitacyjnych. Program szkolenia obejmuje 26 dziedzin (higiena osobista, dbałość o ubranie, opieka nad domem, organizacja codziennych zadań, bezpieczeństwo, finanse, rozmowy telefoniczne, zapobieganie nagłym wypadkom, opieka nad dziećmi itp.) Interwencję kontrolną stanowiła tradycyjna opieka i leczenie na miejscu (np. dyskusje grupowe, czytanie i omawianie gazety codziennej, terapia sztuką, wycieczki). **Istotne różnice na korzyść grupy eksperymentalnej w** zakresie **poprawy umiejętności społecznych i codziennych były** widoczne zarówno po 6, jak i po 12 miesiącach. **Pozytywne zmiany w psychopatologii** mogły być przedstawiane **jedynie jako tendencja** i nie były stabilne w czasie [366].

#### Streszczenie

Obecnie istnieje wiele wysokiej jakości metodologicznie badań, w których analizowano **efekty ustrukturyzowanego treningu umiejętności społecznych,** szczególnie u osób ze schizofrenią. Podczas gdy wstępna metaanaliza, która obejmowała jedynie randomizowane badania kontrolowane, nie wykazała znaczącej przewagi interwencji nad innymi metodami, a jedynie pojedyncze wyniki wskazywały na poprawę funkcji społecznych i wyższą jakość życia w grupie eksperymentalnej, obecnie istnieje znacznie więcej dowodów na skuteczność treningu umiejętności. Odpowiednie szkolenia wykazywały prawie niezmiennie znaczący pozytywny wpływ na rozszerzenie funkcji społecznych i zwiększały prawdopodobieństwo lepszego dostosowania społecznego osób dotkniętych chorobą. Wpływ na inne wskaźniki wyników był mniej wyraźny. Wydaje się, że na nasilenie objawów pozytywnie wpływa trening umiejętności, chociaż skuteczność była widoczna raczej w przypadku symptomatologii negatywnej niż pozytywnej w schizofrenii. Ustalenia te nie są jednak spójne. Wpływ na jakość życia, ryzyko nawrotu choroby i wskaźnik ponownych przyjęć do szpitala, jak również na leczenie i wyniki leczenia schizofrenii nie są spójne.

Badanie było w stanie zidentyfikować tylko kilka czynników, takich jak satysfakcja, wgląd w chorobę i rozszerzone możliwości reintegracji zawodowej, i rzadko były one przedmiotem badania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 26** |  |  |  |
| Trening umiejętności społecznych powinien być prowadzony jako interwencja w przypadku występowania upośledzenia społecznego w celu poprawy umiejętności społecznych. **Stopień zaleceń: A, Poziom dowodów: Ia** *Uwaga: W tym punkcie nie udało się osiągnąć jednomyślności.*  *Niektórzy eksperci (5/22 głosów) opowiedzieli się za oceną B, a więc za zaleceniem "powinno się". Z jednej strony za problematyczną uznano trudną do osiągnięcia ogólnokrajową implementację treningu umiejętności społecznych, a z drugiej - możliwość przeniesienia wyników zebranych głównie w grupie osób z zaburzeniami schizofrenicznymi na ogólną grupę osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.* | | | |

Różne **modyfikacje i rozszerzenia lub nowe opracowania podręczników szkoleniowych** dotyczących poprawy umiejętności społecznych koncentrują się na przykład na połączeniu z metodami poznawczymi (*Attention Shaping, Integrated Psychological Therapy, Cognitive Enhancement Therapy, Errorless Learning*). Zaobserwowano pozytywny wpływ na poprawę umiejętności społecznych, jak również na funkcje poznawcze. Ukierunkowane zastosowanie treningu umiejętności dla osób starszych, uwzględniające specjalne potrzeby tej grupy osób, przyniosło także wyraźne korzyści w grupie interwencyjnej w odniesieniu do funkcji społecznych, większej niezależności w życiu codziennym, wzmocnienia pewności siebie i wglądu w chorobę (7 Dalsze zalecenia dotyczące działań). Zależność powodzenia treningu od wieku pacjentów została już wykazana w metaanalizie [347]. Specjalne wsparcie w celu przeniesienia nabytych umiejętności do życia codziennego miało pozytywny wpływ na adaptację społeczną, zmniejszenie nasilenia objawów i rozwój bardziej pozytywnego nastawienia do życia.

## 3

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

von Angehöri- W Niemczech, Training włączenie von Angehöri- sektora opieki Training powinno być von Angehöri- bardziej sozia- ukierunkowane na von Angehöri- umiejętności społeczne, także w formie programu szkoleniowego. W Niemczech sektor opieki bezeichnet, jest bardziej skłonny do angażowania się w strukturalne Um- i durch długoterminowe Um- programy durch szkoleniowe. Wskazane są Durchfüh- techniki poznawcze. Die szkolenia są prowadzone w różnych kontekstach leczenia i orientie- dostępuund . Te ostatnie były der systematycznie Te Untersuchungen ostatnie Fertigkeiten- nie Untersuchungen były systematycznie badane w unterschiedlicher rozpatrywanych Fertigkeiten- badaniach.

grupy zawodowe. der Równie istotne jest Qualifikation wspieranie i wzmacnianie codziennych Personals. nicht. czynności praktycznych pacjentów.

Fertigkei- W praktyce, trening społeczny unter- powinien być realizowany w sposób systematyczny i przy użyciu Inter- różnych środkówVorgehensweisen . Należy und wdrożyć Vorgehensweisen odpowiednie działania wVorgehensweisen celu wzmocnienia treningu umiejętności społecznych. und Podczas gdy w einem codziennych umiejętnościach są również w miarę możliwości ma- związane z Voraussetzungen hospitalizacji i teilstationären tutaj różne leczenie i potrzeby indywidualnego leczenia Pa- ustawienie raczej i ma- kontekstów opieki, które są. Powinno ma- to być uzupełnione finden zindywidualizowanymdurch podejściem z kürzerer odpowiedzialnością za różne specjalne zadania na Alltags- czas leczenia i unsicherem zawody, jakunsicherem również skupieniem się na finden indywidualnych potrzebach pacjentów. przekazywanie diese codziennych umiejętności.

a także zmniejszenie ryzyka recydywy i zmniejszenie liczby ponownych przyjęć do szpitala.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 27** |  |  |  |
| Trening umiejętności społecznych powinien być włączony w kompleksową ofertę terapeutyczną, dostosowaną do indywidualnych potrzeb osób, których dotyczy.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

W ostatnich latach opracowano ustrukturyzowane podręczniki mające na celu **wzmocnienie codziennych umiejętności u** osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Często te różne moduły koncentrują się na treningu umiejętności społecznych w tym samym czasie. Podczas gdy efekty treningu umiejętności społecznych zostały dobrze ocenione, nie ma prawie żadnych randomizowanych, kontrolowanych badań dotyczących treningu umiejętności życia codziennego. W nielicznych badaniach, które są oparte głównie na bardzo małych próbach, korzyści w odniesieniu do poprawy codziennych umiejętności są jednak oczywiste. Szczególnie w kontekście fundamentalnego znaczenia utrzymania lub wzmocnienia umiejętności życia codziennego dla dobrostanu pacjenta, ważne jest rozważenie korzyści płynących z takiego treningu.

Konieczne są dalsze badania skuteczności w leczeniu osób z ciężkimi chorobami psychicznymi.

### Terapie artystyczne

#### Wstęp

Różne formy ekspresji artystycznej są integralną częścią życia ludzkiego od niepamiętnych czasów. Jeszcze przed rozwojem pisma, symbole obrazkowe były używane do nadawania czasu trwania wypowiedziom komunikacyjnym [367]. Rytmy, rytuały grupowe i ekstazy taneczne są składnikami światów życia kultur archaicznych; bardzo wcześnie np. taniec był celebrowany w sensie rytuału leczniczego [368]. Artystyczne terapie w dzisiejszym znaczeniu rozwinęły się na początku XX wieku, głównie w USA (*Arts Therapies*) i w Europie. W Niemczech i Szwajcarii pierwsze podejścia do terapii artystycznych były rozwijane od lat 20-tych XX wieku w ramach (leczniczej) edukacji, terapii społecznej, psychiatrii, filozofii, medycyny wewnętrznej itp. przez lekarzy,

Rozwinęli się psychoanalitycy oraz akademicko wykształceni artyści i pedagodzy [368-370].

Istnieje duża różnorodność podejść artystycznych i terapeutycznych. Artystyczne terapie są "formami terapii, które są praktykowane przez artystycznie wykwalifikowanych terapeutów w sposób skoncentrowany na kliencie" ([371], s. 19). "Zadanie arteterapeuty polega m.in. na ułatwieniu pacjentowi koncentracji na jego wewnętrznym doświadczeniu i wewnętrznym dialogu z dziełem" ([369], s. 38). Oprócz terapii sztuką, muzyką, tańcem i ruchem, teatrem i dramą, pod pojęciem terapii artystycznych kryją się także np. terapie poezją i słowem (np. terapia pisania) oraz terapie filmowe [371;372]. Metody receptywne stoją obok metod aktywnych i są stosowane zarówno w warunkach indywidualnych, jak i grupowych [371]. Niemal wszystkie podejścia terapii artystycznych pozostają pod wpływem modeli teorii-praktyki psychoterapeutycznej różnych szkół, które zostały zmodyfikowane i rozwinięte na potrzeby praktyki artystyczno-terapeutycznej [373]. Terapie artystyczne stanowią metodę międzyproceduralną, której koncepcja teoretyczna została zaczerpnięta z różnych nauk referencyjnych, takich jak neurobiologia, przywiązanie, badania nad niemowlętami i badania poznawcze.

Procedury terapii artystycznych opierają się na teoretycznie ukierunkowanym, terapeutycznym wykorzystaniu środków i mediów sztuki oraz odpowiadających im procesów percepcji i działania w ramach relacji terapeutycznej.

Terapia artystyczno-terapeutyczna jest skoncentrowana na osobie i zorientowana na aktualne wydarzenia w ramach procesów relacyjnych i twórczych. Pacjent jest więc zawsze bezpośrednio zaangażowany w regulowanie i określanie procesu terapeutycznego i pozostaje pozytywnie nastawiony do samoaktualizacji, poczucia własnej skuteczności i osobistej odpowiedzialności [374].

Ogólnie rzecz biorąc, **nadrzędne czynniki oddziaływania** terapii artystycznych pokrywają się z czynnikami oddziaływania psychoterapeutycznego, takimi jak: terapeutyczny, terapeutyczny i społeczny.

relację terapeutyczną, ramy terapeutyczne, aktywizację zasobów, aktualizację problemu, rozwiązywanie problemów i wyjaśnianie motywacji [375-377]. Wyczerpujące i definitywne wymienienie czynników skutecznych może być jednak trudne, gdyż "zarówno sztuka, jak i terapia mają bardzo indywidualny wpływ na osobę" [369].

Ogólny sposób działania terapii artystycznych obejmuje modulację uwagi i percepcji, zachowania, emocji, poznania oraz interakcji komunikacyjnych i społecznych [378]. Procesy artystyczne rozwijają swoje działanie w kontekście te- rapeutycznym jako dialektyczne relacje biegunowych właściwości. Doświadczenia w pracy z mediami i procesami artystycznymi znacznie poprawiają postrzeganie siebie i innych. Pacjenci są kierowani do wykorzystania umiejętności i zdolności samoświadomości i kompetencji społecznych zdobytych w środowisku terapeutycznym poza środowiskiem terapeutycznym [379]. Terapie artystyczne odnoszą się w szczególności do treści i procesów pamięci ukrytej i emocjonalnej poprzez aktywację proceduralną i percepcyjną [380;381]. W ramach sojuszu terapeutycznego treści te mogą być wyrażane, postrzegane, odzwierciedlane i (re)integrowane poprzez procesy artystyczne i środki twórcze.

W szczególności ciężkim chorobom psychicznym często towarzyszą ograniczenia komunikacyjne, które mogą następnie zwiększyć presję cierpienia, a przede wszystkim izolację społeczną. Terapie artystyczne umożliwiają komunikację wykraczającą poza konwencjonalną mowę oraz pozwalają na percepcję i ekspresję treści emocjonalnych i poznawczych. Szczególną cechą jest tu medialny i proceduralny dostęp przemawiający do wszystkich zmysłów, a także, co nie mniej ważne, "dowód" w postaci wytworu sztuki lub dzieła, który może umożliwić późniejszą intersubiektywną dyskusję nad treściami intrapsychicznymi.

Zamiast czysto selektywnych, związanych z zaburzeniami wskazań, terapie artystyczne (zwłaszcza w warunkach indywidualnych) opierają się głównie na

Koncepcja tzw. **"wskazania adaptacyjnego**

1. Zastosowany. Wskazania i przeciwwskazania do terapii artystycznych wynikają więc głównie z cech osobowościowych pacjenta, które decydują o jego reakcji na określone podejście artystyczne lub terapeutyczne.

metodologia terapeutyczna, ponieważ każda forma terapii artystycznej ma zarówno ustrukturyzowaną i otwartą, ujawniającą i wspierającą, produkującą i przyjmującą, jak i indywidualną i interaktywną koncepcję. Na przykład, podczas kryzysu samobójczego lub ostrej fazy psychozy wskazane jest zmodyfikowane, przede wszystkim stabilizujące podejście [383;384]. W zasadzie stosowanie różnych metod i indywidualne podejście zależy od różnych czynników, takich jak przestrzeń, czas, struktura relacji, ramy terapii i aktualne okoliczności [369].

**Obwodowymi przeciwwskazaniami do stosowania** terapii sztucznych (zwłaszcza w warunkach grupowych) są ostre fazy psychotyczne [385;386] i brak zastosowania się chorego do środka aktywizującego [387;388].

W leczeniu pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi na pierwszym planie znajdują się następujące **cele artystyczno-terapeutyczne:**

— Wyzdrowienie*, utrzymanie i promocja zdrowia i zachowań zdrowotnych*, np. poprzez promowanie zasobów, zwiększanie gotowości do działania poprzez wzmacnianie motywacji własnej, rozwijanie własnych celów i poprawę zdolności do strukturyzowania i koncentracji, a także poprawę jakości życia poprzez stymulowanie i zapewnianie dostępu do relaksu, świadomości, zdolności do cieszenia się i odtwarzania oraz pozytywnego doświadczenia afektu.

– *Stabilizacja i wzmocnienie samoregulacji, np.* poprzez odzyskanie poczucia siebie i rzeczywistości, rozwój percepcji modalnej i integracyjnej, rozwój kompetencji afektywnych, wzmocnienie samodzielności i kontroli, jak również rozwój kompetencji do działania.

1. Rozwijanie *kompetencji psychospołecznych*, np. poprzez rozwój umiejętności komunikacji interpersonalnej i werbalizacji poprzez łączenie interakcji niewerbalnych i werbalnych, a także zwiększanie sympatii emocjonalnej i zdolności do wibracji.

Terapie artystyczne znajdują się w ramach usług psychospołecznych i wyraźnie **odróżniają się** od terapii zajęciowej. Ta ostatnia jest ukierunkowana na zastosowanie konkretnych działań mających na celu ograniczenie skutków niepełnosprawności oraz promowanie samodzielności i uczestnictwa we wszystkich dziedzinach życia codziennego. Terapie artystyczne mają na celu odzyskanie i zachowanie zdrowia poprzez procesy twórcze i symboliczne, przede wszystkim poprzez psychologiczną poprawę psychologicznych i społecznych zdolności percepcyjnych i regulacyjnych pacjenta.

**Dowody na terapie artystyczne**

Niniejsza wytyczna koncentruje się na istotnych podejściach terapii artystycznych i powstrzymuje się od wewnętrznego różnicowania w ramach poszczególnych podejść. Skupiono się raczej na poszukiwaniu wysokiej jakości badań i metaanaliz, aby móc wypowiedzieć się na temat skuteczności terapii artystycznych w odniesieniu do odpowiednich zmiennych docelowych. Istnieje również bogata literatura naukowa z zakresu terapii artystycznych. Jednakże wiele z tych badań można zaklasyfikować jako badania jakościowe i dlatego nie stanowią one wyraźnie części przedstawionych tu dowodów. Wyniki badanych badań dotyczą głównie pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi.

**Dowody:**

**Meta-analizy**

Terapie artystyczne:

— Meta-analiza wytycznych National Ins-titute for Health and Clinical Excellence 2009 dotyczących leczenia schizofrenii:

Włączenie 6 badań

Muzykoterapia:

— Gold 2005 (przegląd Cochrane): włączenie 4 badań

Arteterapia:

— Ruddy i Milnes 2005 (przegląd Cochrane): Włączenie 2 badań.

Dramaterapia:

— Ruddy i Dent-Brown 2007 (przegląd Cochrane): Włączenie 5 badań.

Terapia tańcem:

— Xia i Grant 2009 (przegląd Cochrane): Włączenie 1 badania.

##### Terapie artystyczne

Autorzy wytycznej National Institute for Health and Clinical Excellence z 2009 roku dotyczącej leczenia schizofrenii [97] w swojej metaanalizie wykorzystują jednocześnie różne podejścia do arteterapii. Terapie artystyczne są definiowane jako kompleksowe interwencje, w których techniki psychoterapeutyczne są połączone z określonymi działaniami i mają na celu promowanie twórczej ekspresji pacjenta. Dalej opisują, że we wszystkich uwzględnionych badaniach nad terapiami sztucznymi:

— proces twórczy jest wykorzystywany do promowania autoekspresji w określonych ramach terapeutycznych,

— forma estetyczna jest wykorzystywana do tego, aby doświadczenie pacjenta było namacalne i znaczące, oraz

— medium artystyczne jest wykorzystywane jako pomost pomiędzy dialogiem werbalnym a rozwojem psychologicznym opartym na wglądzie.

Do wytycznych NICE włączono wyłącznie randomizowane badania kontrolowane z udziałem co najmniej 10 pacjentów w każdym ramieniu leczenia. Do badania włączono dorosłych pacjentów (+ 18 lat) ze schizofrenią lub inną ciężką chorobą psychiczną. Wyraźnie wykluczono badania, które obejmowały pacjentów z bardzo późnym wiekiem wystąpienia choroby (60 lat), współistniejącymi zaburzeniami poznawczymi, znacznymi deficytami fizycznymi lub sensorycznymi, lub

leczenie uzależnień. Do metaanalizy włączono 6 badań (N 382), które zostały opublikowane w latach 1974-2007. Wśród nich znalazły się 2 badania, w których badano podejście arteterapeutyczne (posługiwanie się materiałami) [389;390], jedno badanie badało skuteczność terapii zorientowanej na ciało [391], a 3 inne badania badały skuteczność muzykoterapii (głównie podejście aktywne) [392-394] przez okres leczenia od 6 do 20 tygodni (6-12 sesji) w okresie obserwacji do 6 miesięcy. W każdym przypadku 3 badania odbyły się w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych. We wszystkich badaniach jednoośrodkowych stosowano terapię grupową. Większość interwencji kontrolnych obejmowała konwencjonalne metody leczenia.

Autorzy wywodzą z niniejszej metaanalizy **spójne dowody na to,** że terapie artystyczne **są skuteczne w redukowaniu objawów negatywnych w porównaniu z leczeniem konwencjonalnym** (Tabela 3.21). Istnieją dowody na to, że umiarkowany lub silny efekt pod koniec leczenia w zakresie redukcji objawów negatywnych utrzymywał się do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia. Ponadto, istnieją spójne dowody na to, że **efekt średni** jest **niezależny od sposobu interwencji.** Oznacza to, że efekt ten jest równie wyraźny w przypadku muzykoterapii, terapii ruchem czy terapii sztuką. Co więcej, **terapie** przez **sztukę** wydają się **równie skuteczne w** redukowaniu negatywnych objawów w **leczeniu ambulatoryjnym i stacjonarnym. Nie** stwierdzono **przekonującej przewagi** terapii artystycznej nad leczeniem konwencjonalnym w odniesieniu do **redukcji objawów pozytywnych, ogólnego lub społecznego funkcjonowania, funkcji społecznych i jakości życia.** Stosowanie terapii artystycznej nie prowadziło do przedwczesnego przerwania leczenia. Jak dotąd nie ma dowodów na temat aspektów ekonomicznych związanych z ochroną zdrowia.

**Muzykoterapia**

**Muzykoterapia**

Termin muzykoterapia jest terminem zbiorczym dla różnych koncepcji muzykoterapii. Nie ma powszechnie przyjętej definicji muzykoterapii. Amerykańskie Narodowe Stowarzyszenie Muzykoterapii (NAMT) opisuje muzykoterapię jako ukierunkowane wykorzystanie muzyki lub elementów muzycznych do osiągnięcia celów terapeutycznych: Przywrócenie, utrzymanie i promowanie zdrowia psychicznego i fizycznego. Celem muzykoterapii jest zapewnienie pacjentowi możliwości

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.21** Wpływ terapii plastycznych na różne parametry docelowe | | | | | |
| **K Liczba włączonych badań:** | **Metaanaliza Wytyczne NICE z 2009 r.**  **K = 6** | **Ruddy i Milnes 2005**  **K = 2** | **Złoto 2005**  **K = 4** | **Ruddy i Dent-Brown 2007**  **K = 5** | **Xia i Grant 2009**  **K = 1** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |
| ↓Nasilenie objawów (średnia wszystkich objawów) | ~ | k. A. | ~1/++1 | k. A. |  |
| - objawy negatywne | ++ | ++1 | ++ |  | ++1 |
| - objawy pozytywne | ~ | k. A. |  |  | ~ |
| ↑Stan ogólny | k. A. | k. A. | ++1 | k. A. | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |
| ↓Przerwanie leczenia | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| ↑Zadowolenie z leczenia | ~ | k. A. | ~ | k. A. | ~ |
| *Funkcje społeczne i jakość życia* |  |  |  |  |  |
| ↑Funkcje społeczne | ~ | ~ | ++1 | k. A. | k. A. |
| ↑Jakość życia | ~ | ~ | ~ | k. A. | ~ |
| ↑Pewność siebie | k. A. | k. A. | k. A. | ++1 | k. A. |
| ↓ Uczucia niższości | k. A. | k. A. | k. A. | ++1 | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie  1 Wyniki odnoszą się do danych indywidualnych | | | | | |

## 3

lepiej rozumieć siebie i swoje otoczenie, poruszać się w nim swobodniej i elastyczniej, a także rozwijać lepszą stabilność i elastyczność fizyczną i psychiczną". (Tłumaczenie Eschen 1979 [395], str. 137)

W metaanalizie Gold i współpracownicy (2005) badali **efekty muzykoterapii u dorosłych ze schizofrenią lub zaburzeniami pokrewnymi, z** przewagą dłuższych, przewlekłych kursów [396]. Autorzy byli w stanie uwzględnić 4 randomizowane badania kontrolowane [392;397-399]. Interwencję muzykoterapeutyczną (liczba sesji: 7,5 do 78) prowadzono w warunkach **stacjonarnych w ciągu** 1-3 miesięcy jako uzupełnienie terapii her- portatywnej.

konwencjonalna opieka stacjonarna. Wielkość próby wahała się od 37 do 81 pacjentów. Przeważnie stosowano podejście aktywnej muzykoterapii (improwizacja, śpiew, muzykowanie połączone z dyskusją), które w 2 badaniach uzupełniono o metody receptywne. Interwencja eksperymentalna była prowadzona zarówno w grupie, jak i indywidualnie. Interwencją kontrolną we wszystkich badaniach było wyłącznie konwencjonalne leczenie szpitalne. Pod względem objawów psychopatologicznych muzykoterapia przyniosła pozytywne efekty w porównaniu z samym leczeniem konwencjonalnym. **Objawy negatywne** zostały **zredukowane** zarówno **przez krótkoterminową muzykoterapię** (mniej niż 20 sesji)**, jak i przez intensywną interwencję.** Wykazano, że muzykoterapia o wysokiej intensywności zmniejsza ogólną psychopatologię. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic

za pomocą Skali Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS) po krótkotrwałym leczeniu. Podobne efekty w zależności od "dawki" interwencji stwierdzono również w odniesieniu do **poziomu funkcjonowania społecznego**. Po terapii obejmującej mniej niż 20 sesji muzykoterapii nie było istotnych różnic między obiema grupami, natomiast po intensywnej terapii obejmującej ponad 20 sesji. W badaniu o dużej intensywności leczenia, na podstawie niezależnej 4-stopniowej oceny oceniono istotną klinicznie ogólną poprawę stanu **ogólnego** pacjentów w grupie interwencyjnej. W analizowanych tu badaniach muzykoterapia nie miała wpływu na przedwczesne przerwanie leczenia, satysfakcję pacjenta czy jakość życia. Autorzy biorą pod uwagę możliwą zależność od intensywności leczenia. Ponadto można sobie wyobrazić, że muzykoterapia może mieć ogólny wpływ na określone cechy, takie jak objawy negatywne u osób z zaburzeniami schizofrenicznymi.

**Znaczenie zależności dawki muzykoterapii** (co najmniej 16 sesji) u osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi) zostało potwierdzone również w nowszej metaanalizie, która jednak nie uwzględniała wyłącznie randomizowanych badań kontrolowanych. Muzykoterapia uzupełniająca konwencjonalne leczenie wykazała znaczący wpływ na ogólne objawy psychopatologiczne, objawy negatywne, objawy depresyjne i lękowe, a także na funkcjonowanie społeczne. Liczba i czas trwania interwencji muzykoterapeutycznych wydawały się mieć szczególny wpływ na ogólne objawy psychopatologiczne, objawy negatywne, objawy depresyjne i funkcjonowanie społeczne. W przeciwieństwie do tego, leczenie 3-10 sesjami wydawało się mieć bardzo mały efekt [400].

Przegląd Cochrane Collaboration dotyczący skuteczności **muzykoterapii w zaburzeniach depresyjnych** opiera się na 5 randomizowanych, kontrolowanych badaniach, z których większość dotyczyła osób w wieku 60 lat i starszych [401]. Jedno z badań dotyczy nastolatków w kontekście szkoły. W związku z tym większość włączonych badań nie dotyczy grupy docelowej, do której odnoszą się niniejsze wytyczne. Uwzględnione zostanie pojedyncze badanie z brakami metodologicznymi, w którym badano skuteczność interwencji muzykoterapii grupowej prowadzonej dwa razy w tygodniu przez 6 tygodni w porównaniu z leczeniem szpitalnym obejmującym przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych u pacjentów z umiarkowaną lub ciężką depresją z towarzyszącymi objawami psychotycznymi [402]. Wiek 60 włączonych do badania pacjentów wahał się od 21 do 62 lat. Podczas 12 sesji pacjenci słuchali muzyki wraz z terapeutą zorientowanym psychoanalitycznie i zastanawiali się nad pojawiającymi się uczuciami. Pod koniec leczenia **symptomatologia depresji** wydawała się być zmniejszona w grupie inter-

**Redukcja liczby** pacjentów w grupie interwencyjnej była **większa niż** w grupie kontrolnej.

##### Arteterapia

**Arteterapia**

"Arteterapia obejmuje procedury, które wykorzystują środki sztuki wizualnej w kontekście psychoedukacyjnym i psychoterapeutycznym. Metoda ta jest zorientowana na zasoby, relacje, działanie i doświadczenie." ([403], S. 1079)

Artykuł Cochrane Schizophrenia Group na temat **skuteczności terapii sztuką w leczeniu schizofrenii.**

[404] uwzględnił 2 randomizowane badania kontrolowane (N 137) [389;390] na podstawie systematycznego wyszukiwania literatury do lutego 2005 roku. Oba włączone badania zostały również uwzględnione w metaanalizie NICE [97]. Stwierdzono istotną przewagę grupy eksperymentalnej nad grupą kontrolną (leczenie standardowe) w zakresie objawów negatywnych. Pod koniec leczenia, **objawy negatywne** wydawały się być **bardziej zredukowane przez terapię sztuką**. Nie stwierdzono istotnych różnic w odniesieniu do innych cech związanych z chorobą, funkcji społecznych i jakości życia ( Tabela 3.21). Na tle bardzo skromnej liczby badań, zdaniem autorów, rzetelna ocena efektów arteterapii u osób ze schizofrenią pozostaje na razie niejasna.

##### Dramaterapia

**Drama i terapia teatralna**

"Drama i teatroterapia to terapia sztuką, która wykorzystuje transformującą moc dramy do indywidualnych i społecznych celów terapeutycznych, gdzie

Używamy terminu "terapia dramą" w odniesieniu do pracy zorientowanej przede wszystkim na proces i opisujemy jako "terapię dramą" pracę, która jest również zorientowana na produkt, w której opracowanie i wykonanie sztuki jest integralną częścią procesu terapeutycznego. [...] Przez "dramę" rozumie się tutaj estetyczny, emocjonalny, ekspresyjny i komunikacyjny proces, który odbywa się poprzez sztukę teatralną. Teatr zaprasza do poszukiwania nowych możliwości działania w spektaklu.

związanych z przedwczesnym przerwaniem leczenia (. Tab. 3.21). Możliwe, że psychodrama wzmacnia wiarę w siebie i zmniejsza poczucie niższości u pacjentów ze schizofrenią do końca terapii. Autorzy wskazują na potrzebę dalszych badań w celu uzasadnienia dotychczas udowodnionych hipotez dotyczących skuteczności.

i w ten sposób okazuje się potencjałem dla przemiany jednostek i społeczności. Terapia dramą skupia się przede wszystkim na zdrowych częściach osobowości i wzmacnia je. Na pierwszy plan wysuwa się aspekt związany z działaniem i teraźniejszością, a jednostka jest zawsze postrzegana jako część większej całości i w odniesieniu do niej. W terapii dramą/teatrem wykorzystuje się nie tylko materiał biograficzny, ale przede wszystkim fikcyjne historie, które ukazują całą gamę ludzkich namiętności i emocji.

'dramaty' zawierają i czynią je reprezentatywnymi i możliwymi do opanowania". [405]

**3 Terapia tańcem**

**Terapia tańcem**

"Integracyjna terapia tańcem jest kreatywną, holistyczną metodą leczenia, która wykorzystuje ciało, ruch i taniec do celów psychoterapeutycznych. Ze względu na medium, jakim jest taniec artystyczny, można go zaliczyć do metod twórczych i ciałoterapeutycznych. Za pomocą tańca mediumicznego sprzyja psychofizycznej integracji człowieka." ([368], S. 13)

Rudy i Dent-Brown (2007) badali wpływ dramaterapii na osoby z zaburzeniami schizofrenicznymi w okresie średniej dorosłości, rzadziej z zaburzeniem afektywnym z objawami psychotycznymi lub ciężkimi zaburzeniami osobowości [406]. Przebieg choroby był przeważnie długotrwały. Wielkość próby wahała się od 15 do 87 pacjentów. Systematyczne wyszukiwanie doprowadziło do włączenia 5 odpowiednich randomizowanych badań kontrolowanych (N 210) o różnej intensywności leczenia. Wszystkie terapie były prowadzone w warunkach szpitalnych i w formie grupowej. W 2 badaniach chińskich badano wpływ psychodramy odpowiednio na poprawę samooceny [407] i symptomatologii psychopatologicznej [408] u pacjentów. Możliwe jest, że te dwa podejścia można porównać z badaną formą dramaterapii w badaniu brytyjskim [409]. Interwencje opisane w 2 kolejnych badaniach z USA [410;411] można raczej zaklasyfikować jako grupy odgrywające role społeczne w celu poprawy umiejętności społecznych i dlatego nie są one porównywalne z innymi badaniami we wspólnej analizie. We wszystkich grupach sytuacje i sceny były "odgrywane", a następnie oglądane i omawiane na różne sposoby. Interwencje kontrolne stanowiły konwencjonalne metody leczenia w warunkach szpitalnych, w tym terapia lekami. W związku z

z. Ze względu na częściowo bardzo małe próby w tych nielicznych badaniach, opisane różnice w podejściu do interwencji oraz obliczenia oparte na indywidualnych danych, wiarygodne stwierdzenie skuteczności psychodramy jest prawie niemożliwe. Psychodrama w połączeniu z leczeniem farmakologicznym i w kontekście leczenia stacjonarnego nie wykazuje żadnych zalet ani wad w porównaniu z leczeniem farmakologicznym w warunkach stacjonarnych.

Starsza metaanaliza wskazuje na pozytywne efekty terapii tańcem, ale opiera się na badaniach dotyczących różnych populacji i wskazuje na szereg problemów metodologicznych [412].

Xia i Grant (2009) włączyli do ostatniego przeglądu Cochrane [413] tylko jedno brytyjskie randomizowane badanie kontrolowane, w którym badano skuteczność terapii psychologicznej zorientowanej na ciało (BPT) w porównaniu z poradnictwem wspierającym i opieką konwencjonalną [391]. Badanie to zostało również włączone do metaanalizy wytycznych National Institute for Health and Clinical Excellence z 2009 roku dotyczących leczenia schizofrenii [97]. Dorośli pacjenci (wiek: 20-55 lat) ze schizofrenią i bardzo długim czasem trwania choroby byli leczeni w warunkach ambulatoryjnych w środowisku lokalnym. Interwencja eksperymentalna, która była oferowana jako dodatek do rutynowej opieki, obejmowała wykorzystanie różnych ruchów ciała i tworzenie rzeźb w grupie oraz odpowiednią refleksję nad doświadczeniem w intensywności leczenia 20 2-tygodniowych sesji. 40% pacjentów w obu grupach przedwcześnie przerwało leczenie. Po zakończeniu leczenia w grupie interwencyjnej częściej stwierdzano zmniejszenie objawów negatywnych o ponad 20% w skali symptomatologii negatywnej. Istotny efekt widoczny był również w odniesieniu do różnicy wartości skali w odniesieniu do objawów negatywnych na koniec leczenia na korzyść grupy BPT, ale nie w odniesieniu do objawów pozytywnych. Nie stwierdzono istotnych różnic w odniesieniu do satysfakcji pacjentów z leczenia i jakości życia po zakończeniu leczenia.

**Streszczenie**

Dostępne do tej pory dowody na skuteczność terapii artystycznych dla osób ze schizofrenią i podobnymi chorobami psychicznymi zostały pozytywnie zinterpretowane przez autorów wytycznych National Institute for Health and Clinical Excellence z 2009 roku dotyczących leczenia schizofrenii [97]. Z kolei autorzy innych metaanaliz są bardziej niechętni rekomendowaniu stosowania terapii artystycznych w grupie pacjentów ciężko chorych psychicznie w rutynowym leczeniu. Ogólnie rzecz biorąc, do tej pory przeprowadzono niewiele randomizowanych, kontrolowanych badań opartych na przeważnie małych próbach skuteczności, które pozwalają na sformułowanie stwierdzenia. Dalsze randomizowane badania kontrolowane w dziedzinie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 28** |  |  |  |
| Terapie artystyczne powinny być oferowane w ramach ogólnego planu leczenia oraz zgodnie z indywidualnymi potrzebami i preferencjami pacjenta, zwłaszcza w celu poprawy objawów negatywnych.  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib** | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

#### Stan wdrożenia w Niemczech

Wyniki tego badania pozwolą na dalsze poznanie skuteczności tych terapii. Oczekiwane wyniki pozwolą na lepsze poznanie skuteczności tych form terapii.

Wyniki dotychczasowych badań wskazują jednak jednolicie, że dodatkowe stosowanie różnych podejść do terapii artystycznych, obok leczenia konwencjonalnego, **może zmniejszyć objawy negatywne zaburzeń schizofrenicznych.** Najwyraźniej pozytywne objawy pozostają nienaruszone. W badaniach indywidualnych znaleziono również dowody na poprawę ogólnego samopoczucia, rozszerzenie funkcji społecznych, wzmocnienie pewności siebie i zmniejszenie poczucia niższości. Stosowanie terapii artystycznych nie wpłynęło na ryzyko przedwczesnego przerwania leczenia, nie poprawiło satysfakcji z leczenia i jakości życia pacjentów. Istnieją dowody na to, że skuteczność interwencji arteterapeutycznej zależy od intensywności leczenia.

Badania nad muzykoterapią w leczeniu chorób depresyjnych wykazały zmniejszenie objawów depresji.

Terapie artystyczne mają w Niemczech ugruntowaną pozycję w opiece psychiatryczno-psychoterapeutycznej [369] i są stosowane również w leczeniu wszystkich ciężkich zaburzeń psychicznych w lecznictwie stacjonarnym i dziennym (7 Rozszerzone zalecenia do działania). W 2006 r.

Według "uporządkowanych raportów jakości" ponad 54% szpitali licencjonowanych zgodnie z § 108 SGB V informuje o prowadzeniu terapii artystycznych [417]. Terapie artystyczne są stosowane we wszystkich dyscyplinach, z tendencją rosnącą, w oddziałach ambulatoryjnych, klinikach dziennych, w stacjonarnej rehabilitacji psychiatrycznej i psychosomatycznej w pełnym i niepełnym wymiarze godzin, w psychiatrii sądowej oraz w pomocy integracyjnej, głównie jako metody terapii wspomagającej [370;418-420]. Terapie artystyczne są włączone do Diagnosis Related Groups (DRG) w ramach terapii psychospołecznych [421].

Terapie artystyczne prowadzone są w warunkach indywidualnych i grupowych. Częstotliwość i czas trwania sesji zależy od stopnia zaawansowania choroby, celu i ewentualnie funkcji terapii artystycznej w ramach multimodalnej, interdyscyplinarnej koncepcji terapii. W ambulatoryjnej opiece psychospołecznej terapie artystyczne oferują możliwości uczestnictwa w życiu kulturalnym społeczeństwa, np. poprzez pracę nad projektami artystycznymi i oferty społeczno-kulturalne, oraz przyczyniają się do rozwoju zdrowego stylu życia.

**3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| — | skoncentrowany na osobie i zorientowany na cel | — | odpowiednia modyfikacja |
|  | podejście ukierunkowane, |  | procedury w zależności od |
| — | Stymulacja i wprowadzenie do |  | jednorodności lub in- |
|  | Kontynuacja artystycznej |  | jednorodność grupy, |
|  | Działalność po zakończeniu | — | Częstotliwość i intensywność |
|  | Terapia, |  | Sesje wg. |
| — | proces twórczy jest ważny |  | Ciężkość choroby, |
|  | niż artystyczne | — | jako cecha szczególna są urhe- |
|  | Produkt, |  | przepisy prawne |
| — | wskazanie różnicowe dla |  | do odnotowania. |
|  | Zastosowanie w pojedynczych lub |  |  |
|  | Ustawienie grupy, |  |  |

W ten sposób przyczynia się m.in. do poprawy jakości życia pacjentów z ciężkimi i przewlekłymi chorobami psychicznymi.

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

Dla wdrożenia sztucznych terapii można wymienić następujące warunki wstępne i ramowe warunki organizacyjne:

— Integracja z psychiatrią

psychoterapeutyczny ogólny plan leczenia,

— Może być stosowany w warunkach ambulatoryjnych, dziennych i szpitalnych,

Obok wielu bardzo różnych dziedzin terapii artystycznych istnieją różne możliwości kształcenia zawodowego. Wiele tytułów zawodowych nie zostało jeszcze objętych ochroną [369]. Poniżej przedstawiono chronologicznie najważniejsze dane dotyczące rozwoju edukacyjnego i zawodowego terapii artystycznych w Niemczech:

**Chronologiczne kluczowe dane dotyczące rozwoju kształcenia i polityki zawodowej w dziedzinie sztucznych terapii (FRG)**

— Od 1962 r. Powstają pierwsze instytuty

— 1975 do 2006 Fundacja stowarzyszeń zawodowych i branżowych

— od 1979 r. Utworzenie kierunków studiów technicznych i uniwersyteckich

— 1996-2000 Przyjęcie *Kodeksu Etycznego*

w stowarzyszeniach handlowych i zawodowych

— 2001 Założenie Konferencji Konferencji (od 2009 BAG KT)

— 2002 Założenie grupy roboczej DRG (wcześniej AG DRG, od 2009 AG Imp) stowarzyszeń zawodowych dla mapowania terapii artystycznych w OPS 301, od 2002 udział w procesach konsensusu wytycznych AWMF i innych.

— 2004 Założenie AG Berufsgesetz Künst- lerische Therapeuten (Grupa robocza ds. prawa zawodowego dla terapeutów artystycznych)

— 2004 Włączenie terapii artystycznych do oficjalnego OPS [422].

— 1997-2005 Ocena terapii artystycznych pod kątem ich korzyści i efektywności ekonomicznej w

Badanie modelu w ramach GKV

— 2006 Wprowadzenie terminu "terapie artystyczne" w KTL [423].

— 2009 Wzmianka o terapiach artystycznych na listach wyboru w regulaminie raportu jakości szpitali G-BA [424].

### Terapia zajęciowa

#### Wstęp

*Terapia zajęciowa jest* jedną z najstarszych form leczenia chorób psychicznych i tradycyjnie odgrywa ważną rolę w psychiatrii. Tytuł zawodowy wywodzi się od greckiego terminu "*ergon*" (działalność, praca, zajęcie). Terapia zajęciowa odnosi się do **ukierunkowanego oddziaływania na symptomy choroby lub upośledzenia określonych czynności (zaburzenia zdolności)**, do którego pacjent jest instruowany i prowadzony na podstawie wcześniejszej diagnozy związanej z działaniem [11]. Stosowanie celowych działań ma na celu przezwyciężenie objawów choroby, zapobieganie zaburzeniom funkcjonalnym oraz zwiększenie niezależności, uczestnictwa w życiu codziennym, a także jakości życia i satysfakcji z życia codziennego. Działania lecznicze terapii zajęciowej należą do współczesnego standardu każdego rodzaju terapii psychiatrycznej [425]. Terapia zajęciowa jest opisana w wytycznych leczenia DGPPN S3.

wytyczne dotyczące schizofrenii (bez przeglądu dowodów) ([1], s. 125).

Przez długi czas w Niemczech używano tytułu zawodowego "terapeuta zajęciowy" zgodnie z podziałem terapii zajęciowej na terapię zajęciową i terapię pracy. Jednak podział terapii zajęciowej na terapię zajęciową (z działaniami terapeutycznymi głównie z obszaru artystyczno-twórczego) i terapię zajęciową (z silnym odniesieniem do działań z realnego świata pracy) - choć nie do końca pozbawiony praktycznego znaczenia - nie odpowiada już aktualnemu stanowi dyskusji międzynarodowej i dlatego powinien zostać zrelatywizowany [11].

Terapia zajęciowa opiera się na podstawach teoretycznych różnych dyscyplin nauk humanistycznych i przyrodniczych, przy czym najważniejszymi naukami odniesienia są medycyna, biologia, psychologia, socjologia i pedagogika [426]. Coraz częściej główną rolę odgrywa również nauka o *pracy* - młoda i interdyscyplinarna dyscyplina naukowa, która wyłoniła się z terapii zajęciowej. Interwencje terapii zajęciowej opierają się na głównym założeniu, że aktywność jest podstawowym zachowaniem człowieka i że każdy człowiek chce wyrazić siebie poprzez działanie [427]. Działania subiektywnie sensowne są - oparte na ideach wartości *moralnych i etycznych*

*Leczenie* z XIX wieku [428] - a

pozytywny wpływ na samopoczucie psychiczne i fizyczne [426]. Terapia zajęciowa rozpoczyna się tam, gdzie ludzie są ograniczeni w wykonywaniu znaczących i celowych czynności (lub są zagrożeni takimi ograniczeniami), tak że nie są w stanie zaspokoić własnych potrzeb i/lub wymagań środowiska (oczekiwań roli) lub mogą je zaspokoić tylko w niewystarczającym stopniu.

**Zgodnie z** definicją **Niemieckiego Stowarzyszenia Terapeutów Zajęciowych** (DVE 2007) interwencje terapii zajęciowej mają na celu **towarzyszenie, wspieranie i umożliwianie ludziom, których codzienne możliwości są ograniczone lub zagrożone ograniczeniami**. Osoby te powinny mieć możliwość angażowania się w **działania, które mają dla** nich **znaczenie** w życiu codziennym.

Celem terapii **zajęciowej jest zatem (ponowne) nabycie znaczących czynności** w życiu codziennym. Terapia zajęciowa ma zatem na celu (ponowne) osiągnięcie znaczących działań w życiu codziennym. Jednocześnie aktywność jest wykorzystywana jako czynnik terapeutyczny [429]. Oznacza to, że pacjentowi oferuje się indywidualne, sensowne działania jako zróżnicowaną formę terapii [427]. W literaturze powszechnie stosowany jest podział obszarów docelowych terapii zajęciowej na **samoopiekę, wydajność** i **wypoczynek** (obszary wydajności). Obszar **samoopieki** obejmuje takie czynności jak ubieranie się, przyjmowanie posiłków, higiena, poruszanie się i dbanie o sprawy osobiste. **Produktywność w** rozumieniu terapii zajęciowej obejmuje czynności celowe, które zabezpieczają własne utrzymanie (działalność zawodowa, edukacja) i/lub wnoszą wkład na rzecz innych osób lub społeczeństwa jako całości (np. wychowanie dzieci, prowadzenie gospodarstwa domowego, wolontariat). Z drugiej strony, obszar **czasu wolnego** obejmuje czynności, które nie są obowiązkowe i leżą poza produktywnością i samowystarczalnością. Jej głównym celem jest osobiste odprężenie i radość z procesu życia.

wskazówki [430].

W tym rozdziale skupiono się na interwencjach terapii zajęciowej, które koncentrują się na obszarach samoopieki i wypoczynku. Terapia zajęciowa z wyraźnym naciskiem na (re)integrację zawodową (ukierunkowanie terapii zajęciowej) została już omówiona w rozdziale o rehabilitacji zawodowej i uczestnictwie w życiu zawodowym (7 rozdz. 3.2.4).

**Podstawowe podejście do terapii zajęciowej** **Podstawowe** podejście do terapii zajęciowej charakteryzuje się wysokim stopniem skupienia na kliencie. Terapeuci zajęciowi określają kierunek swojej pracy zgodnie z sytuacją i potrzebami klienta oraz w dużym stopniu angażują klienta w określanie celów leczenia i działań, aby zapewnić, że są one dla niego znaczące. Podstawowe podejście do terapii zajęciowej można również określić jako zorientowane na zasoby, tzn. w mniejszym stopniu skupia się na dysfunkcji, a w większym na

.

Pytanie, w jaki sposób ludzie mogą prowadzić możliwie jak najbardziej samodzielne życie z maksymalną jakością życia pomimo istniejących trudności lub niepełnosprawności. Celem jest aktywizacja klientów, pomoc im w pomaganiu sobie. Terapeuci zawodowi skupiają się na

**3** radzenie sobie z codziennym życiem i pracą z odpowiednio codziennym i zorientowanym na działanie podejściem [426].



**Metody terapii zajęciowej i pomoce terapeutyczne**

Terapia zajęciowa obejmuje szerokie spektrum indywidualnych metod terapeutycznych. Można jednak wyróżnić **3 podstawowe kierunki metodologiczne** terapii zajęciowej, które sugerują również dobór niektórych środków terapeutycznych [431]:

— metoda skoncentrowana na kompetencjach,

— metoda ekspresyjna,

— metoda interakcji.

**Metoda skoncentrowana na kompetencjach koncentruje się na** szkoleniu umiejętności i zdolności, które zostały utracone lub nie są dostępne. W centrum uwagi metody skoncentrowanej na kompetencjach znajduje się również zwiększanie podstawowych umiejętności zawodowych, takich jak wytrzymałość, koncentracja, tolerancja na frustrację, odporność psychiczna i fizyczna, zręczność i zręczność. Na przykład, stosuje się techniki manualne, czynności związane z codziennym życiem lub wypoczynkiem, czy też ćwiczenia w zakresie treningu społecznego, poznawczego lub motorycznego [431]. Ustalenie ukierunkowanych kompetentnie interwencji terapii zajęciowej może mieć charakter indywidualny lub grupowy.

Zgodnie z codziennym podejściem do terapii zajęciowej, psychiatryczna terapia zajęciowa skoncentrowana na kompetencjach często wiąże się z bardzo praktycznym szkoleniem do samodzielnego codziennego radzenia sobie. W słownictwie terapii zajęciowej rozróżnia się szkolenia PADL (*Personal Activities of Daily Living, np.* szkolenia z zakresu samoopieki) z jednej strony i szkolenia IADL (*Instrumental Activities of Daily Living* [432], np. szkolenia z zakupów, praktyki w korzystaniu z transportu publicznego, szkolenia z obsługi pieniędzy) z drugiej strony.

Celem **metody zorientowanej na ekspresję jest** wykorzystanie procesów twórczych do wspierania rozwoju doświadczeń pacjenta, jego zdolności do działania i autorefleksji. Poprzez działania twórcze pacjent jest zachęcany do wyrażania swoich uczuć i postaw, do symbolizowania własnej osobowości, a w szerszym znaczeniu - swojego spojrzenia na własne problemy, a następnie do werbalizacji i pracy nad nimi. Ogólnie rzecz biorąc, praca twórcza służy wyjaśnieniu zdarzeń psychologicznych i jest intensywnie rozważana razem, z uwzględnieniem osobistych ograniczeń. W ten sposób dąży się do psychologicznej ulgi i stabilizacji chorego [431].

W **metodzie interaktywnej,** proces projektowania służy przede wszystkim szkoleniu umiejętności społecznych i autorefleksji w kontaktach z innymi ludźmi. Nacisk kładziony jest na interakcję członków grupy ze sobą oraz na dynamiczny proces grupy. Terapeuta zajęciowy w dużej mierze utrzymuje niską pozycję i wspiera grupę jedynie poprzez udzielanie pośredniej pomocy w formie "pomagania sobie". Celem tej metody jest poprawa zdolności chorego do nawiązywania kontaktu i komunikacji, wspierana doświadczeniem i refleksją na temat jego własnych zachowań grupowych [431].

Ze względu na swoją szeroką orientację terapeutyczną, terapeuci zawodowi korzystają z szerokiej gamy **pomocy terapeutycznych**. Powszechnie stosowane są np. (por. [426]):

— Rzemiosło i techniki projektowania

— Sztuki piękne

— Literatura i obrazy

— Gry

— Muzyka i ruch

— Codzienne zadania (np. gotowanie, pieczenie, zakupy)

— Działalność rekreacyjna

— Szkolenia społeczne

— Trening poznawczy (również na komputerze, np. *Cog-Pack*)

— Programy ćwiczeń kognitywno-behawioralnych, takie jak IPT (Integrated Psychological Therapy Programme [433]).

Dobór środków terapeutycznych i stopnia trudności zadania dokonywany jest z uwzględnieniem celu terapii i stanu psychicznego pacjenta [426].

##### Ustawienia leczenia

Interwencje terapii zajęciowej są oferowane w ambulatoryjnych, częściowych i pełnych kontekstach leczenia stacjonarnego, w psychiatryczno-psychoterapeutycznych (w tym sądowych) i somatycznych ostrych, jak również w klinikach rehabilitacyjnych i ośrodkach mieszkalnych. W zależności od potrzeb pacjenta i celu leczenia terapeuta decyduje, czy jako terapeutyczną formę społeczną zastosować terapię indywidualną, partnerską czy grupową. W przypadku celów interakcyjnych, praca w grupie lub z partnerem jest zawsze najlepszym rozwiązaniem [427]. Wybrana w procesie terapeutycznym aktywność w znacznym stopniu determinuje środowisko przestrzenne terapii. Na przykład, terapia może odbywać się w rzeczywistym świecie zewnętrznym, jak w przypadku treningu zakupowego, lub w specjalnie wyposażonych pomieszczeniach terapii zajęciowej, takich jak kuchnia do ćwiczeń [427]).

##### Delimitacja

Z wyjaśnień dotyczących metody skoncentrowanej na kompetencjach (patrz wyżej) w ramach terapii zajęciowej jasno wynika, że procedury terapii zajęciowej w znacznym stopniu pokrywają się z interwencjami takimi jak *trening umiejętności* społecznych lub trening umiejętności życia codziennego.

umiejętności (*trening umiejętności życiowych*), takie jak mają

są omówione w odpowiednich rozdziałach. W tym rozdziale badania dotyczące treningu umiejętności społecznych lub treningu umiejętności życia codziennego uwzględniono tylko wtedy, gdy interwencja była prowadzona przez terapeutów zajęciowych. To samo dotyczy psychoedukacji, która jest również stosowana w kontekście psychiatrycznej terapii zajęciowej [434].

#### Dowody w sprawie terapii zajęciowej

Oprócz standardowych baz danych, przeszukano bazy danych terapii zajęciowej *OTseeker*, *OTDBASE* i *CINAHL.*

Badania, w których badano wyłącznie skuteczność terapii zajęciowej z naciskiem na terapię zajęciową, nie były tu brane pod uwagę, ale można je znaleźć w rozdziale poświęconym rehabilitacji zawodowej (7 rozdz. 3.2.4). Nie brano pod uwagę badań jednoramiennych typu "przed i po" bez grupy kontrolnej. Nie udało się zidentyfikować przeglądów systematycznych.

**Dowody**

**Jednoośrodkowe randomizowane badania kontrolowane (od 1990 r.):**

— Cook 2009

— Reuster odpowiednio 2002 i 2006

— Buchain 2003

— Liberman 1998

— Kopelowicz 1998

— Wykes 1999

— Längle 2006

**Nierandomizowane kontrolowane badania indywidualne (od 1990 r.):**

— Duncombe 2004

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono **pilotażowe, randomizowane, kontrolowane** badanie **skuteczności terapii zajęciowej.** Na próbie pacjentów z psychozą (N 44) autorzy badali **skuteczność leczenia zespołowego w psychiatrii środowiskowej (CMHT) uzupełnionego terapią zajęciową w porównaniu z** leczeniem **zespołowym bez terapii zajęciowej (TAU).** Interwencja terapii zajęciowej trwała 12 miesięcy, przy czym liczba sesji była indywidualnie dostosowana do każdego uczestnika. Najpierw oceniano historię aktywności pacjenta, jego preferencje i trudności podczas interwencji, a następnie wyznaczano indywidualne cele leczenia i opracowywano indywidualnie dopasowany program terapii. Obejmowało to angażowanie pacjenta w sensowne działania, uczenie konkretnych umiejętności potrzebnych do tego, zachęcanie do podejmowania samodzielnych inicjatyw i szukania wsparcia, a także edukowanie pacjenta na temat efektów sensownych działań. Zarówno w leczeniu obejmującym terapię zajęciową, jak i w warunkach kontrolnych, **poziom funkcjonowania społecznego** i **symptomatologia negatywna** pacjentów uległy istotnej poprawie w trakcie trwania badania, ale nie stwierdzono istotnych różnic w grupach. W odniesieniu do podskal poziomu funkcjonalnego

""Relacje", "Samodzielność" i "Rekreacja", poziom funkcjonalny w grupie terapii zajęciowej

z czasem w grupie poddanej terapii zajęciowej, ale nie w grupie kontrolnej nie. Dla interpretacji ustaleń istotne jest, że badanie zostało zaprojektowane jako badanie pilotażowe i dlatego nie miało wystarczającej mocy statystycznej do obliczenia istotnych statystycznie różnic w grupach [435]. Randomizowane badanie kontrolowane nad skutecznością

badania nad skutecznością terapii zajęciowej w psychiatrii szpital [436;437]. Próba badawcza (N = 216) stanowili pacjenci stacjonarni z rozpoznaniem schizofrenii, epizodu maniakalnego, choroby dwubiegunowej,epizod depresyjny lub nawracające zaburzenie depresyjne.

Uczestnicy w grupie interwencyjnej otrzymali w

w warunkach grupowych przez 4 tygodnie codziennej terapii zajęciowej w duchu metody skoncentrowanej na umiejętnościach [431]. Strona

interwencja przybrała formę otwartej grupy roboczej.

W pracowni każdy pacjent pracował nad swoim produktem, przy czym konieczne było uzgodnienie sposobu wykorzystania materiałów i narzędzi.

należało przygotować materiały i narzędzia, a terapeuta zajęciowy,kontakt między terapeutą zajęciowym a każdą osobą. Strona,interwencja trwała średnio 126 minut dziennie. Strona,uczestnicy w grupie kontrolnej otrzymywali materiały do samodzielnej pracy przez taki sam czas i nie mieli,brak kontaktu z terapeutami zajęciowymi. Co najwyżej otrzymali

zachęty ze strony opiekunów. Pacjenci w obu

grupy otrzymały opiekę medyczno-psychiatryczną, leki psychotropowe, ćwiczenia

opieka psychiatryczna, leki psychotropowe, terapia ruchowa i śpiew grupowy, ewentualnie także terapia behawioralna,

IPT czyli psychologiczna terapia indywidualna głębi.

Podsumowując, badane zmienne wyników klinicznych (np. komunikatywność,

(np. komunikatywność, umiejscowienie kontroli, koncentracja, poczucie własnej wartości,

beznadziejność, lęk, psychopatologia) wykazały poprawę w obu

grupy poprawiły się w trakcie leczenia, jednak bez

Widoczne były istotne różnice w grupach. Jedynym wyjątkiem była zmienna "komunikatywność", która w czasie pomiaru 2 (z 3) w grupie terapii zajęciowej była istotnie wyższa.

istotnie lepiej w grupie terapii zajęciowej w czasie pomiaru 2 (z 3 ogółem). Subiektywne

Zebrane w badaniu subiektywne oceny pacjentów dotyczące terapii zajęciowej i samozatrudnienia były istotnie pozytywne na korzyść terapii zajęciowej we wszystkich grupach diagnostycznych [437].

terapii zajęciowej [437]. Oddzielna analiza według Grupy diagnostyczne wykazały dodatkowe efekty, zwłaszcza

pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi. Na podstawie wyników testów jednoczynnikowych stwierdzono, że pacjenci z depresją w grupie terapii zajęciowej doświadczali

wyniki testów jednoczynnikowych, doświadczyły istotnie większej poprawa w zakresie psychopatologii depresyjnej w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej

grupa (samoocena), a także reagowała istotnie silniej

z istotnie większą redukcją lęku jako cechy. niż cecha. Warto również wspomnieć, że - jakkolwiek ustalono to na podstawie analizy dyskryminacyjnej - pacjenci maniakalni odnieśli istotnie większe korzyści z terapii zajęciowej niż z samozatrudnienia.

od samozatracenia. Dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii

pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, wykazano słabo istotną wyższość pracy zawodowej

znacząca wyższość terapii zajęciowej.

Autor podkreśla jednak, że procedury analizy dyskryminacyjnej są raczej wskazówkami niż dowodami i dlatego powinny być rozumiane jako

wskaźniki kierunkowe i powinny być weryfikowane empirycznie [436].

W brazylijskim badaniu sprawdzano, czy w podgrupie opornych na leczenie pacjentów ze schizofrenią

(N = 26), zastosowanie terapii zajęciowej jako dodatku do farmakoterapii klozapiną daje lepsze wyniki niż leczenie samą klozapiną.

niż leczenie samą klozapiną [438]. Strona

terapia zajęciowa w grupie interwencyjnej składała się z dwóch

dwie różne formy pracy grupowej: w jednej formie (indywidualnej

(praca indywidualna w grupie), każdy z pacjentów wykonywał samodzielnie wybrane czynności indywidualne w grupie

a głównym partnerem w komunikacji był terapeuta,

W drugiej formie realizowana była wspólna aktywność i duże znaczenie miało współdziałanie członków grupy (praca grupowa).

interakcja członków grupy (praca grupowa). Na podstawie

Wykazano, że pacjenci byli stale zaangażowani w zajęcia przez cały okres obserwacji, czyli 6 miesięcy.

przez cały okres obserwacji wynoszący 6 miesięcy.

z interwencji terapii zajęciowej. Strona

Największe efekty wykazano pod koniec interwencji w odniesieniu do pozycji EOITO dotyczących skuteczności działań i relacji osobistych. Znaczący

istotną przewagę terapii zajęciowej jako uzupełnienia farmakoterapii nad leczeniem farmakologicznym z

Leczenie klozapiną można więc było wykazać w grupie

opornych na leczenie pacjentów ze schizofrenią. Interpretując te wyniki, należy wziąć pod uwagę małą liczebność próby początkowej (N = 26).

W przypadku 19 pacjentów, którzy przerwali interwencję, wskaźnik rezygnacji był jeszcze niższy,

oraz brak aktywnej grupy kontrolnej. W badaniu amerykańskim terapia zajęciowa stanowiła grupę kontrolną [346]. Autorzy ocenili próba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (N = 80).

skuteczność ustrukturyzowanego treningu umiejętności społecznych składającego się z 4 modułów UCLA Social and Independent Living Skills Program [341]. Uczestnicy w grupie interwencyjnej otrzymali w ciągu 6 miesięcy następujące szkolenia. 4 razy w tygodniu szkolenie w zakresie " podstawowej rozmowy ", " rekreacji dla wypoczynku ", " zarządzania lekami " i " zarządzania objawami ." W tym samym okresie grupa kontrolna wykonywała samodzielnie wybrane czynności ekspresyjne, artystyczne i relaksacyjne w kontekście indywidualnym i grupowym pod nadzorem terapii zajęciowej. Zastosowano zajęcia relaksacyjne. Terapeuci zajęciowi motywował grupę kontrolną do doskonalenia indywidualnych umiejętności, wyrażania uczuć i formułowania własnych celów i formułować własne cele. Parametrami wyjściowymi badanymi w badaniu było wykorzystanie umiejętności życia codziennego poziomu funkcjonowania społecznego, psychopatologii, poczucia własnej wartości i jakości życia. Grupa interwencyjna z treningiem umiejętności społecznych odniosła korzyści w zakresie znacząco lepsze od grupy kontrolnej w zakresie znacząco więcej niż w grupie kontrolnej. Wyższość dotyczyła szczegółowo wymiarów postępowania z rzeczami osobistymirzeczy osobiste, przygotowywanie żywności i obchodzenie się z nią,z pieniędzmi. W odniesieniu do poziomu funkcjonowania społecznego

grupa interwencyjna różniła się tylko w odniesieniu do wymiaru

"Stres" znacznie lepszy. **Psychopatologia**, **samoocena** i **jakość życia** nie różniły się istotnie między obiema grupami. Biorąc pod uwagę, że według autorów, trening umiejętności społecznych w tym badaniu był prowadzony przez terapeutę zajęciowego (oprócz 3 przeszkolonych półprofesjonalistów) oraz że trening umiejętności społecznych tradycyjnie jest również częścią repertuaru pracy w terapii zajęciowej [434], praca Libermana i współpracowników została skrytykowana jako myląca z powodu porównania "treningu umiejętności vs. treningu umiejętności". Terapia zajęciowa" jako mylące (np. Falk-Kessler 1999, Drake et al. 1999) [439;440]. Ich zdaniem, praca niesłusznie sugeruje, że 1.) 2) że *trening umiejętności społecznych* można wyraźnie odróżnić od terapii zajęciowej i 3) że trening umiejętności społecznych jest lepszy niż terapia zajęciowa jako ogólna dyscyplina.

Kopelowicz i współpracownicy (1998) oceniali w randomizowanym badaniu kontrolowanym (N 59) **skuteczność programu treningowego z instruktażem w celu poprawy przejścia z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnego** u pacjentów ze schizofrenią i zaburzeniami schizoafektywnymi [441]. Terapia zajęciowa służyła jako interwencja kontrolna. Interwencja - tzw. *Community Re-entry Program* - opierała się na UCLA *Social and Indepen- dent Living Skills Modules* [341]. Podczas 8 45-minutowych sesji, odbywających się w tempie 2 sesji dziennie 4 razy w tygodniu, pacjenci stacjonarni w grupach od 6 do 8 osób uczyli się wiedzy i umiejętności umożliwiających udane przejście do fazy po hospitalizacji. Sesje miały na celu poprawę zrozumienia choroby i wiedzy na temat zasadności przyjmowania leków, opracowanie planu kontynuacji leczenia ambulatoryjnego, w tym kontaktu z odpowiednimi służbami, rozwijanie umiejętności organizowania dnia codziennego, rozwijanie strategii radzenia sobie ze stresem oraz umawianie się na spotkania z terapeutami i dotrzymywanie ich. Interwencja kontrolna ergo-terapeutyczna obejmowała pełen zakres zwykłych działań terapii zajęciowej. O ile **wiedza** i **umiejętności istotne dla fazy poszpitalnej** poprawiły się u uczestników grupy interwencyjnej, o tyle w przypadku uczestników terapii zajęciowej nie odnotowano istotnej różnicy w tym zakresie między pomiarem przed i po. Dlatego też różnice międzygrupowe na koniec badania były również znacząco na korzyść *Community Re-entry Program*. Uczestnicy *programu Community Re-entry Program* znacznie częściej niż uczestnicy terapii zajęciowej stawiali się na **pierwszą wizytę kontrolną w ambulatorium**.

W badaniu brytyjskim ergo- terapię zastosowano również jako grupę porównawczą **w celu** zbadania **skuteczności programu remediacji poznawczej u pacjentów ze schizofrenią** (N 33) [442]. Manualny program remediacji poznawczej był skierowany do

Poprawa funkcji wykonawczych (kontrola i przetwarzanie informacji) i zawierała moduły treningowe dotyczące elastyczności poznawczej, pamięci roboczej i planowania działań. Zorganizowana interwencja terapii zajęciowej w grupie kontrolnej zawierała elementy relaksacji, treningu asertywności, pisania własnej historii życia, ćwiczenia w zbieraniu informacji społecznych i odgrywania ról. Zarówno interwencja, jak i interwencja kontrolna składały się z 40 jednogodzinnych sesji, w tym minimum 3 sesji w tygodniu. Kryteria włączenia do randomizowanego badania kontrolowanego obejmowały obecność problemów poznawczych i upośledzenie funkcjonowania społecznego. Stwierdzono poprawę **funkcji poznawczych w** obu grupach, przy czym grupa remediacyjna miała tendencję do przewagi nad grupą terapii zajęciowej. Przyczyną tej tendencji było to, że tylko w domenach poznawczych "elastyczność poznawcza" i "pamięć robocza" istotnie więcej uczestników z grupy interwencyjnej niż z grupy kontrolnej osiągnęło poprawę, ale nie w domenie "planowanie działań" (poprawa została zdefiniowana jako poprawa wyników w ponad 50% testów stosowanych do pomiaru danej domeny pomiędzy poziomem wyjściowym a końcem badania). Istotną różnicę w grupie na korzyść remediacji kognicyjnej stwierdzono w odniesieniu do **samooceny.** Wpływ obu interwencji na **psychopatologię** i **funkcjonowanie społeczne** nie różnił się istotnie między grupami. Badanie uzupełniające przeprowadzone przez Wykes i wsp. (2003) z udziałem 28 uczestników badania wykazało, że efekt poprawy pamięci operacyjnej w grupie remediacyjnej utrzymywał się 6 miesięcy po zakończeniu badania [443]. W okresie obserwacji grupa terapii zajęciowej dogoniła grupę remedium w zakresie "elastyczności poznawczej" i "planowania działań". Pozytywny wpływ remediacji poznawczej na samoocenę nie był już wykrywalny po 6 miesiącach od zakończenia badania.

Längle i współpracownicy (2006) badali w randomizowanym, kontrolowanym, wieloośrodkowym badaniu, czy **działania terapii zajęciowej w warunkach stacjonarnych lub dziennych przynoszą** lepsze efekty w **porównaniu z terapią zajęciową, która nie jest ukierunkowana na świat pracy u** pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w warunkach pooperacyjnych (opieka dzienna) [225] (punkt 3.2.4). Grupę eksperymentalną w 4-tygodniowej interwencji stanowili uczestnicy z 5 klinik, z których każda stosowała inny model terapii zajęciowej. Uczestnicy w grupie porównawczej mieli możliwość swobodnego tworzenia z różnych materiałów według własnego wyboru (metoda ekspresyjna) w ramach terapii zajęciowej ukierunkowanej na kreatywność w warunkach grupowych. W odniesieniu do parametru wynikowego, jakim jest **zdolność uczenia się,** terapia zajęciowa zorientowana na kreatywność była lepsza niż terapia zajęciowa; w odniesieniu do **komunikacji, zdolności adaptacyjnych** i **szybkości działania poznawczego** nie było różnic międzygrupowych. To ostatnie dotyczyło również **ogólnego poziomu funkcjonowania**, **psycho- i psychicznego.**

**patologii*,* jakości życia**, **przekonań o własnej skuteczności związanych z chorobą, uzyskania konkurencyjnego lub chronionego zatrudnienia** oraz **kosztów przyszłego leczenia psychiatrycznego. W** 2-letniej katamnezie obejmującej 89 pacjentów (Bayer i wsp. 2008), zgodnej z wynikami bezpośrednio po zakończeniu badania, nie stwierdzono istotnych różnic między grupą eksperymentalną i porównawczą, ani w odniesieniu do **integracji na rynku pracy, ani w** odniesieniu do **poziomu funkcjonowania** czy **psychopatologii** [444]. Nie stwierdzono również różnic między (częściowo) stacjonarną terapią zajęciową a terapią zajęciową ukierunkowaną na kreatywność w odniesieniu do **korzystania z usług psychiatrycznych,** a tym samym **kosztów opieki w** 2-letnim okresie po zakończeniu badania [227].

**3**

**Duncombe (2004)** badał w badaniu quasi-eksperymentalnym, czy w odniesieniu do **nauki gotowania jako czynności życia codziennego u** pacjentów ze schizofrenią (N 44) istotne jest, gdzie odbywa się odpowiedni *trening umiejętności.* Pacjenci w jednej grupie otrzymali 3 sesje treningu gotowania w klinice, podczas gdy pacjenci w drugiej grupie otrzymali trening w domu. W obu grupach wystąpił istotny efekt uczenia się w wyniku treningu, istotne różnice w **umiejętnościach kulinarnych**

w obu jednak nie istniały (. Tab. 3.22) [445].

#### Streszczenie

Podobnie jak inni autorzy (np. [437]), na podstawie dostępnych badań można stwierdzić, że *większe,* znaczące, kontrolowane badania nad skutecznością psychiatrycznej terapii zajęciowej i jej metodami leczenia nie są dotychczas prawie dostępne. Wiele badań ma bardzo małą liczebność próby i trudno je uogólniać. Innym problemem jest fakt, że istnieje tylko kilka parametrów wynikowych, które były konsekwentnie badane w wielu badaniach. Również procedury terapii zajęciowej badane w poszczególnych badaniach były w niektórych przypadkach bardzo zróżnicowane. Konieczne są zatem dalsze badania na poziomie badań kontrolowanych nad skutecznością terapii zajęciowej i jej koncepcji, aby potwierdzić pozytywne efekty interwencji terapii zajęciowej, które wykazano sporadycznie w opisanych tu (randomizowanych) badaniach kontrolowanych, ale nie w kilku jednoramiennych badaniach typu pre-posttest (np. [446;447]). Rosnąca akademizacja terapii zajęciowej, jaką można obecnie zaobserwować w Niemczech, stwarza ku temu dobre warunki. Jeśli dostępne do tej pory dowody wskazują jedynie na

Chociaż można wyodrębnić pojedyncze pozytywne efekty terapii zajęciowej, to w każdym przypadku należy wziąć pod uwagę, że w kilku uwzględnionych badaniach [225;346;441;442] terapia zajęciowa była stosowana tylko jako interwencja kontrolna. Ponadto *trening umiejętności życiowych* - który w 2 badaniach porównano z terapią zajęciową - nierzadko stanowi *część terapii zajęciowej* w praktyce, tak więc pozytywne efekty *treningu umiejętności życiowych* można przypisać również tej formie terapii zajęciowej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 29** |  |  |  |
| Interwencje terapii zajęciowej powinny być oferowane osobom z ciężkimi chorobami psychicznymi jako część ogólnego planu leczenia i w oparciu o indywidualne potrzeby i preferencje pacjenta.  **Klasa zaleceń B, poziom dowodów: Ib** | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

### Terapia sportowa i wysiłkowa

#### Wstęp

Stosowanie środków związanych z ciałem i ćwiczeniami fizycznymi w celu zapobiegania i leczenia chorób ma długą tradycję sięgającą czasów przedchrześcijańskich. Oprócz efektów fizycznych, od niepamiętnych czasów postuluje się również zmiany psychologiczne, zgodnie z ideą związku między zdrowym ciałem i zdrowym umysłem [448]. Stosowanie środków promujących aktywność fizyczną jest znane w dziedzinie chorób psychicznych od starożytności. Obecnie szeroki wachlarz różnych terapii ruchowych jest częścią standardowego leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego wielu chorób psychicznych w Niemczech od około 50 lat [449].

**3**

**129**

**3.3** - Interwencje indywidualne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.22** Wpływ terapii zajęciowej na różne parametry docelowe | | | | | | | | |
| **Grupy porównawcze** | **Kucharz 2009** | **Reuster 2002/2006** | **Buchain 2003** | **Liberman 1998** | **Kopelowicz 1998** | **Wykes 1999** | **Längle 2006** | **Duncombe 2004** |
| **CMHT + terapia zajęciowa vs. sama CMHT** | **Terapia zajęciowa skoncentrowana na kompetencjach a samoocena** | **Klozapina + terapia zajęciowa vs. sama klozapina** | **Terapia zajęciowa a trening umiejętności życiowych** | **Terapia zajęciowa a trening umiejętności życiowych** | **Terapia zajęciowa a reedukacja poznawcza** | **Terapia zajęciowa skoncentrowana na ekspresji a terapia zajęciowa** | **Trening umiejętności Kocha w klinice vs. w domu** |
| *Satysfakcja i QoL* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑Jakość życia | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ↑Zadowolenie pacjentów | k. A. | + | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Cechy charakterystyczne włączenia/wykluczenia społecznego* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑Poziom funkcjonowania społecznego | ~ | k. A. | k. A. | - (tylko w odniesieniu do naprężeń wymiarowych) | k. A. | ~ | ~ | k. A. |
| ↑Komunikatywność | k. A. | ++ w jednym z 3 punktów pomiarowych | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ↑Adaptacyjność | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ↑Uzyskanie pracy konkurencyjnej lub chronionej | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| *Markery związane z chorobą* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Psychopatologia | k. A. | ~ (grupa ogółem)  ++ (podgrupa depresyjna) | k. A. | ~ | k. A. | ~ | ~ | k. A. |
| ↓Objawy negatywne | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |

**130**

**Rozdział 3** - Kontekst i dowody

**3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.22** cd. | | | | | | | | |
| **Grupy porównawcze** | **Kucharz 2009** | **Reuster 2002/2006** | **Buchain 2003** | **Liberman 1998** | **Kopelowicz 1998** | **Wykes 1999** | **Längle 2006** | **Duncombe 2004** |
| **CMHT + terapia zajęciowa vs. sama CMHT** | **Terapia zajęciowa skoncentrowana na kompetencjach a samoocena** | **Klozapina + terapia zajęciowa vs. sama klozapina** | **Terapia zajęciowa a trening umiejętności życiowych** | **Terapia zajęciowa a trening umiejętności życiowych** | **Terapia zajęciowa a reedukacja poznawcza** | **Terapia zajęciowa skoncentrowana na ekspresji a terapia zajęciowa** | **Trening umiejętności Kocha w klinice vs. w domu** |
| Wszystkie wyniki kliniczne - wspólne | k. A. | (+) | ++ (Podstawa: EIOTO-Sum-.  menscore) | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| Szybkość działania poznawczego | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| Wszystkie funkcje poznawcze - wspólne | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | - | k. A. | k. A. |
| Przekonania o własnej skuteczności/kontroli | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| Poczucie własnej wartości | k. A. | ~ | k. A. | ~ | k. A. | - | k. A. | k. A. |
| Koncentracja | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| Umiejętność uczenia się | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | + | k. A. |
| Beznadzieja | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| Strach | k. A. | ~ (grupa ogółem)  ++ (podgrupa depresyjna) | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| Wiedza/umiejętności w zakresie poststatu. Faza | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | - | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3**

**131**

**3.3** - Interwencje indywidualne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.22** cd. | | | | | | | | |
| **Grupy porównawcze** | **Kucharz 2009** | **Reuster 2002/2006** | **Buchain 2003** | **Liberman 1998** | **Kopelowicz 1998** | **Wykes 1999** | **Längle 2006** | **Duncombe 2004** |
| **CMHT + terapia zajęciowa vs. sama CMHT** | **Terapia zajęciowa skoncentrowana na kompetencjach a samoocena** | **Klozapina + terapia zajęciowa vs. sama klozapina** | **Terapia zajęciowa a trening umiejętności życiowych** | **Terapia zajęciowa a trening umiejętności życiowych** | **Terapia zajęciowa a reedukacja poznawcza** | **Terapia zajęciowa skoncentrowana na ekspresji a terapia zajęciowa** | **Trening umiejętności Kocha w klinice vs. w domu** |
| ↑Ciągłość leczenia | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | - | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Realizacja wyrobów gotowych | k. A. | k. A. | k. A. | - | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Umiejętności kulinarne | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ |
| *Efektywność kosztowa* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Koszty przyszłych usług psychiatrycznych | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A. |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  Redukcja  Zwiększenie | | | | | | | | |

Szorstka systematyzacja na procedury somatyczno-funkcjonalne, psychoterapeutyczne i pedagogiczno-psychologiczno-społeczne nie powinna jednak przesłaniać faktu, że w praktycznym zastosowaniu wyraźne rozgraniczenia są często trudne.

**Terapia sportowa i wysiłkowa**

Zgodnie z definicją Niemieckiego Stowarzyszenia Sportu Zdrowotnego i Terapii Sportowej (DVGS) terapia sportowa i wysiłkowa jest rozumiana w niniejszych wytycznych jako "medycznie wskazane i zalecane ćwiczenia z elementami behawioralnymi". (DVGS), terapię sportową i wysiłkową w niniejszych wytycznych należy rozumieć jako "**medycznie wskazane i przepisane ćwiczenia z elementami behawioralnymi**", "które są **planowane i dawkowane przez terapeutę** [...] z pacjentem **samodzielnie lub w grupie**".

(Definicja z Niemieckiego Stowarzyszenia Sportu Zdrowotnego i Terapii Sportowej e. V. (DVGS), www.dvgs.de) [450]

**3** są sztywne. Wynika to z faktu, że pomimo pewnego

Terapia ruchowa dla zaburzeń psychicznych ma kilka korzeni, a zatem również różne akcenty, jak również szeroki zakres. Czerpie ona impulsy z tradycyjnej fizjoterapii, "edukacji ciała", rytmiki i sztuki ruchu, fenomenologii (ciała), psychiatrii antropologicznej, psychoterapii i wreszcie nauki o sporcie [451]. Według Höltera (1993) zakres procedur może być przedstawiony na kontinuum pomiędzy dwoma biegunami **fizjoterapii i psychoterapii** [452]. Zabiegi, które tradycyjnie koncentrują się na oddziaływaniu na stan fizyczny (ukierunkowanie **somatyczno-funkcjonalne**), znajdują się w pobliżu fizjoterapii. Jako przykład można podać terapię sportową. Z kolei metody te można usytuować blisko bieguna psychoterapii, w którym ruch ma na celu przede wszystkim oddziaływanie na stan psychiczny (**akcent psychoterapeutyczny**). Przykładem tego jest integracyjna i koncentracyjna terapia ruchowa. Wreszcie, pośrodku tych dwóch biegunów znajdują się metody, które mają na celu zmiany fizyczne i psychologiczne. Można je scharakteryzować jako **edukacyjno-psychospołeczne.** Przykładem metod o charakterze edukacyjno-psychospołecznym jest terapia ruchem komunikacyjnym lub mototerapia (rys. 3.3).

Główny nacisk kładzie się na fakt, że podejścia do terapii ruchem są wielowymiarowe w swojej metodzie i sposobie działania [453]. Na przykład, bezsporne jest, że terapia sportowa opiera się na kilku wymiarach, w tym psychospołecznych [454-456]. Doświadczenie zawodowe terapeuty silnie determinuje, w jakim stopniu i jak elastycznie terapia ćwiczeniami może odnosić się do różnych wymiarów terapeutycznych.

Poniżej zostaną scharakteryzowane bardziej szczegółowo trzy podejścia, które są bardzo istotne dla psychiatrycznej terapii ruchowej: sportowo-terapeutyczne, body-psy- choterapeutyczne i pedagogiczno-psycho-społeczne. Wyczerpujący opis poszczególnych metod nie może być tutaj przedstawiony, ponieważ większość z nich ma swoje własne podręczniki i/lub często kilkuletnie szkolenia [455;456].

■ **Procedury terapii sportowej**

Są to metody, które przede wszystkim zajmują się **funkcjonalnością ciała** poprzez aspekty sportowe. Można rozróżnić trening wytrzymałościowy (np. jogging, marsz, nordic walking), trening siłowy/mięśniowy, gimnastykę lub gry sportowe (badminton, siatkówka itp.). W **leczeniu osób z chorobami psychicznymi, a szczególnie u osób z zaburzeniami depresyjnymi, stosuje** się **głównie trening wytrzymałościowy.** Uważa się, że ma ona większy potencjał niż inne metody terapii sportowej w zakresie **zmniejszania objawów psychopatologicznych** poprzez **fizjologiczne mechanizmy działania** (7 Sekcja 3.3.5, Mechanizmy działania ćwiczeń fizycznych). Jednak wykorzystanie metod terapii sportowej często służy także **ogólnej aktywizacji** pacjentów [452], zwłaszcza na tle zwiększonej z powodu choroby bierności [455;456]. W literaturze anglojęzycznej dla tej grupy zabiegów używa się zwykle terminu "*exercise*".

Aktywność fizyczna dostosowana do potrzeb

relaksacja progresywna

Integracyjna terapia ruchowa

Terapia sportowa

Eutony

Gimnastyka dla chorych

Mototerapia

Koncentracyjna terapia ruchowa

Feldenkrais

FIZJOTERAPIA

PSYCHOTERAPIA

Hydroterapia

Gimnastyka lecznicza

Komunikacyjna terapia ruchowa

Terapia tańcem

Masaż

Jazda terapeutyczna

Terapia oddechowa

trening autogeniczny

Bioenergetyka

. **Rys. 3.3** Metody zorientowane na ciało i ruch w psychiatrii - wybór. (Mod. za Hölter 1993 [452]

Termin "szkolenie" jest używany w odniesieniu do praktycznego lub szkoleniowego charakteru interwencji.

z **Metody psychoterapii ciała**

Metody te (określane jako *psychoterapia ciała, psychoterapia zorientowana na ciało* lub terapia *psychologiczna zorientowana na ciało*) są **oparte na psychologii i wykorzystują ruch jako medium psychoterapii.** Przykładem może być integracyjna terapia ruchowa, koncentracyjna terapia ruchowa lub terapia tańcem. Wszystkie metody psychoterapii ciała opierają się na

Założenie, że ciało i psychika stanowią nierozerwalną całość. Zakłada się, że w sytuacjach, które charakteryzują się działaniem i doświadczeniem, problemy ujawniają się w sposób bardzo bliski i oczywisty, tak że można je przeżyć, a więc i przepracować [452;455;456]. Odpowiadające im sytuacje problemowe często odnoszą się do podstawowych tematów psychoterapeutycznych, takich jak przywiązanie i rozwiązanie, zaufanie i nieufność, bliskość i dystans, aktywność i tym podobne.

aktywność i bierność, itp. Poprzez ukierunkowane obserwacje ruchowe, terapeuta może zwrócić uwagę na problemy oraz przygotować i towarzyszyć werbalnej obróbce sytuacji problemowych. Ogólnie rzecz biorąc, praca odbywa się przede wszystkim za pomocą ćwiczeń fizycznych, dotyku fizycznego i świadomości ciała. W centrum uwagi znajduje się doświadczenie w trakcie procesu terapii [455;456]. Psychoterapia zorientowana na ciało jest postrzegana jako wnosząca bardzo szczególny wkład w leczenie zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w tych obrazach klinicznych, którym towarzyszą zniekształcenia obrazu ciała i inne psychopatologie związane z ciałem (zaburzenia doświadczenia ciała, takie jak iluzje cielesne, halucynacje, objawy depersonalizacji) [457].

z **Procedury edukacyjno-psychospołeczne**

Należy przez to rozumieć wszystkie metody, w których **ruch** jest wykorzystywany w **sensie skoncentrowanym na doświadczeniu.** Celem jest stworzenie społecznego pola do nauki poprzez ruch.

dla pacjentów. Przede wszystkim należy zainicjować procesy grupowe i komunikacyjne o charakterze niewerbalnym i werbalnym w celu kształcenia zachowań społecznych. Radość ze wspólnego działania ma wysoki priorytet.

**Celem tego badania jest pokazanie, w jaki sposób** można poprawić zdrowie psychiczne osób z chorobami psychicznymi na dwa sposoby: poprzez **poprawę zdrowia fizycznego oraz** poprzez **zmniejszenie niepełnosprawności psychicznej, a tym samym społecznej** [458].

**qqqqq** Elementy wielu takich programów są następujące

Że poprawa fizycznej ge-

Gry różnego typu, takie jak gry kooperacyjne (gry z zadaniem do wspólnego rozwiązania) lub małe gry (gry bez większego wysiłku).

##### Delimitacja

W niniejszym artykule skoncentrowano się na przedstawieniu dowodów dla 3 przedstawionych grup metod. Aby nie używać zbyt szerokiego pojęcia terapii ruchowej, nie są brane pod uwagę procedury czysto lub przede wszystkim relaksacyjne, jak np. trening autogenny. Terapia tańcem, choć oczywiście jest również interwencją z zakresu terapii ruchem, jest tematem rozdziału o terapiach artystycznych (7 rozdz. 3.3.3).

##### Znaczenie ćwiczeń fizycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych

Zanim efekty terapeutyczne terapii ruchowej zostaną szczegółowo omówione w dalszej części, należy przynajmniej wspomnieć, że działania terapii ruchowej zawsze (mogą) mieć jednocześnie aspekt diagnostyczny. Ograniczenia percepcji i koordynacji ciała, jak również niepożądane działanie leków mogą być łatwo wykryte w kontekście terapii ruchowej. Brak wiary w siebie staje się tak samo widoczny jak niska tolerancja na frustrację, brak świadomości własnych ograniczeń wydajności, zaburzenia w interakcjach społecznych czy problematyczny sposób radzenia sobie z agresorami. Ta wielospecjalistyczna diagnoza ma ogromne znaczenie dla planowania ukierunkowanej terapii.

W odniesieniu do działań terapeutycznych, w literaturze zawsze wspomina się o tak zwanej "*strategii dwutorowej*" w związku ze znaczeniem ćwiczeń fizycznych w chorobach psychicznych [449]. Oznacza to, że aktywność fizyczna poprawia jakość życia osób z chorobami psychicznymi.

O tym, że samo zdrowie powinno być postrzegane jako istotny cel leczenia osób chorych psychicznie, świadczą dane epi- demiologiczne: Osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi są znacznie mniej aktywne fizycznie niż normalna populacja [459-461]. Z tego powodu ryzyko wystąpienia u nich chorób związanych z brakiem aktywności fizycznej jest również wysokie. Już na tym tle wydaje się, że włączenie treningu fizycznego do koncepcji leczenia multimodalnego ma sens.

Poniżej podano kilka wyjaśnień dotyczących psychologicznych efektów ruchów.

■ **Mechanizmy działania ruchu** Podejścia wyjaśniające psychologiczne efekty ruchu można z grubsza podzielić na wyjaśnienia fizjologiczne i psychologiczne [449]. Poszczególne mechanizmy działania są bardzo zróżnicowane i dlatego w niniejszym artykule mogą być jedynie zarysowane. Wśród **wyjaśnień fizjologicznych** istnieje przede wszystkim hipoteza, że niektóre czynności ruchowe - a w szczególności trening wytrzymałościowy - zwiększają poziom endorfin i uwalnianie *neuroprzekaźników*, takich jak *noradrenalina, serotonina* i *dopamina.* Ponieważ stany depresyjne są związane z niedoborem tych substancji, powinno być możliwe poprawienie nastroju pacjentów z depresją poprzez trening wytrzymałościowy [448]. Oprócz tych bezpośrednich efektów biochemicznych, zakłada się również, że trening wytrzymałościowy prowadzi do zwiększenia poczucia dobrostanu i lepszego radzenia sobie ze stresem poprzez poprawę funkcji układu sercowo-naczyniowego lub że stan relaksu występuje również na poziomie psychologicznym poprzez zmniejszenie ogólnego napięcia mięśni po wysiłku. **Psychologiczne podejścia do wyjaśniania** zmian psychologicznych

Teorie usprawniania oparte na ruchu często odwołują się do zasad teorii uczenia się, teorii aktywacji, teorii motywacji i teorii działania. Za pomocą ukierunkowanych działań ruchowych można poprawić niektóre funkcje umysłowe, takie jak percepcja, koncentracja i motywacja. Drugie wyjaśnienie psychologiczne opiera się na zmianach w modelu siebie. Na przykład subiektywna ocena własnych osiągnięć szkoleniowych może wywoływać poczucie opanowania stresu i zwiększać poczucie własnej skuteczności. Wyuczona bezradność może więc zostać zredukowana.

#### Dowody dotyczące terapii sportowej i ćwiczeń fizycznych

■ **A Interwencje ruchowe w schizofrenii**

Chociaż dostępny jest **systematyczny przegląd** Röhrichta (2009) dotyczący **psychoterapii zorientowanej na ciało**, obejmował on różne rodzaje badań, a nie tylko randomizowane badania kontrolowane [462]. W odniesieniu do chorych na schizofrenię uwzględniono tylko 3 randomizowane badania kontrolowane. May et al. (1963) i Goertzel et al. (1965), odpowiednio, w porównaniu psychoterapii zorientowanej na ciało z muzykoterapią i wykazały poprawę w psychopatologii i obrazu ciała w obu grupach [463;464]. Inne badanie, w którym analizowano terapię ruchem i dramą, wykazało znaczącą poprawę w zachowaniach społecznych i motorycznych. Odsyła się do opracowania Röhrichta i Priebe (2006) [391]. Badanie to jest wyraźnie opisane w niniejszym rozdziale. Podsumowując, autorzy stwierdzają, że **psychoterapia zorientowana na ciało** może mieć **generalnie pozytywne efekty.**

Dostępny jest **przegląd Cochrane dotyczący skuteczności interwencji ukierunkowanych na trening** u chorych na schizofrenię [465]. Do tego przeglądu włączono trzy randomizowane badania kontrolowane [466-468]. Pochodzą one z USA, Kanady i Indii. Łącznie przeanalizowano dane od 96 pacjentów, w wieku od 18 do 63 lat. W badaniu Beebe i wsp. z 2005 roku interwencja polegała na 16-tygodniowym programie chodzenia na bieżni, wykonywanym 3 razy w tygodniu. Każda sesja rozpoczynała się 10 minutami ćwiczeń rozgrzewających, po których następował trening na bieżni, a kończyła się każdorazowo 10 minutami ćwiczeń rozciągających. Uczestnicy w grupie ćwiczącej na bieżni stopniowo zwiększali obciążenie od 5 do 30 minut w ciągu pierwszych kilku tygodni. Uczestnicy w grupie kontrolnej otrzymali standardowe leczenie bez żadnego treningu fizycznego [466]. W badaniu Duraiswamy i wsp. z 2007 roku uczestnicy grupy interwencyjnej otrzymywali 1-godzinny trening fizyczny składający się z szybkiego marszu, joggingu, ćwiczeń w pozycji stojącej i siedzącej oraz relaksacji 5 razy w tygodniu przez 3 tygodnie. Uczestnicy grupy kontrolnej otrzymywali trening jogi przez taki sam okres czasu [467]. W badaniu Marzolini et al. (2009), grupa interwencyjna otrzymała trening fizyczny w kontekście grupowym, z każdym treningiem składającym się z 10-minutowej rozgrzewki, 20 minut treningu z ciężarami, 60 minut ćwiczeń aerobowych i 5 minut odpoczynku. W sumie sesje treningowe odbywały się 2 razy w tygodniu przez 12 tygodni. W grupie kontrolnej przez cały czas stosowano standardowe leczenie [468]. W przeglądzie przeanalizowano 2 porównania według włączonych badań: trening fizyczny versus standardowe leczenie (podstawa: 2 badania) oraz trening fizyczny versus terapia jogą (podstawa: 1 badanie).

*Porównanie 1: Trening fizyczny vs. leczenie standardowe*

*płuco*

**Dowody**

**A) Interwencje ruchowe w schizofrenii**

Przegląd systematyczny:

— Gorczynski i Faulkner 2010 (przegląd Cochrane): włączenie 3 randomizowanych badań kontrolowanych.

Randomizowane badania kontrolowane:

— Pajonk 2010

— Nitsun 1974

— Goertzel 1965

— Maurer-Groeli 1976

— Röhricht i Priebe 2006

Badania kontrolowane nierandomizowane:

— Hátlová i Bašny 1995

— Knobloch 1993

— Deimel 1980

**B) interwencje ruchowe dla pacjentów z depresją**

Randomizowane badania kontrolowane:

— Martinsen 1985

— Martinsen 1989

— Blumenthal 1999

— Babyak 2000

— Knubben 2007

— Veale 1992

— Pinchasov 2000

Jeśli chodzi o **zdrowie psychiczne**, to wykazało -

na podstawie wyników badania [468] - jedynie tendencyjna, ale nie znacząca wyższość

trening fizyczny w porównaniu z samym leczeniem standardowym. Natomiast **depresyjność** i **lęk** jako indywidualne wymiary stanu zdrowia psychicznego były **istotnie lepiej redukowane przez trening** niż przez standardowe leczenie. Nie stwierdzono różnic grupowych w odniesieniu do wpływu **pozytywnych emocji** i **zachowań** uczestników badania. Psychol

czas. Wyniki wykazały **istotnie zwiększoną objętość hipokampa** zarówno w grupie trenujących wytrzymałościowo pacjentów ze schizofrenią, jak i w (również trenującej wytrzymałościowo) zdrowej grupie kontrolnej, ale nie zaobserwowano różnic między tymi dwiema grupami. Jeśli weźmiemy pod uwagę **tylko pacjentów ze schizofrenią, to**

patologię odnotowano tylko w jednym badaniu [466]. Zarówno

**trening wytrzymałościowy skutkował znacząco silniejszym**

**W** odniesieniu zarówno do **objawów negatywnych, jak i pozytywnych,** trening fizyczny był istotnie lepszy od standardowego leczenia. Jeśli chodzi o **sprawność aerobową, w** obu badaniach mierzono, jak daleko uczestnicy mogą przejść w ciągu 6 minut (*Six Minute Walking Distance*). Uczestnicy interwencji w obu badaniach byli w stanie zwiększyć dystans chodzenia; **istotną przewagę nad standardowym leczeniem udokumentowano tylko w jednym z dwóch badań** [468]. **Siła maksymalna** badana w jednym z badań okazała się istotnie wyższa pod warunkiem regularnego treningu. Z kolei **sprawność układu krążenia**, **wskaźnik masy ciała**, **obwód talii i bioder** oraz **masa ciała nie były istotnie zależne od** oferowanego treningu [468]. Procent tkanki **tłuszczowej** został **znacząco zmniejszony** w warunkach treningu w porównaniu do standardowego leczenia [466]. Na podstawie obu badań tego porównania nie stwierdzono różnic w odniesieniu do **odsetka osób rezygnujących z** interwencji.

*Porównanie 2: Trening fizyczny vs. terapia jogą*

Ogólna **psychopatologia** (wynik w skali PANSS) poprawiła się istotnie bardziej u uczestników terapii jogą niż w warunkach treningu fizycznego. Podobnie było w przypadku poziomu **depresyjności** i **braku aktywności**. W odniesieniu do **objawów pozytywnych** (pozytywna podskala PANSS) nie wykazano przewagi terapii jogą. Natomiast w odniesieniu do poprawy objawów **negatywnych** (negatywna podskala PANSS) uzyskano istotną przewagę. **Poziom funkcjonowania społecznego i zawodowego nie różnił się istotnie** pomiędzy jogą a treningiem fizycznym**,** podobnie jak **ryzyko wystąpienia działań niepożądanych** czy **zaburzeń ruchowych**. Jednak **terapia jogą miała znaczącą przewagę w** odniesieniu do wszystkich wymiarów **jakości życia**. **Wskaźniki rezygnacji nie różniły się** znacząco pomiędzy treningiem fizycznym a jogą.

W **randomizowanym, kontrolowanym** badaniu z Niemiec sprawdzano, czy **objętość hipokampa w mózgu** może być zwiększona przez trening wytrzymałościowy i czy indukowanemu treningiem zwiększeniu **objętości** towarzyszy poprawa parametrów klinicznych lub poznawczych [469]. Pacjentów ambulatoryjnych lub dziennych z przewlekłą schizofrenią (N 24) randomizowano do interwencji treningowej (trening na ergometrze rowerowym) lub do grupy porównawczej (table soccer). Dodatkowo utworzono dobraną zdrową grupę kontrolną, która również była poddawana treningowi na ergometrze. Trening na ergometrze odbywał się 3 razy w tygodniu po 30 minut przez okres 3 miesięcy, natomiast zajęcia w grupie piłkarzyków odbywały się w tym samym czasie co trening na ergometrze.

**Powiększenie hipokampa** niż piłkarzyki. Wynik ten wzmacnia hipotezę, że trening wytrzymałościowy jest odpowiedzialny za powiększenie hipokampa i przemawia za tym, że plastyczność neuronalna pozostaje względnie nienaruszona u pacjentów ze schizofrenią. **Sprawność aerobowa** zwiększała się z czasem w grupie ogólnego treningu wytrzymałościowego (pacjenci ze schizofrenią plus zdrowe osoby z grupy kontrolnej), ale wzrost ten nie różnił się istotnie od tego w grupie piłkarzyków (tendencja przewagi treningu wytrzymałościowego). **Wzrost objętości hipokampa korelował dodatnio z wydolnością aerobową i maksymalnym poborem tlenu**.

W **starszym randomizowanym badaniu kontrolowanym** z Anglii oceniano porównawczo **program ruchowy związany z kreatywnością** (*terapia ruchem i dramą*) u długotrwale hospitalizowanych pacjentów z przewlekłą schizofrenią (N 24) [409]. Program grupy miał na celu poprawę świadomości i koordynacji ciała poprzez ruchy fizyczne, wyrażanie emocji oraz lepsze wczucie się w sytuacje społeczne poprzez improwizację aktorską różnych scenek. Wymagania merytoryczne stawiane uczestnikom wahały się od zwykłego rzucania i łapania piłek do wykonywania złożonych zadań improwizacyjnych. Nawet codzienne sytuacje (spotkanie z przyjaciółmi na ulicy) miały być odgrywane przez uczestników. Sesje terapeutyczne odbywały się raz w tygodniu (przez 22 tygodnie) przez jedną godzinę. Uczestnicy grupy kontrolnej otrzymali w tym samym czasie psychoterapię grupową. Pod względem **ogólnego nasilenia choroby, w** grupie stosującej terapię ruchową nastąpiła **znacznie większa** poprawa **niż w** grupie kontrolnej pomiędzy początkiem a końcem badania. W grupie leczonej **ćwiczeniami nastąpiła** również większa poprawa w zakresie **sprawności intelektualnej i funkcji psychomotorycznych.**

Dostępne jest czeskie **nierandomizowane badanie kontrolowane** dotyczące oceny programu ćwiczeń mniej skoncentrowanego na wytrzymałości, a bardziej zorientowanego na gimnastykę i gry u osób z przewlekłą schizofrenią (N 70) [470]. Uczestnicy **grupy interwencyjnej 1** otrzymywali sesję z aktywizującymi elementami sportu i zabawy dwa razy w tygodniu przez 6 miesięcy, podczas gdy uczestnicy **grupy eksperymentalnej 2 otrzymywali** program zorientowany na doznania i relaksację przez taki sam okres czasu. Dodatkowo istniała **grupa kontrolna,** której uczestnicy nie otrzymali **żadnej interwencji ruchowej**, a jedynie standardowe leczenie. Uczestnicy obu grup eksperymentalnych odnieśli korzyść z interwencji, przy czym uczestnicy grupy eksperymentalnej z programem **zorientowanym na doznania i relaksację odnieśli korzyść z** interwencji.

(VG2), jednak poprawili swój **stan zdrowia psychicznego** bardziej niż uczestnicy programu aktywizującego, choć nie podano obliczeń istotności.

W **nierandomizowanym, kontrolowanym** badaniu z Niemiec badano skuteczność **programu grupowej terapii ruchowej zorientowanej na gry w poprawie umiejętności społecznych** u pacjentów ze schizofrenią [471]. Przez okres 2 miesięcy **uczestnicy grupy interwencyjnej** otrzymywali **3 razy w tygodniu specjalny program, w** ramach którego stosowano zabawy ruchowe, ćwiczenia promujące współpracę, zaufanie i odpowiedzialność, zadania percepcyjne, gry interakcyjne, odgrywanie ról, refleksję, rozwiązywanie problemów, rekreację i relaksację. **Grupa kontrolna** otrzymała tyle samo czasu, co **standardowy program terapii ruchowej** kliniki, składający się głównie z ćwiczeń gimnastycznych (indywidualnie lub z partnerem). Skuteczność specyficznego programu ćwiczeń testowano na poziomie sportowego testu behawioralnego, jak również na poziomie badań kwestionariuszowych. W teście behawioralnym badającym **poprawę kompetencji społecznych, grupa interwencyjna** wykazała **znaczącą** przewagę **nad standardowym programem ćwiczeń w** większości ocenianych zmiennych. W obszarze **samoakceptacji ocenianej** za pomocą kwestionariusza (Frankfurt Self-Concept Scales FSKN [472]), jednak standardowy program ćwiczeń wykazał **istotną przewagę w** czynniku **ogólnej samooceny.** Pod koniec badania nie stwierdzono istotnej różnicy między obiema grupami w poziomie pożądliwości społecznej, skrępowania społecznego, sprawności fizycznej i dolegliwości fizycznych. Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że program terapii ruchowej dla poprawy kom- petencji społecznej przynosi efekty wyraźnie w bezpośrednim zachowaniu, ale nie na poziomie uogólnionych koncepcji siebie. **Przy ocenie braku wpływu na samoakceptację należy wziąć pod uwagę krótki czas interwencji.**

W innym **nierandomizowanym badaniu kontrolowanym z** Niemiec analizowano **skuteczność** programu terapii **sportowej skoncentrowanej na doświadczeniu**, składającego się z **gier sportowych**, progresywnej relaksacji mięśni, ćwiczeń koordynacyjnych i psychomotorycznych (w celu poprawy umiejętności percepcyjnych i zachowań społecznych) u pacjentów ze schizofrenią (N 43, także N 5 pacjentów z depresją) [473]. Uczestnicy **grupy porównawczej otrzymali standardową terapię ruchową** kliniki z jej naciskiem na gimnastykę i terapię ćwiczeń koncentracyjnych. Uczestnicy grupy interwencyjnej i kontrolnej otrzymali terapię zajęciową, muzykoterapię i trening społeczny jako dodatkowe formy terapii. Podczas gdy uczestnicy grupy kontrolnej byli poddawani 12-tygodniowej terapii 3 razy w tygodniu po 30 minut, grupa interwencyjna była poddawana terapii

dwa razy w tygodniu po jednej godzinie. **Uczestnicy programu terapii sportowej wykazali w** okresie badania znaczącą poprawę w zakresie **zachowań motorycznych, zachowań społecznych** i **emocjonalności,** natomiast w zakresie zachowań popędowych odnotowano jedynie tendencję do nieistotnej poprawy. **Przewaga grupy interwencyjnej nad grupą** kontrolną w **zakresie zachowań motorycznych, społecznych i emocjonalnych była istotna statystycznie** (tabela 3.23).

Zidentyfikowano trzy randomizowane badania kontrolowane nad **skutecznością psychoterapii zorientowanej na ciało u pacjentów ze schizofrenią.**

W amerykańskim **randomizowanym badaniu kontrolowanym** (N 115) Goertzel i wsp. (1965) oceniali **skuteczność tzw. *techniki body-ego (***BET) u pacjentów stacjonarnych z przewlekłą schizofrenią [463]. To podejście, które zostało opracowane przez terapeutkę tańca Trudi Schoop specjalnie dla pacjentów ze schizofrenią, koncentruje się na percepcji ruchu i postawy, na poczuciu czasu pacjenta, postrzeganym poprzez różne prędkości ruchu, na granicach ciała, na kontakcie z rzeczywistością i doświadczeniu ruchu. *Technika body-ego* odbywa się z wykorzystaniem muzyki wspomagającej rytm ruchów (technika indywidualna/grupowa). W badaniu zastosowano 3 warunki eksperymentalne, a mianowicie: **1. terapię grupową BET** (przez 6 miesięcy po 3 razy w tygodniu, mężczyźni i kobiety), **2. terapię indywidualną BET** (w tym samym zakresie, mężczyźni i kobiety) oraz **3. terapię grupową lub indywidualną BET** (ustawienie może być dowolnie ustalone przez terapeutę, przez 3,5 miesiąca po 5 razy **w** tygodniu, tylko mężczyźni). **Pacjenci w grupie kontrolnej otrzymywali terapię muzyką receptywną w** kontekście grupowym. Wyniki zostały przedstawione w Goertzel i wsp. 1965 tylko dla porównania całej grupy eksperymentalnej (wszystkie 3 grupy porównawcze razem) w porównaniu z grupą kontrolną. Poprawa **ogólnych objawów psychicznych/ogólnego stanu psychicznego** - oceniana w sposób zaślepiony przez psychiatrę - była **znacząco na korzyść BET**, to samo dotyczyło **kontaktu afektywnego.** Natomiast opiekunowie, którzy nie byli zaślepieni, ocenili uczestników BET lepiej niż uczestników grupy kontrolnej pod względem **zdolności do poruszania się i ogólnego poziomu funkcjonowania** po interwencji. Autorzy doszli do wniosku, że technika body-ego może być cenna w nawiązywaniu relacji terapeutycznej oraz jako uzupełnienie lub przygotowanie do bardziej werbalnie zorientowanych form terapii.

**Skuteczność psychoterapii grupowej skoncentrowanej na ciele** w odniesieniu do funkcji ego u ostro chorych pacjentów ze schizofrenią była badana w szwajcarskim **randomizowanym badaniu kontrolowanym** (N 37) [474]. Uczestnicy **grupy interwencyjnej** (N 21, w tym

**138**

**Rozdział 3** - Kontekst i dowody

**3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.23** Wpływ interwencji ruchowych w schizofrenii na różne miary wyników. | | | | | | | | | |
|  | **Schizofrenia** | | | | | | | | |
| **Przegląd syst.** | | **RCT** | | **RCT** | **Badanie kontrolowane** | | **Badanie kontrolowane** | **Badanie kontrolowane** |
| **Gorczynski i Faulkner 2010** | | **Pajonk et al. 2010** | | **Nitsun et al. 1974** | **Hátlová/Bašny 1995** | | **Knobloch et. al. 1993** | **Deimel 1980** |
|  | Phys. (głównie aerobowy) trening vs. leczenie standardowe | Phys. (głównie aerobowy) trening vs. joga | Trening wytrzymałościowy (chorzy na schizofrenię) vs. piłkarzyki (chorzy na schizofrenię) | Trening wytrzymałościowy (pacjenci ze schizofrenią) vs. trening wytrzymałościowy (pacjenci zdrowi) | Program ruchu twórczego vs.  Psychoterapia grupowa | Sport i zabawa a koncentracja na relaksie | Sport i zabawa a leczenie standardowe | Sport i zabawa a leczenie standardowe | Sport i zabawa vs. standardowa terapia ruchowa |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑Stan zdrowia psychicznego ogółem | + | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | - | + | k. A. | k. A |
| ↓Psychopatologia ogólna | k. A. | - | k. A. | k. A. | ++ | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓pozytywna symp-tomika | ++ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓negatywna symp-tomika | ++ | - | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Depresja - ciężka | ++ | - | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Strach | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↑Afekt pozytywny | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↑światło hipokampa | k. A. | k. A. | ++ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |

**3**

**139**

**3.3** - Interwencje indywidualne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.23** cd. | | | | | | | | | |
|  | **Schizofrenia** | | | | | | | | |
| **Przegląd syst.** | | **RCT** | | **RCT** | **Badanie kontrolowane** | | **Badanie kontrolowane** | **Badanie kontrolowane** |
| **Gorczynski i Faulkner 2010** | | **Pajonk et al. 2010** | | **Nitsun et al. 1974** | **Hátlová/Bašny 1995** | | **Knobloch et. al. 1993** | **Deimel 1980** |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Zakończenie interwencji | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| *Jakość życia i funkcjonowanie społeczne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *↑*Jakość życia | k. A. | - | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| *↑*Poziom funkcjonowania społecznego/zawodowego | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | + | ++ |
| Zachowanie | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | - | k. A |
| *↑*Poziom funkcji psychomotorycznych | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | + | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| *Inne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *↑*aerobic fitness | + | k. A. | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych/zaburzeń ruchu | k. A. | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | k. A |
| ↓Brak aktywności | k. A. | - | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| *↑*Siła maksymalna | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| *↑*Sprawność sercowo-naczyniowa | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |

**140**

**Rozdział 3** - Kontekst i dowody

**3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.23** cd. | | | | | | | | | |
|  | **Schizofrenia** | | | | | | | | |
| **Przegląd syst.** | | **RCT** | | **RCT** | **Badanie kontrolowane** | | **Badanie kontrolowane** | **Badanie kontrolowane** |
| **Gorczynski i Faulkner 2010** | | **Pajonk et al. 2010** | | **Nitsun et al. 1974** | **Hátlová/Bašny 1995** | | **Knobloch et. al. 1993** | **Deimel 1980** |
| ↓Wskaźnik masy ciała | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Obwód talii/bioder | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Masa ciała | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↑Tkanka tłuszczowa | ++ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Postawy dysfunkcyjne | k. A | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A |
| ↑Emocjonalność | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | ++ |
| ↑Zachowanie motoryczne | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | k. A | ++ |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + wyższość tendencyjna bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | | | | | | | |

11 z zaburzeniami doświadczenia ciała: skargami funkcjonalnymi, iluzjami cielesnymi, halucynacjami i objawami de- personalizacji ciała) otrzymywało **psychoterapię grupową skoncentrowaną na ciele,** procedurę opisaną szczegółowo w innym miejscu [475], trzy razy w tygodniu przez średnio **godzinę przez okres** 6 tygodni, jako dodatek do leczenia klinicznego. Po wstępnej rozmowie w grupie wykonywane są ćwiczenia fizyczne, polegające głównie na palpacji powierzchni własnego ciała, ruchach rozluźniających i koncentracji na rozluźnionym ciele. Uczestnicy grupy kontrolnej (N 16, w tym 14 pacjentów z zaburzeniami doświadczania ciała) otrzymywali terapię zajęciową i terapię pracy, która nie została bliżej scharakteryzowana, przez taki sam okres czasu jak psychoterapia grupowa skoncentrowana na ciele. Funkcje ego mierzone przed i po interwencji (*ego function rating* [476]) to: poczucie rzeczywistości, testowanie rzeczywistości, myślenie i ochrona przed bodźcami. Postępy **w poprawie** (wynik końcowy na poziomie podstawowym - porównanie różnic) w odniesieniu do każdej funkcji ego, jak również funkcji ego jako całości, **nie różniły się istotnie pomiędzy grupą interwencyjną i kontrolną.** Jeśli jednak weźmie się **pod** uwagę tylko **podgrupę pacjentów z zaburzeniami doświadczania ciała, to w** odniesieniu do **postępu poprawy funkcji ego jako** całości ujawniła się znacząca **przewaga grupy interwencyjnej.** Tak więc, chociaż **psychoterapia grupowa skoncentrowana na ciele nie była lepsza od terapii zajęciowej w całej grupie ostrych pacjentów ze schizofrenią, była lepsza od** terapii zajęciowej **w podgrupie pacjentów z zaburzeniami doświadczania ciała.**

W Anglii Röhricht i Priebe (2006) badali **skuteczność psychoterapii manualnej zorientowanej na ciało,** szczególnie w odniesieniu do poprawy symptomatologii negatywnej u przewlekle chorych na schizofrenię, w ramach **randomizowanego badania kontrolowanego** (N 45) [391]. Terapia miała na celu przezwyciężenie barier komunikacyjnych (poprzez skupienie się na pracy niewerbalnej), skupienie uwagi na ciele (rzeczywistość fizyczna, koordynacja, orientacja w przestrzeni), pobudzenie aktywności i empatii emocjonalnej, odkrycie własnych możliwości fizycznych, zmianę dysfunkcyjnego postrzegania siebie (por. podręcznik w Röhricht 2000 [457]). **Psychoterapia zorientowana na ciało odbywała się w grupach liczących maksymalnie 8 pacjentów, w 20 sesjach trwających od 60 do 90 minut każda, przez okres 10 tygodni.** Uczestnicy w wariancie kontrolnym otrzymali wspierające sesje doradcze w tych samych ramach czasowych, ale również w małej grupie. Wyniki badania wykazały **istotnie większą redukcję objawów negatywnych** (zwłaszcza niskiego afektu i opóźnienia ruchowego) u uczestników grupy eksperymentalnej na zakończenie interwencji i w okresie kontrolnym po 4 miesiącach. Nie stwierdzono różnic w grupach pod względem parametrów: objawy pozytywne, ogólna psychopatologia i subiektywna oczekiwana długość życia.

jakość życia. **Satysfakcja pacjentów z leczenia** i ocena **relacji terapeutycznej** przez pacjentów były **pozytywne w obu grupach i nie** różniły się między grupami ani pod koniec interwencji, ani w okresie obserwacji. W badaniu kontrolowano wpływ ewentualnych zmiennych trzecich na objawy negatywne, ale nie zmieniły one wyniku badania. Sugeruje to, że **pozytywny wpływ na objawy negatywne** można **rzeczywiście przypisać interwencji. Na** tle braku dowodów na stałą skuteczność innych niefarmakologicznych metod leczenia objawów negatywnych w schizofrenii, autorzy oceniają potencjał psychoterapii zorientowanej na ciało jako obiecujący.

(. Tab. 3.24).

■. **interwencje ruchowe w przypadku depresji**

Baza danych dotycząca skuteczności interwencji ukierunkowanych na ćwiczenia fizyczne w zaburzeniach depresyjnych jest bardziej złożona niż w przypadku zaburzeń schizofrenicznych, ponieważ badania różnią się znacznie pod względem oceny ciężkości depresji.

Chociaż dostępny jest **przegląd Cochrane dotyczący treningu fizycznego w depresji** [477], obejmował on randomizowane badania kontrolowane z udziałem pacjentów z depresją o różnym nasileniu, a więc nie obejmował jedynie populacji osób z ciężkim zaburzeniem. Ponadto włączono RCT z udziałem osób z depresją w wieku 18 lat i starszych bez górnej granicy wieku. Dla grupy docelowej niniejszych wytycznych przegląd Mead i wsp. mógł być zatem wykorzystany jedynie jako źródło do ręcznego wyszukiwania odpowiednich RCT.

Wiele z odnalezionych pojedynczych badań dotyczących zaburzeń depresyjnych nie zawierało informacji na temat czasu trwania choroby i/lub liczby epizodów (niezbędnych do oceny, czy SMI jest obecny, czy nie). W przypadku braku tych informacji kryterium włączenia lub wyłączenia z badania było nasilenie depresji u pacjentów, niezależnie od czasu trwania choroby/liczby epizodów. Warunkiem włączenia do badania było występowanie co najmniej umiarkowanego nasilenia depresji, a do oceny badań pod tym kątem wykorzystano wartości progowe powszechnie stosowanych skal depresji.

## 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.24** Wpływ interwencji ruchowych w schizofrenii na różne miary wyników | | | |
|  | **Schizofrenia** | | |
| **RCT** | **RCT** | **RCT** |
| **Goertzel et al. 1965** | **Maurer-Groeli 1976** | **Röhricht i Priebe 2006** |
| **Technika body-ego a muzykoterapia** | **Psychoterapia grupowa zorientowana na ciało a terapia zajęciowa** | **Psychoterapia zorientowana na ciało a terapia zajęciowa** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |
| ↓Psychopatia ogólna | ++ | k. A. | ~ |
| ↓Objawy pozytywne | k. A. | k. A. | ~ |
| ↓Objawy negatywne | k. A. | k. A. | ++ |
| ↑Nasilenie depresji | k. A. | k. A. | k. A. |
| Funkcje Ego | k. A. | ~ \* (+¹) | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |
| Zadowolenie z leczenia | k. A. | k. A. | ~ |
| Satysfakcja z relacji terapeutycznej | k. A. | k. A. | ~ |
| *Jakość życia i funkcjonowanie społeczne* |  |  |  |
| ↑Jakość życia | k. A. | k. A. | ~ |
| \* Ocena wg Bellaka i wsp. 1973: poczucie rzeczywistości, kontrola rzeczywistości, myślenie, ochrona przed bodźcami.  ¹ dla zaburzeń doświadczania ciała (skargi funkcjonalne, złudzenia fizyczne, halucynacje i objawy fizycznej de-personalizacji)  ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w stosunku do grupy kontrolnej  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | |

Jednym z pierwszych klinicznie istotnych badań dotyczących treningu wytrzymałościowego jest **randomizowane badanie amerykańskie,** które jednak nie mogło zostać włączone ze względu na braki metodologiczne w wyszukiwaniu dowodów [478]. Autorzy porównali 10-tygodniową **interwencję joggingową dla** osób z umiarkowaną lub ciężką depresją z 2 formami psychoterapii indywidualnej: 10 sesji psychoterapii ograniczonej czasowo vs. 10 sesji terapii nieograniczonej czasowo. Jogging okazał się równie skuteczny w zmniejszaniu **objawów depresji w** tym badaniu (*De-*

*Pression Symptom Checklist Score*), takie jak ograniczona czasowo lub nieograniczona psychoterapia.

W **randomizowanym badaniu kontrolowanym** z Norwegii [479] 43 pacjentów z umiarkowaną lub ciężką depresją otrzymało albo **aerobowy trening wytrzymałościowy** (jedna godzina trzy razy w tygodniu przez 9 tygodni) albo **terapię zajęciową przez** taki sam okres czasu. Uczestnicy w obu grupach otrzymali psychoterapię jako leczenie podstawowe, a około połowa była leczona lekami przeciwdepresyjnymi. W grupie długoterminowej odnotowano istotnie większe zmniejszenie objawów **depresji** (mierzonych za pomocą *wskaźnika depresji Becka).*

*ventar*), a także istotnie większy wzrost **maksymalnego poboru tlenu**.

W **badaniu uzupełniającym z** 1989 roku Martinsen i wsp. zajęli się pytaniem, czy pozytywne efekty treningu wytrzymałościowego można osiągnąć również za pomocą **nieaerobowych form treningu** [480]. 99 pacjentów z dużą depresją, z których 58 miało współistniejące zaburzenia lękowe, przydzielono **losowo** do grupy z treningiem wytrzymałościowym (3 godziny szybkiego marszu lub joggingu 3 razy w tygodniu przez 8 tygodni) lub do grupy z treningiem siłowym i elastycznym. W odniesieniu do **depresyjności w obu grupach** odnotowano **istotny spadek w trakcie** leczenia, ale nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. Istotny wzrost **maksymalnego poboru tlenu** stwierdzono tylko w grupie wytrzymałościowej, ale nie w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono istotnej korelacji między wzrostem wydolności krążeniowo-oddechowej a spadkiem depresji. Autorzy wnioskują z wyników, że **efekt przeciwdepresyjny nie** jest **ograniczony do form treningu wytrzymałościowego.**

Blumenthal i wsp. 1999 (USA) przeprowadzili **randomizowane**, **kontrolowane badanie oceniające program aerobowego treningu wytrzymałościowego** u 156 starszych pacjentów z depresją (50-77 lat, średnia wieku 57 lat) [481]. Porównywano trzy grupy: Trening **wytrzymałościowy**, **psychofarmakoterapia** oraz **połączenie treningu wytrzymałościowego i psychofarmakoterapii.** Uczestnicy badania w części poświęconej treningowi wytrzymałościowemu byli poddawani interwencji 3 razy w tygodniu po 45 minut przez 4 miesiące. Sesje treningowe rozpoczynały się od ćwiczeń rozgrzewających (10 minut), po których następowało 30 minut marszu lub joggingu, a na koniec 5-minutowa kulminacyjna gimnastyka. Uczestnicy w grupie leczonej otrzymywali *sertralinę w* dawkach od 50 do 200 mg dziennie. Uczestnicy w grupie łączonej otrzymywali zarówno trening wytrzymałościowy, jak i leki, zgodnie z opisem dla każdej z grup. Po raz pierwszy wykazano, że pod koniec badania uczestnicy interwencji treningowej i interwencji łączonej mieli istotnie lepszą **sprawność aerobową** niż na początku badania, podczas gdy uczestnicy grupy otrzymującej leki nie mieli takiej **sprawności. Nasilenie depresji było istotnie zmniejszone u uczestników we wszystkich 3 ramionach badania**, ale nie stwierdzono istotnych różnic w grupach. Stwierdzono jednak, że **uczestnicy grupy stosującej leki na ogół szybciej reagowali zmniejszeniem nasilenia depresji** niż uczestnicy grup stosujących ćwiczenia i kombinację **leków. Ogólnie rzecz biorąc, aerobowy trening wytrzymałościowy okazał się prawie tak samo skuteczny jak sama psychofarmakoterapia sertraliną po 4 miesiącach.** Jeśli chodzi o wyniki dotyczące **lęku**, **samooceny**, **zadowolenia z życia** i **postaw dysfunkcyjnych,** uczestnicy we wszystkich trzech grupach poprawili się w trakcie trwania badania, ale nie zaobserwowano istotnych różnic międzygrupowych.

Babyak i wsp. 2000 (USA) [482] przedstawili wyniki badania stanowiącego kontynuację randomizowanego badania kontrolowanego przeprowadzonego przez Blumenthal i wsp. 1999 [481]. 133 byłych uczestników badania mogło być ponownie przebadanych sześć miesięcy po zakończeniu interwencji. Byli uczestnicy w grupie treningu wytrzymałościowego, grupie leków psychotropowych i grupie terapii skojarzonej różnili się od siebie.

- w przypadku kontroli nasilenia depresji na koniec badania - nadal nie w kategoriach samokontroli **nasilenia depresji,** ale przy użyciu zewnętrznej skali oceny (diagnoza DSM IV i wynik w *Skali Oceny Depresji Hamiltona*). W tym przypadku **uczestnicy pierwszego treningu** wykazywali **mniejsze nasilenie depresji po 6 miesiącach niż uczestnicy pozostałych dwóch grup**. Jeśli spojrzeć na uczestników, którzy byli w remisji pod koniec badania w odosobnieniu, byli uczestnicy z **grupy treningu wytrzymałościowego mieli znacznie większe prawdopodobieństwo częściowego lub pełnego wyzdrowienia w czasie obserwacji** niż byli uczestnicy z grupy przyjmującej leki. Podczas gdy tylko 8% uczestników poprzedniej grupy szkoleniowej miało **nawrót choroby w** okresie obserwacji, w grupie stosującej poprzednio leki odsetek ten wynosił 38%, a w grupie stosującej leczenie skojarzone - 31%. Ponieważ uczestnicy badania byli zachęcani po jego zakończeniu do samodzielnego kontynuowania lub zwiększenia ilości treningów (grupa lekowa), Babyak i wsp. zastosowali również regresję logistyczną w celu określenia korelacji między stosowaniem treningów w okresie obserwacji a nasileniem depresji w czasie obserwacji. Pacjenci, którzy zgłosili samodzielne, regularne ćwiczenia w okresie obserwacji, istotnie rzadziej byli klasyfikowani jako osoby z depresją w punkcie czasowym obserwacji. Nasilenie depresji było odwrotnie proporcjonalne do liczby minut ćwiczeń na tydzień w okresie obserwacji. **Czas trwania ćwiczeń** okazał się więc **istotnym predyktorem nasilenia depresji**, **choć niedopuszczalne byłoby wnioskowanie o związku przyczynowym.** Połączenie treningu z lekami nie przyniosło żadnych dodatkowych pozytywnych efektów w porównaniu z samym treningiem. Autorzy konkludują, że umiarkowany program ćwiczeń (3 razy w tygodniu po 30 minut z 70% maksymalnego obciążenia) jest skuteczny w leczeniu pacjentów z dużą depresją, zwłaszcza jeśli pacjenci kontynuują ten program samodzielnie i regularnie.

W **randomizowanym** badaniu **kontrolowanym** (Niemcy) Knubben i współpracownicy (2007) (N 38) badali **skuteczność treningu wytrzymałościowego w porównaniu z interwencją placebo**, w której stosowano jedynie lekkie ćwiczenia rozciągające i relaksacyjne [483]. Trening wytrzymałościowy odbywał się codziennie przez 10 dni w formie ćwiczeń na bieżni. Uczestnicy biegali 5 razy na sesję po 3 minuty ze średnim obciążeniem, w przerwach 3 minuty z połową prędkości. Grupa placebo zajmowała tę samą przestrzeń pod względem czasu (30 minut dziennie przez 10 dni), w ich ramie przesunęło się

*ventar*), jak również znacznie większy wzrost ma-ximum **poboru tlenu.**

W **badaniu uzupełniającym z** 1989 roku Martinsen et al. zajęli się kwestią, czy pozytywne efekty treningu wytrzymałościowego można osiągnąć również przy użyciu **nietlenowych form szkolenia** [480]. 99 pacjentów z ciężką depresją, w tym 58 z zaburzeniami lękowymi, zostało **losowo przypisanych do** grupy z treningiem wytrzymałościowym (3 godziny szybkiego spaceru lub joggingu 3 razy w tygodniu przez 8 tygodni) lub do grupy z treningiem siłowym i elastycznym. W odniesieniu do **depresji, obie grupy wykazały znaczący spadek w** trakcie leczenia, ale nie stwierdzono istotnych różnic w grupach. Znaczący wzrost **maksymalnego poboru tlenu** stwierdzono tylko w grupie wytrzymałościowej, ale nie w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono istotnej korelacji między wzrostem sprawności układu krążeniowo-oddechowego a spadkiem depresji. Na podstawie uzyskanych wyników autorzy wnioskują, że **efekt antydepresyjny nie ogranicza** się **do form treningu wytrzymałościowego.**

Blumenthal i wsp. 1999 (USA) przeprowadzili **randomizowane badanie kontrolowane w** celu **oceny programu treningów wytrzymałościowych w warunkach tlenowych u** 156 starszych pacjentów z depresją (50-77 lat, średni wiek 57 lat) [481]. Porównano trzy grupy: **Trening wytrzymałościowy**, **psychofarmakoterapia** oraz **połączenie treningu wytrzymałościowego i psychofarmakoterapii**. Uczestnicy treningu wytrzymałościowego ramienia badania otrzymali interwencję 3 razy w tygodniu przez 45 minut w ciągu 4 miesięcy. Sesje treningowe rozpoczynały się od ćwiczeń rozgrzewających (10 minut), po których następowały 30 minutowe spacery lub jogging, a na koniec 5-minutowy okres kulminacyjnej kalistyki. Uczestnicy grupy leków otrzymywali *sertralinę w* dawkach od 50 do 200 mg dziennie. Uczestnicy grupy kombinowanej otrzymali zarówno trening wytrzymałościowy, jak i lekarstwa opisane w poszczególnych grupach. Po raz pierwszy wykazano, że pod koniec badania uczestnicy interwencji treningowej i połączonej posiadali znacznie lepszą **sprawność aerobową** niż na początku badania, natomiast uczestnicy z grupy leków nie posiadali. Nasilenie **depresji** było **istotnie zmniejszone u uczestników wszystkich 3 badanych ramion**, ale nie stwierdzono istotnych różnic grupowych. Stwierdzono jednak, że **osoby uczestniczące w**

**Grupa leków reagowała na ogół szybciej, zmniejszając nasilenie depresji** niż uczestnicy grupy szkoleniowej i mieszanej. **Ogólnie rzecz biorąc, aerobowy trening wytrzymałościowy okazał się po 4 miesiącach prawie tak skuteczny jak psychofarmakoterapia z użyciem samej sertraliny**. W odniesieniu do wyników, jakie przyniosły: **niepokój**, poczucie **własnej wartości**, zadowolenie z **życia** i **dysfunkcyjne postawy,** uczestnicy we wszystkich 3 grupach poprawili się w trakcie badania, ale nie stwierdzono istotnych różnic międzygrupowych.



Babyak i wsp. 2000 (USA) [482] podają wyniki badania uzupełniającego do randomizowanego badania kontrolowanego przeprowadzonego przez Blumenthal i wsp. 1999 [481]. 133 byłych uczestników badania można było zbadać ponownie sześć miesięcy po zakończeniu interwencji. Byli uczestnicy grupy treningu wytrzymałościowego, grupy leków psychotropowych i grupy terapii skojarzonej różnili się od siebie.

- przy kontrolowaniu stopnia nasilenia depresji pod koniec badania - nadal nie w kategoriach samozgłaszanego stopnia **nasilenia depresji**, ale z wykorzystaniem zewnętrznej skali ratingowej (diagnoza DSM IV i ocena *skali Hamiltona depresji*). W tym przypadku **pierwsi uczestnicy szkolenia** wykazali **po 6 miesiącach mniejsze nasilenie depresji niż uczestnicy dwóch pozostałych grup**. Patrząc na uczestników, którzy byli w remisji po zakończeniu badania w izolacji, byli uczestnicy **grupy treningu wytrzymałościowego mieli znacznie większe szanse na częściowy lub całkowity powrót do zdrowia po zakończeniu badania** niż byli uczestnicy grupy leków. Podczas gdy tylko 8% uczestników dawnej grupy szkoleniowej **powróciło do pracy w okresie późniejszym**, w grupie dawnych leków było to 38%, a w grupie mieszanej 31%. Ponieważ po zakończeniu badania uczestnicy byli zachęcani do kontynuowania lub samodzielnego podejmowania treningu (grupa leków), Babyak i wsp. stosowali również regresję logistyczną w celu określenia korelacji między wykorzystaniem treningu w okresie obserwacji a nasileniem depresji w okresie obserwacji. Pacjenci, którzy zgłosili regularne ćwiczenia wykonywane samodzielnie w okresie obserwacji, byli znacznie mniej narażeni na zaklasyfikowanie ich jako pacjentów z depresją w okresie obserwacji. Nasilenie depresji było odwrotnie proporcjonalne do liczby minut ćwiczeń w tygodniu w okresie obserwacji. Tak **więc** Czas **trwania treningu jako istotny predyktor ciężkości depresji**, **choć zawarcie związku przyczynowego byłoby niedopuszczalne**. Połączenie treningu z lekami nie przyniosło, jak się wydaje, pozytywnych efektów oprócz samego treningu. Autorzy stwierdzają, że umiarkowany program ćwiczeń (3 razy w tygodniu przez 30 minut z 70% maksymalnego obciążenia) jest skuteczny w leczeniu pacjentów z ciężką depresją, zwłaszcza jeśli pacjenci kontynuują ten program samodzielnie i regularnie.

W **randomizowanym badaniu kontrolowanym** (Niemcy) Knubben i jego współpracownicy (2007) (N 38) zbadali

**Efektywność treningu wytrzymałościowego w porównaniu z interwencją placebo, która obejmowała** tylko lekkie ćwiczenia rozciągające i relaksacyjne [483]. Trening wytrzymałościowy odbywał się codziennie przez 10 dni jako trening na bieżni. Uczestnicy biegali 5 razy na sesję przez 3 minuty z umiarkowanym wysiłkiem, a pomiędzy nimi 3 minuty z połową prędkości. Grupa placebo zajęła to samo miejsce pod względem czasu (30 minut dziennie przez 10 dni), w ich kadrze przesunięto

**3**

**145**

**3.3** - Interwencje indywidualne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.25** Wpływ interwencji w zakresie aktywności fizycznej w depresji na różne miary wyników. | | | | | | | | | | |
|  | **Depresja** | | | | | | | | | |
| **RCT** | | **RCT** | | **RCT** | **RCT** | | **RCT** | **RCT** | **RCT** |
| **Blumenthal et al. 1999** | | **Babyak et al. 2000** | | **Knubben et al. 2007** | **Veale et al. 1992** | | **Pincha- sov et al. 2000** | **Martinsen et al. 1985** | **Martinsen et al. 1989** |
| **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne**  **+ trening aerobowy wytrzymałościowy** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne**  **+ trening aerobowy wytrzymałościowy** | **Aerobowy trening wytrzymałościowy vs. placebo (program o niskiej intensywności)** | **Aerobowy trening wytrzymałościowy vs. standardowe leczenie.** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. program o niskiej intensywności** | **Aerobowy trening wytrzymałościowy vs. terapia światłem** | **Trening wytrzymałości tlenowej**  **+ Psychoterapia a terapia zajęciowa**  **+ Psychothe- rapy** | **Trening wytrzymałości tlenowej a trening siłowy lub gibkościowy** |
| *Cechy charakterystyczne związane z chorobą* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑Stan zdrowia psychicznego ogółem | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | ~ | k. A. | k. A | k. A |
| ↓Depresja - ciężka | ~ | ~ | +(+) | +(+) | ++ | ~ | ~ | ++ | ++ | ~ |
| ↓Strach | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Funkcje Ego | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Charakterystyka związana z leczeniem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↓Długość pobytu w szpitalu | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | + | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↓Częstotliwość nawrotów | k. A. | k. A. | + | + | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A. |
| *Jakość życia i funkcjonowanie społeczne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑Jakość życia | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A | k. A. |

**146**

**Rozdział 3** - Kontekst i dowody

**3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 3.25** cd. | | | | | | | | | | |
|  | **Depresja** | | | | | | | | | |
| **RCT** | | **RCT** | | **RCT** | **RCT** | | **RCT** | **RCT** | **RCT** |
| **Blumenthal et al. 1999** | | **Babyak et al. 2000** | | **Knubben et al. 2007** | **Veale et al. 1992** | | **Pincha- sov et al. 2000** | **Martinsen et al. 1985** | **Martinsen et al. 1989** |
| **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne**  **+ trening aerobowy wytrzymałościowy** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. leczenie farmakologiczne**  **+ trening aerobowy wytrzymałościowy** | **Aerobowy trening wytrzymałościowy vs. placebo (program o niskiej intensywności)** | **Aerobowy trening wytrzymałościowy vs. standardowe leczenie.** | **Trening wytrzymałości tlenowej vs. program o niskiej intensywności** | **Aerobowy trening wytrzymałościowy vs. terapia światłem** | **Trening wytrzymałości tlenowej**  **+ Psychoterapia a terapia zajęciowa**  **+ Psychothe- rapy** | **Trening wytrzymałości tlenowej a trening siłowy lub gibkościowy** |
| ↑Poczucie własnej wartości | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| *Inne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ↑aerobic fitness | ++ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↓Anergia | k. A. |  | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Sprawność sercowo-naczyniowa | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | + | k. A. | ~ |
| ↓Postawy dysfunkcyjne | ~ | ~ | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. |
| ↑Max. Pobór tlenu | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | k. A. | ++ | ++ |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną  + wyższość tendencyjna bez istotnej różnicy w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  - Wady w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | | | | | | | | |

ulepszone. Jednakże, jeśli trening fizyczny jest porównywany z jogą, a nie ze standardowym leczeniem, pozytywne efekty treningu wytrzymałościowego w dużej mierze znikają. W niektórych parametrach wynikowych joga była nawet bardziej skuteczna [465]. W niedawno przeprowadzonym randomizowanym badaniu kontrolowanym z Niemiec znaleziono dowody na to, że trening wytrzymałościowy spowodował większy wzrost objętości hipokampa niż gra w piłkę nożną u pacjentów ze schizofrenią [469]. Trzy nierandomizowane, kontrolowane badania dotyczyły programów terapii ćwiczeniami ukierunkowanymi na grę w porównaniu z grupą kontrolną. Włączone nierandomizowane badanie kontrolowane przez Hátlová i Bašny 1995 może wykazać, że procedura bardziej zorientowana na relaksację jest bardziej skuteczna w zakresie stanu psychicznego niż terapia ćwiczeniami zorientowanymi na grę [470]. Podczas gdy nierandomizowane, kontrolowane badanie Knoblocha z 1993 r. wykazało znacząco pozytywne wyniki w odniesieniu do kompetencji społecznych [471], w badaniu Deimela (1980) zachowanie motoryczne, zachowanie społeczne i emocjonalność uległy znaczącej poprawie w porównaniu z leczeniem standardowym (standardowa terapia ruchowa w klinice) [473]. Program ruchowy związany z kreatywnością (*terapia ruchem i dramą*) okazał się skuteczny w porównaniu z psychoterapią grupową w odniesieniu do ogólnego nasilenia choroby i poziomu funkcjonowania psychomotorycznego [409].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 30** |  |  |  |
| U osób z rozpoznaniem schizofrenii powinno być  - W zależności od objawów i tendencji, jak również biorąc pod uwagę możliwości fizyczne - interwencje ruchowe są stosowane jako część ogólnej koncepcji multimodalnej terapii.  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib** | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

Ponadto uwzględniono 3 randomizowane badania kontrolowane nad skutecznością **psychoterapii zorientowanej na ciało u osób ze schizofrenią.** Uwzględniono dwa starsze badania [463;474] i jedno nowsze [391]. W porównaniu z muzykoterapią, "*technika body-ego*" wykazała znaczącą poprawę ogólnych objawów psychicznych, zdolności do poruszania się i ogólnego poziomu funkcjonowania u osób ze schizofrenią [463]. Maurer-Groeli (1976) również prowadził ćwiczenia fizyczne jako część psychoterapii grupowej w randomizowanym, kontrolowanym badaniu. W tym przypadku istotne wyniki można było zaobserwować jedynie u pacjentów z zaburzeniami odczuwania ciała [474]. Podobnie Röhricht i Priebe (2006) porównali skuteczność psychoterapii opartej na ciele z sesjami poradnictwa wspierającego. U pacjentów z grupy interwencyjnej zaobserwowano istotne zmniejszenie objawów negatywnych. Nie stwierdzono różnic w grupach w odniesieniu do objawów pozytywnych, psychopatologii ogólnej, subiektywnej jakości życia, satysfakcji z leczenia i oceny relacji terapeutycznej [391].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 31** |  |  |  |
| Metody psychoterapii ciała powinny być stosowane u chorych na schizofrenię.  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: IIa** | | | |

U **pacjentów z depresją** istnieją dowody na to, że aerobowy trening wytrzymałościowy może poprawić ogólny stan psychiczny, a nawet zbliżyć się do skuteczności leków przeciwdepresyjnych w zakresie poprawy nasilenia depresji, lęku, jakości życia, samooceny i postaw dysfunkcyjnych (chociaż te ostatnie wydają się działać szybciej) [481]. Przeciwdepresyjny efekt ćwiczeń fizycznych, który od dawna uważany jest za utrwalony w odniesieniu do łagodnie chorych [487], wydaje się być obecny również u umiarkowanie i ciężko chorych [479;480;483]. Ponadto

Można wykazać izolowany pozytywny wpływ na parametry fizyczne lub zmniejszenie liczby nawrotów [482].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 34** |  |  |  |
| Regularna instruowana aktywność fizyczna powinna być oferowana w celu poprawy objawów psychologicznych, promowania świadomości ciała, odnalezienia wspólnoty i wzmocnienia kondycji.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

## 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 32** |  |  |  |
| W przypadku pacjentów z depresją regularne ćwiczenia powinny być stosowane w sposób ukierunkowany, z uwzględnieniem możliwości fizycznych pacjenta.  **Stopień zaleceń: B, Poziom dowodów: Ib** | | | |

**Uwaga**: Poziom zalecenia dla tego zalecenia w odniesieniu do podanego poziomu dowodów został obniżony, ponieważ dowody z badań nie były wystarczająco spójne, aby uzasadnić silne zalecenie.

W jednym z badań uczestnicy byli zachęcani do samodzielnego kontynuowania treningu/ćwiczeń zarówno w trakcie terapii, jak i po jej zakończeniu [481]. Ci byli uczestnicy badania zostali ponownie przebadani 6 miesięcy po zakończeniu terapii. Pacjenci, którzy zgłaszali regularne, samodzielne ćwiczenia w okresie obserwacji, istotnie rzadziej byli klasyfikowani jako chorzy na depresję w tym punkcie obserwacji [482].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 33** |  |  |  |
| Pacjentów należy zachęcać i kierować do kontynuowania i wykonywania regularnej aktywności fizycznej w życiu codziennym.  **Stopień zaleceń: 0, Poziom dowodów: III** | | | |

W podsumowaniu wyników badań można sformułować ogólne zalecenie dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi:

W **każdym przypadku, przed rozpoczęciem interwencji w zakresie aktywności fizycznej, należy sprawdzić stan zdrowia fizycznego pacjenta, a tym samym jego przydatność do aktywności fizycznej. Wdrażanie interwencji w zakresie aktywności fizycznej wymaga dobrze wyszkolonego personelu, posiadającego kompetencje w zakresie promocji ruchu, jak również specjalistyczną wiedzę na temat kierowania grupą, oceny objawów psychopatologicznych i działania leków.**

### Samopomoc i pojęcia pokrewne

### Wstęp

Samopomoc ma duże znaczenie w leczeniu osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi. Korzyści płynące z samopomocy są obecnie bezsporne. Trudno jednak o jednolite rozumienie samopomocy. Różnorodność form działania i aktorów, a także różne koncepcje doprowadziły do szerokiego rozpowszechnienia tego pojęcia.

*"****Samopomoc*** *jest definiowana jako wszystkie indywidualne i ge-*

*Samopomoc rozumiana jest jako forma działania społeczności lokalnej, której celem jest przezwyciężenie problemu zdrowotnego lub społecznego przez osoby nim dotknięte. Samopomoc opiera się przede wszystkim na doświadczeniu, ale może również obejmować wiedzę specjalistyczną. Natomiast termin* ***pomoc zewnętrzna*** *odnosi się zarówno do płatnej, jak i nieodpłatnej pomocy świadczonej przez laików lub specjalistów/ekspertów, których nie dotyczy problem."* ([488], S. 14)

Samopomoc promuje umiejętności samodzielnego zarządzania przez pacjentów i ich bliskich. Ponadto, osoby dotknięte chorobą uczą się rozumieć, akceptować i tolerować siebie nawzajem za osobliwości swojego myślenia, odczuwania i działania. Samopomoc oferuje im możliwość opracowania konkretnych strategii i zasobów. Korzystne jest łączenie interwencji profesjonalnych i nieprofesjonalnych.

W Niemczech samopomoc odbywa się zarówno pod wpływem ekspertów, jak i bez wsparcia. Wpływowe inicjatywy krewnych pojawiły się w latach 70. i 80. ubiegłego wieku. Inicjatywy osób poszkodowanych i działania samopomocowe krewnych są obecnie organizowane na szczeblu federalnym. W Niemczech *Federalne Stowarzyszenie Krewnych Osób Chorych na Psy-*

*chisch Kranker e. V. Bonn (BApK) została* założona. 1982

powstało *Niemieckie Stowarzyszenie Grup Samopomocy (DAG SHG)*, które dwa lata później otworzyło swój projekt NAKOS *(Krajowe Centrum Kontaktowe i Informacyjne dla Inicjowania i Wspierania Grup Samopomocy).* W 1992 r. założono *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE). (BPE), które dostarczyły* ważnych impulsów do powstania lokalnych grup samopomocy.

grupy samopomocowe [257]. Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne jest pokrywane przez

§ 20, ust. 4, SGB V (kodeks socjalny, księga V) w celu wspierania samopomocy.

■ **Oświadczenie 10**

Samopomoc stała się integralną częścią systemu wsparcia dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Wspiera umiejętności zarządzania sobą, służy wymianie i aktywizacji zasobów i sił samoleczenia oraz zrozumieniu i akceptacji choroby.

W dalszej części rozważone zostaną cztery różne formy samopomocy: 1) samokontrola, 2) edukacja i samopomoc wspierana przez media, 3) grupy samopomocy i 4) doradztwo rówieśnicze. Pokrewne koncepcje, które w pewnym stopniu pokrywają się z podejściami samopomocowymi, takie jak psychoedukacja peer-to-peer lub seminaria trialogowe, zostały wymienione w rozdziale poświęconym psychoedukacji (punkt 3.3.1). Inne podejścia, które wspierają samodzielne zarządzanie przez krewnych, takie jak bei-

Na przykład, dni informacyjne dla krewnych [489],

Wizyty krewnych [490], listy do krewnych [491] i karty informacyjne [492] można tu tylko wymienić. Wsparcie bliskich ma ogromne znaczenie w leczeniu osób chorych psychicznie [493]. Obciążenia krewnych są poważne i wielorakie. Oprócz obciążeń zdrowotnych i emocjonalnych, choroba bliskiej osoby ma daleko idące skutki, na przykład w postaci niekorzystnej sytuacji zawodowej, dodatkowych nakładów finansowych i czasowych lub ograniczenia możliwości spędzania wolnego czasu. Relacje z innymi są często zaburzone, a bliscy doświadczają dyskryminacji i odrzucenia [494]. Należy zaznaczyć, że do osób bliskich zalicza się nie tylko rodziców, ale także rodzeństwo, a w przypadku rodziny własnej chorego także partnerów i dzieci, którzy są w różny sposób zaangażowani, niepewni i potrzebujący wsparcia [495-499]. Równocześnie ważnym zasobem są krewni i związana z nimi społeczna integracja rodzinna. Pacjenci z własną rodziną mają lepsze rokowanie [500].

■ **Oświadczenie 11**

Krewni osób ciężko chorych psychicznie doświadczają poważnych i różnorodnych stresów. Jednocześnie są one ważnym zasobem i pełnią zasadniczą funkcję stabilizującą. Dlatego oprócz profesjonalnych możliwości pomocy i wsparcia należy również wspierać podejścia polegające na samoorganizującej się samopomocy dla krewnych.

### Dowody na istnienie indywidualnych form samopomocy

Pomimo wielu wysiłków badawczych w tej dziedzinie, nie ma prawie żadnych wysokiej jakości badań nad metodami samopomocy dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi. Dlatego też przedstawione dowody nie odnoszą się wyłącznie do pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. W następnym rozdziale dokonano również przeglądu dowodów dotyczących innych zaburzeń (psychicznych).

Zaburzenia lub łagodniejsze formy choroby zostały wzięte pod uwagę, o ile były istotne dla tej pracy i/lub nie było dostępnych dowodów na temat pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi.

#### Samozarządzanie

**3**

**Samozarządzanie lub samoregulacja** rozumiane jest jako zdolność do samodzielnego kształtowania własnego rozwoju. Ważnymi elementami w tym kontekście są przede wszystkim ciągła i krytyczna samoobserwacja, jak również wystarczająca motywacja wewnętrzna, formułowanie własnych celów, dalsze planowanie i organizowanie własnych działań oraz odpowiednia kontrola działania poprzez samowzmacnianie [501]. Przykładem jest opracowanie programu szkolenia w zakresie samokontroli w grupach samopomocowych dla pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi [502]. Program ten, oparty na koncepcji empowermentu, oferuje w różnych modułach konkretne strategie radzenia sobie w codziennym życiu w sposób samodzielny.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 35** |  |  |  |
| Samokontrola jest istotną częścią radzenia sobie z chorobą i powinna być wspierana przez cały proces leczenia.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

#### Edukacja i samopomoc wspierana przez media

Coraz większego znaczenia nabierają **edukacja medialna i samopomoc**. W tym kontekście od internetowej samopomocy odróżnia się korzystanie z poradników dla pacjentów, które będzie tu rozpatrywane pomimo silnego pokrywania się z obszarem "informacji dla pacjentów". Materiały poradnicze to pisemne informacje i pomoce edukacyjne dotyczące konkretnych zaburzeń i problemów. Nie istnieją podręczniki samopomocy dla zaburzeń, które ze względu na swoją specyfikę nie mają określonego znaczenia.

Jest on zorientowany na sytuację życiową zainteresowanych osób, które samodzielnie i na własną odpowiedzialność projektują poszczególne moduły. Wspierające zarządzanie sobą ma na celu rozszerzenie strategii rozwiązywania problemów i ścieżek rozwiązań, jak również wzmocnienie zaufania osób zainteresowanych do ich własnych kompetencji. Zarządzanie sobą obejmuje również świadomość procesów emocjonalnych i konfliktów biograficznych. Świadomość wczesnych sygnałów ostrzegawczych może być ważnym warunkiem wstępnym dla samopomocy. Podobnie, w ramach *Illness Management and Recovery Program* opracowano podejście mające na celu wzmocnienie strategii samozarządzania u pacjentów ze schizofrenią i innymi ciężkimi zaburzeniami [503] (Theapeutic Relationship and Recovery, 7 par. 3.1.1, 7 par. 3.1.3).

Przegląd systematyczny wykazał, że samo dostarczanie informacji ma niewielki wpływ na zachowania osób cierpiących na choroby przewlekłe. Tylko programy informacyjne i samopomocowe, które są aktywnie wspierane przez profesjonalistów, poprawiają wyniki związane ze zdrowiem u pacjentów z depresją, zaburzeniami odżywiania, astmą, cukrzycą i nadciśnieniem [504].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 36** |  |  |  |
| Poradniki i podręczniki samopomocy powinny być niezależne od interesów, łatwe do zrozumienia i wysokiej jakości.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

objawy lub nasilenie upośledzenia związanego z zaburzeniem uniemożliwiają samodzielne leczenie. W przypadku poważnych zaburzeń przydatne może być wykorzystanie materiałów z poradnika jako części wsparcia w fazie kontynuacji. Poradniki dla pacjentów zawierają zwykle szczegółowy wykaz i opis typowych dolegliwości i cech objawowych zaburzenia, informacje o różnych przejawach i ich zapisie diagnostycznym, a także o różnicowaniu z innymi zaburzeniami o podobnych objawach. Dalsze treści zawierają opis przyczyn i uwarunkowań zaburzenia, informacje o różnych przebiegach choroby, osobistych i społecznych konsekwencjach oraz zagrożeniach dla osób dotkniętych chorobą, opis najważniejszych metod leczenia, jak również informacje o możliwościach samopomocy i/lub praktycznego radzenia sobie z zaburzeniem oraz praktycznej dalszej pomocy.

**Dowody**

**Przewodnik dla pacjentów**

Przeglądy systematyczne i metaanalizy Różne interwencje samopomocowe w przypadku de- presji:

— Fanner 2008

— Morgan 2008

— Cuijpers 1997, meta-analiza: 6 badań

— Anderson 2005, metaanaliza: 11 badań

— Gregory 2004, meta-analiza: 17 badań

— Gellatly 2007, metaanaliza: 34 badania

**Samopomoc przez Internet**

Przegląd systematyczny w depresji:

— Sikorski 2010

Analiza treści w zaburzeniach dwubiegunowych i schizofrenicznych:

— Mrużenie oczu 2008

— Haker 2005

Do tej pory istnieje niewiele dowodów na skuteczność poradników dla pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Metaanalizy dotyczące skuteczności poradnictwa dla pacjentów **w zaburzeniach depresyjnych** odnoszą się do bardzo różnych grup pacjentów pod względem nasilenia objawów i wieku.

Niedawny przegląd systematyczny badający **skuteczność różnych interwencji samopomocowych u dorosłych z chorobą depresyjną o różnym nasileniu** wskazuje na pozytywne efekty poradnictwa pacjenta w chorobie depresyjnej [505]. W tym zakresie w metaanalizie uwzględniono 11 badań kontrolowanych z randomizacją, w których badano skuteczność poradnictwa dla pacjenta u osób powyżej 16. roku życia z objawami lub rozpoznaniem choroby depresyjnej niezależnie od jej nasilenia, z towarzyszącymi zaburzeniami lękowymi lub bez nich [506]. Większość z nich brała pod uwagę ogólnodostępne pisemne przewodniki dla pacjentów lub literaturę samopomocową. Interwencje kontrolne stanowiło albo leczenie konwencjonalne, albo listy oczekujących. Uwzględnione badania miały istotne braki (małe próby, niejasny opis run- domizacji, bardzo krótkie okresy obserwacji). Ogólnie rzecz biorąc, odnotowano **słabe pozytywne efekty** w zakresie **zmniejszenia objawów depresji**. Poradnictwo dla pacjenta w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne i pod warunkiem dodatkowego wsparcia zawodowego.

Wsparcie neller, wydawało się pomocne dla niektórych osób. Inna metaanaliza opierała się na 17 badaniach porównawczych, w których badano skuteczność literatury poradnikowej u pacjentów z depresją w grupie oczekującej [507]. Również w tym przypadku zastosowanie poradników dla pacjentów okazało się lepsze od interwencji kontrolnej pod względem **zmniejszenia symptomatologii depresji.** W starszej metaanalizie, opartej na 6 randomizowanych badaniach kontrolowanych o bardzo małych próbach, porównywano pod względem skuteczności stosowanie doradców pacjenta z terapią indywidualną lub grupą oczekującą. W porównaniu z grupą oczekującą stwierdzono duży wpływ poradnictwa dla pacjentów na zmniejszenie objawów depresji, ale nie w przypadku terapii indywidualnej. Autorzy przestrzegają przed uogólnianiem wyników, gdyż rekrutacja odbywała się poprzez ogłoszenia w mediach [508]. W innej metaanalizie badano **możliwe czynniki wpływające lub skuteczne u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi**, oprócz **skuteczności interwencji samopomocowych** (informacje pisemne, kasety audio i wideo, prezentacje komputerowe) [509]. Należy również zaznaczyć, że wybrano szerokie kryteria włączenia, dzięki czemu do poszczególnych badań włączono różne grupy osób (w tym pacjentów zagrożonych wystąpieniem zaburzeń depresyjnych). Dokonano rozróżnienia między czystymi (pure*)* i *kierowanymi (guided)* interwencjami grup samopomocowych. Biorąc pod uwagę wszystkie interwencje samopomocowe, stwierdzono **średni wpływ na symptomatologię, który wzrastał, gdy ograniczono interwencje samopomocowe z niewielkim wsparciem profesjonalnym.** Tylko interwencje oparte na *samopomocy* okazały się bardziej skuteczne niż interwencje kontrolne (głównie lista oczekujących, leczenie konwencjonalne).

znacznie wyższa skuteczność.

Fanner i współpracownicy (2008) w swoim przeglądzie doszli do porównywalnych wyników. Istnieją efekty korzystania z literatury samopomocowej, ale są one często oparte na bardzo małych próbach. Wykorzystanie różnych mediów różni się znacznie w poszczególnych badaniach. Okresy obserwacji są bardzo krótkie. Nie ma też **dotychczas dowodów na skuteczność literatury samopomocowej w przypadku ciężkich chorób psychicznych** [510].

■ **Oświadczenie 12**

Pomocne wydaje się wskazywanie pacjentom i ich krewnym możliwości uzyskania wsparcia w postaci doradców, podręczników samopomocy i programów szkoleniowych (np. szkolenia w zakresie komunikacji, szkolenia w zakresie samodzielnego zarządzania) oraz zachęcanie ich do tego poprzez dostarczanie konkretnych pozycji literaturowych lub ulotek na temat aktualnych wydarzeń.

**Interwencje samopomocowe oparte na Internecie i komputerze** wygrywają dzięki niskiemu progowi dostępu oraz elastyczności czasowej i lokalnej.

coraz ważniejsze. Osoby dotknięte chorobą mają również możliwość samodzielnego wyboru tempa. Postrzegana stygmatyzacja zostaje zredukowana do minimum. Osoby z nawracającymi i przewlekłymi chorobami poszukują również

i zdolność do refleksji. Główne problemy dotyczą jakości i wiarygodności informacji i źródeł, a także ochrony danych [517;518]. Nadmierne korzystanie z Internetu połączone z jednoczesnym wycofaniem się z życia społecznego

**3** Wsparcie w wymianie z innymi cierpiącymi

niesie ze sobą również zwiększone ryzyko uzależnienia.

[511]. Obecnie istnieje wiele różnych metod wspomaganych komputerowo; większość badań odnosi się do interwencji z wykorzystaniem Internetu [512].

Niedawny przegląd systematyczny dotyczący **skuteczności komputerowej i internetowej terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach depresyjnych** obejmował 16 randomizowanych badań kontrolowanych [512]. Żadne z badań nie zostało przeprowadzone w Niemczech. W większości badań nie oferowano dodatkowego kontaktu z terapeutą. Z kolei w kilku badaniach wsparcie terapeutyczne było minimalne (sesja terapeutyczna twarzą w twarz, informacja zwrotna i instruktaż za pośrednictwem poczty elektronicznej, facylitacja forów grupowych). Interwencje miały charakter behawioralny, ukierunkowany na budowanie aktywności, monitorowanie objawów, psychoedukację i restrukturyzację poznawczą. W szczególności ten rodzaj interwencji okazał się **skuteczny w zmniejszaniu objawów u osób z łagodną i umiarkowaną depresją.** Efekty interwencji były zależne od częstotliwości i czasu trwania kontaktu z terapeutą oraz od formy grupy kontrolnej. Badania, w których analizowano interwencję internetową bez opieki, wykazały niespójne wyniki. Autorom udało się również wykazać, że efekty takiej interwencji samopomocowej były widoczne również w 4 badaniach, w których uczestniczyli pacjenci z **dużą depresją. We** wszystkich 4 badaniach nawiązano również minimalne kontakty terapeutyczne [513-516].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 37** |  |  |  |
| Oferty internetowe i komputerowe z możliwością uzyskania profesjonalnej informacji zwrotnej mogą być pomocne przy odpowiedniej motywacji.  **Stopień rekomendacji: PPP** | | | |

**Internetowe fora samopomocy** również zyskują na znaczeniu jako platforma komunikacyjna dla osób chorych psychicznie i ich bliskich. Oprócz wymienionych już wyżej zalet, takich jak duża elastyczność, anonimowość i samoregulacja, istnieją również wady i zagrożenia. Warunkiem wstępnym udanej komunikacji online jest pewna kompetencja językowa.

działalności internetowej. Szkodliwe skutki może mieć również korzystanie ze specjalnych czatów, które oferują szczególnie podatnym na zagrożenia nastolatkom i młodym dorosłym z ideą samobójczą zwiększoną możliwość wymiany poglądów [519].

Analiza treści 1200 wypowiedzi z **forów internetowych dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi** miała na celu **ocenę zachowań użytkowników** tych **forów** [520]. Większość wpisów została napisana przez pacjentów (93%), pozostałe przez krewnych (5%) oraz przez profesjonalnych pomocników (2%). Najczęstszymi tematami były sieci społeczne osób dotkniętych chorobą (22%) oraz

%), objawy choroby (20 %), leczenie farmakologiczne (15 %), profesjonalna pomoc (9 %) i radzenie sobie z diagnozą (9 %). Ponadto przeanalizowano mechanizmy samopomocy i stwierdzono, że najczęściej wybieraną formą jest samoujawnienie (49%). Pozostałe mechanizmy zostały przyporządkowane do następujących kategorii: Komentarze na forum i afirmacja poczucia wspólnoty (20%), empatii i wsparcia (18%).

%), przyjaźń między członkami (16 %) i wymiana informacji (14 %). Wyniki badań wskazują, że sieć społeczna osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi ma kluczowe znaczenie w radzeniu sobie z chorobą. Szczególnie pacjenci szukają i znajdują emocjonalną ulgę i wsparcie w radzeniu sobie z chorobą na internetowych forach samopomocy.

Podobną analizę wypowiedzi przeprowadzili Haker i współpracownicy (2005) na 12 **międzynarodowych internetowych forach samopomocy dla osób chorych na schizofrenię.** Omawiano głównie kwestie związane z chorobą, takie jak objawy, leki i cierpienie emocjonalne (około 33%), a także niefarmakologiczne formy leczenia, terapeutów i sieci społeczne (około 25%). Jeśli chodzi o rozpoznawalne mechanizmy samopomocy, to dominowało ujawnianie osobistych doświadczeń (48%) i udzielanie informacji (42%) [521].

#### Grupy samopomocowe

Grupy samopomocy są tworzone w różny sposób: grupy zamknięte lub otwarte, grupy samopomocy dla osób dotkniętych chorobą lub grupy samopomocy dla rodzin lub grupy mieszane dla pacjentów i ich krewnych, jak również grupy samopomocy związane z zaburzeniami.

grupy specyficzne vs. grupy z zaburzeniami krzyżowymi. Ponadto należy rozróżnić między małymi grupami, które podejmują wszystkie decyzje wspólnie, a dużymi grupami o hierarchicznej strukturze przywództwa.

**Treść jest tworzona** przez członków grupy. Dominują tematy dotyczące sytuacji osób dotkniętych chorobą, aktualnych problemów i pozytywnych zmian. Omawiane są pytania dotyczące diagnostyki, objawów i wczesnych sygnałów ostrzegawczych choroby, rozwoju i przebiegu choroby, a także problemów związanych z leczeniem i rehabilitacją. Ponadto omawiane są problemy emocjonalne związane z chorobą, radzenie sobie z konkretnymi objawami czy oferty profesjonalnej pomocy.

**Wymiana doświadczeń i informacji** w grupach samopomocy często prowadzi do emocjonalnej ulgi i rozszerza strategie radzenia sobie z chorobą. Uczestnicy mogą doświadczyć konkretnego wsparcia życiowego i wzmocnienia pewności siebie. Mogą oni otrzymać wskazówki dotyczące rozpoznawania wczesnych sygnałów ostrzegawczych oraz opracowania indywidualnej sieci i planu kryzysowego. **Mechanizmy działania** obejmują mo- del uczenia się, samopoznania, wzajemnego wsparcia emocjonalnego i poszerzania wiedzy [522]. Ponadto, celem inicjatyw samopomocowych jest podnoszenie świadomości społecznej, edukacja publiczna oraz społeczne i polityczne rzecznictwo problemów członków grupy (7 Rozszerzone Rekomendacje Działań).

Dla krajów niemieckojęzycznych przyjęto następującą definicję Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG). (DAG SHG): *"Grupy samopomocy są dobrowolnymi stowarzyszeniami ludzi na poziomie lokalnym/regionalnym, których działalność skupia się na wspólnym rozwoju sieci społecznej.*

*Ich celem jest pomoc ludziom w radzeniu sobie z chorobami i/lub problemami zdrowia psychicznego, które ich dotykają, zarówno ich samych, jak i ich krewnych. Nie chcą zarabiać na swojej pracy. Ich celem jest zmiana osobistych warunków życia, a często także wpływ na otoczenie społeczne i polityczne. W regularnej, często cotygodniowej pracy w grupach podkreślają równe szanse dla wszystkich.*

*Cele grup samopomocowych skierowane są przede wszystkim do ich członków. Cele grup samopomocowych skierowane są przede wszystkim do ich członków. Pod tym względem różnią się one od innych form zaangażowania obywatelskiego. Grupy samopomocowe nie są prowadzone przez profesjonalistów (np. lekarzy, terapeutów, innych specjalistów medycznych lub społecznych); jednak niektóre z nich od czasu do czasu konsultują się z ekspertami w konkretnych sprawach."* [523]

Telefoniczna ankieta zdrowotna z 2003 r., oparta na danych pochodzących od 8 318 respondentów w wieku powyżej 18 lat, wykazała, że 8,9% respondentów kiedykolwiek uczestniczyło w grupie wsparcia związanej ze zdrowiem. Wydaje się, że większe zainteresowanie było wśród kobiet. Doświadczenie uczestnictwa było dwukrotnie wyższe wśród respondentów, którzy zgłosili, że są przewlekle chorzy lub poważnie niepełnosprawni. Ogólnie rzecz biorąc, w ciągu ostatnich 20 lat w Niemczech nastąpił wzrost uczestnictwa w grupach samopomocy [524].

**Samopomocowe Punkty Kontaktowe,** jako regionalne instytucje zawodowe, oferują usługi doradcze i pełnią rolę drogowskazów w systemie usług zdrowotnych i społecznych. Pracownicy:

— świadczy usługi w zakresie samopomocy w różnych tematach, obszarach i wskazaniach,

— informować zainteresowanych obywateli o grupach samopomocowych,

— oferuje darmowe sesje oczyszczania dla ofiar,

— otworzyć dostęp do istniejących grup samopomocy,

— pomoc w zakładaniu nowych grup samopomocy,

— doradzać istniejącym grupom samopomocy w zakresie problemów,

— zapewniają sale grupowe i infrastrukturę,

— działać jako ośrodek łączący sektor grup samopomocy z profesjonalnym systemem opieki oraz

— reprezentują podejście samoodpowiedzialnej pracy grup samopomocowych w społeczeństwie. [525]

**Dowody:**

**Recenzje**

Przegląd samopomocy w zakresie zdrowia psychicznego

Choroby:

— Borgetto 2004

**3**

**Indywidualne badania**

— Segal 2010 (kontrolowany losowo)

Studium)

— Schulze Mönking 1994 (Randomizowany

badanie kontrolowane)

— Burti 2007 (Naturalistyczne porównanie porównawcze stu-

the)

— Leung i Arthur 2004 (Badanie jakościowe)

—Höfl ich 2007 (badanie katamnezy)

Chociaż korzyści płynące z samopomocy są bezsporne, **skuteczność grup samopomocy nie została jeszcze dostatecznie udowodniona**. Szeroki zakres możliwych zastosowań i niespójna operacyjność koncepcji grup samopomocy utrudniają przegląd aktualnego stanu badań. Perspektywiczne randomizowane badania efektywności są mało prawdopodobne, ponieważ nie można "przepisać" zaangażowania w grupy samopomocy [522].

Ostatni przegląd systematyczny obejmował 7 badań z podłużną konstrukcją i grupami kontrolnymi bez randomizacji [526]. Wskazania były szerokie i obejmowały zarówno choroby somatyczne, jak i psychochirurgiczne oraz problemy psychologiczne. **Żaden z**

**Grupy samopomocy odnoszą się do osób dotkniętych ciężką chorobą psychiczną, jak** określono w niniejszych wytycznych. **Cztery z siedmiu badań wykazały**

**pozytywny wpływ na dominujące objawy**. Żadne z badań nie wykazało wad w porównaniu z grupami kontrolnymi. Autorzy przytaczają m.in. aspekty merytoryczne jako potencjalne przyczyny różnych wyników oceny. Na przykład, uczestnictwo w grupach samopomocy nie osiąga porównywalnej skuteczności we wszystkich sytuacjach problemowych.

Borgetto (2004) stwierdziło również, że **dowody naukowe dotyczące skuteczności samopomocy środowiskowej są w dużej mierze** oparte **na badaniach koncepcyjnych, opisowych i rozpoznawczych o ograniczonej wiarygodności metodologicznej.** Grupy samopomocowe i organizacje samopomocy dla osób z chorobami psychicznymi - pokazują to przede wszystkim badania w USA - mają pozytywny wpływ na czas pobytu w szpitalu, częstotliwość rehospitalizacji i jakość opieki.

Wyniki badania pokazują, że stan zdrowia pacjenta poprawia się i jest on w stanie utrzymać się w codziennym życiu bez kontaktu z profesjonalnym systemem opieki. Ponadto poprawiają się możliwości radzenia sobie z chorobą, poczucie bezpieczeństwa i poczucie własnej wartości oraz zadowolenie ze zdrowia i życia jako całości. Siła tych efektów wydaje się zwiększać wraz z czasem trwania i intensywnością uczestnictwa w grupach samopomocowych lub przynależności do organizacji samopomocowych [488].

**Połączenie *agencji samopomocy*** *(SHA)* **i leczenia przez środowiskowe służby zdrowia psychicznego-**

W randomizowanym badaniu kontrolowanym *wspólnotowa agencja zdrowia psychicznego w* **USA doprowadziła do** znacznej poprawy procesu *zdrowienia* pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi (schizofrenia, zaburzenia afektywne itp.) w porównaniu z pacjentami, którzy nie korzystali z samopomocy. W ciągu ośmiomiesięcznego okresu obserwacji w grupie eksperymentalnej wystąpiły istotne zmiany w zakresie upodmiotowienia osobowego, samodzielności, działań na rzecz integracji społecznej, beznadziei i objawów psychopatologicznych. Zmiany w grupie kontrolnej były mniej wyraźne. Należy zauważyć, że pomimo marginalizacji, w badaniu bazowym zaobserwowano różnice w odniesieniu do niektórych zmiennych demograficznych [527] (tabela 3.26).

W naturalistycznym badaniu porównawczym

Badano **wpływ szeroko zakrojonych działań istniejącej grupy wsparcia na wyniki kliniczne i społeczne oraz na korzystanie z usług opiekuńczych i koszty bezpośrednie w** ciągu 2 lat obserwacji. Ponad połowa pacjentów miała schizofrenię lub zaburzenia pokrewne. Osoby korzystające z działań samopomocowych korzystały przed rozpoczęciem badania z większej ilości usług opieki psychiatrycznej niż pacjenci z grupy kontrolnej (brak korzystania z grup samopomocowych). W późniejszym okresie różnica ta zmniejszyła się wraz z obecnym wzrostem korzystania z usług opieki przez uczestników grup samopomocy. Ponadto, w tej grupie można by zmniejszyć liczbę dni leczenia stacjonarnego. Istniała tendencja, że w grupie użytkowników samopomocy wzrastała satysfakcja z edukacji i aktywności zawodowej i w przeciwieństwie do grupy kontrolnej postrzegane problemy pozostawały stabilne pod względem liczby i nasilenia, natomiast osoby z grupy kontrolnej wskazywały na wzrost problemów. W odniesieniu do parametrów klinicznych i społecznych nie stwierdzono istotnych różnic w żadnej z grup [528] (tabela 3.26).

W badaniu jakościowym (Hongkong), 12 pacjentów z chorobami psychicznymi (34-50 lat) zostało przebadanych na temat **skuteczności grup samopomocy.** Wyniki pokazują, że uczestnictwo w grupie samopomocy wyzwala pozytywne doświadczenia u osób dotkniętych chorobą i prowadzi do zmian w ich codziennym życiu, a także wspiera proces rehabilitacji [529].

W wieloośrodkowym badaniu katamnezy pacjentów z 4 specjalistycznych klinik psychosomatycznych, **poststa-**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 3.26** Wpływ grup samopomocowych na różne parametry docelowe | | | |
| **Badania indywidualne** | **Segal 2010 RCT**  **Pacjenci** | **Burti 2005 Badanie porównawcze pacjenci** | **Schulze-Mönking 1994 RCT**  **Krewni** |
| ↑Uprawnienia osobiste | ++ | k. A. | k. A. |
| ↓Nasilenie objawów (ogólnie) | ++ | ~ | k. A. |
| ↑Doświadczenie własnej skuteczności | ++ | k. A. | k. A. |
| ↑Działalność społeczna | ++ | ~ | ++ |
| ↓Beznadzieja | ++ | k. A. | k. A. |
| ↓Korzystanie z usług komunalnych | k. A. | + | k. A. |
| ↓Dni leczenia stacjonarnego | k. A. | + | k. A. |
| ↑Zadowolenie z edukacji i pracy | k. A. | + | k. A. |
| ↓Doświadczenie stresu | k. A. | + | k. A. |
| ↓wyrażone emocje | k. A. | k. A. | ~ |
| ↓Dolegliwości fizyczne | k. A. | k. A. | ++ |
| ++ znacząca przewaga w grupie eksperymentalnej w porównaniu do grupy kontrolnej  + tendencyjna wyższość bez znaczącej różnicy w grupie eksperymentalnej vs. kontrolnej lub brak RCT  ~ Wyniki porównywalne w obu grupach  k. Brak informacji na temat tego kryterium wyniku.  ↓Redukcja  ↑Zwiększenie | | | |

W badaniu tym badano również **stosowanie psychoterapii ambulatoryjnej lub powtórnej stacjonarnej oraz samopomocy w** rok po wypisie ze szpitala [530]. Pierwotnymi rozpoznaniami psychicznymi pacjentów były: depresja i dystymia, zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia stresowe i lękowe, rzadziej zaburzenia somatoformiczne i zaburzenia odżywiania. 8% z 2933 badanych pacjentów uczestniczyło w zajęciach grupy samopomocowej, najczęściej w połączeniu z psychoterapią ambulatoryjną. Uczestnicy grup samopomocowych różnili się od pacjentów terapii ambulatoryjnej przede wszystkim większą otwartością na nowe doświadczenia i bardziej pozytywną oceną grup. Ogólnie rzecz biorąc, uczestnicy badania, którzy po hospitalizacji uczestniczyli w psychoterapii i/lub samopomocy, wydawali się bardziej obciążeni psychicznie. Okazało się również, że w terapii ambulatoryjnej częściej poruszali temat grup samopomocowych.

**Skuteczność rodzinnych grup wsparcia** została zbadana w badaniu **Münster Family Study. Z** jednej strony badanie wykazało, że krewni ciężko chorych psychicznie schizofreników płci męskiej z wysokim poziomem tzw. zachowań ekspresyjno-emocjonalnych byli bardziej skłonni do przystąpienia do grupy samopomocowej.

W ciągu 2 lat pacjenci z grupy eksperymentalnej wydawali się rozwijać lepiej niż pacjenci z grupy kontrolnej (krewni bez udziału w grupie samopomocy). Mimo że ekspresja wyrażanych emocji wśród krewnych w grupie eksperymentalnej pozostała niezmieniona, opisano jednak wzrost kontaktów społecznych i zmniejszenie dolegliwości fizycznych wśród krewnych [531].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zalecenie 38** |  |  |  |
| Pacjenci powinni być informowani o grupach samopomocy i grupach dla krewnych, a w razie potrzeby zachęcani do udziału w nich. 1 **Stopień zalecenia: PPP**  *1 por. NVL Depresja* | | | |

Obok pozytywnych efektów aktywnego uczestnictwa w grupie samopomocowej opisywane są również **ograniczenia** [525]. Jedno z badań wykazało na przykład, że możliwe wczesne wystąpienie

## 3

**Rozszerzone zalecenia dotyczące działań**

Wsparcie samopomocy pacjentów i ich bliskich przez profesjonalnych pomocników może odbywać się na różne sposoby:

— konkretne nazewnictwo (następnego)

10) Punkt kontaktowy,

— Informowanie o regionalnych grupach samopomocowych za pomocą ogłoszeń i ulotek w miejscach publicznych lub podczas imprez informacyjnych,

4 Towarzyszenie przez doradców rówieśniczych,

— wsparcie infrastrukturalne4 wsparcie na rzecz interesów

poprzez udostępnianie pomieszczeń w instytucjach społecznych i kościelnych oraz w klinikach i gabinetach psychiatrycznych,

— Pomoc w tworzeniu i rozwoju (towarzyszenie) grup samopomocy,

— świadome projektowanie przejść z grup zawodowych do grup samopomocowych,

— Promowanie sieci współpracy pomiędzy systemem opieki a grupami samopomocy,

—Reprezentacja grup samopomocowych w regionalnych organach planowania i

— Wsparcie dla samopomocowych działań public relations.

niepowodzenie w grupie samopomocowej może stanowić poważne obciążenie dla poszczególnych pacjentów [532]. W innych miejscach wskazuje się na niebezpieczeństwo przejęcia przez instytucje systemu opieki zawodowej. Przejęcie funkcji opiekuńczych lub zadań terapeutycznych w ramach czynności samoobsługowych przez osoby dotknięte chorobą może również powodować ryzyko nadmiernych wymagań [533]. Przedmiotem kontrowersji jest również kwestia tzw. samopomocy "na receptę", która jest szczególnie rozpowszechniona w dziedzinie uzależnień.

#### Poradnictwo rówieśnicze

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stwierdza: "Udział osób korzystających z usług w zakresie zdrowia psychicznego i ich rodzin jest ważną częścią procesu reform. Dowody wskazują, że aktywne uczestnictwo pracowników służby zdrowia psychicznego i ich rodzin poprawia jakość opieki i usług. Powinni być również zaangażowani w rozwój i realizację szkoleń, aby pracownicy służby zdrowia psychicznego lepiej rozumieli ich potrzeby." [534] Zaangażowanie osób obecnie lub w przeszłości dotkniętych chorobą psychiczną staje się coraz ważniejsze na różnych poziomach (np. praca w komisji, badania, szkolenia, społeczne psychiatryczne dziedziny pracy). W międzyczasie w wielu krajach podejmowane są liczne działania w zakresie pracy społeczno-psychiatrycznej. W literaturze 3

Znajdź kategorie wsparcia dla osób dotkniętych chorobą:wzajemne wsparcie, (2) uczestnictwo w usługach wsparcia dla osób dotkniętych chorobą (usługi prowadzone przez użytkowników lub peer-run) oraz (3) (jednostronne) wsparcie osób dotkniętych chorobą przez byłe osoby dotknięte chorobą (wsparcie peer-run) [535]. Doradcy rówieśniczy przeszkoleni w ramach finansowanego przez UE programu Experienced Involvement Curriculum (kursy EX-IN) są nowym zasobem w świecie niemieckojęzycznym. Szkolenie koncentruje się z jednej strony na refleksji nad własnymi doświadczeniami, z drugiej zaś na zdobywaniu umiejętności i wiedzy do pracy z perspektywy osoby doświadczonej [534;536]. Opieka nad zdrowiem psychicznym, która jest zorientowana na potrzeby i wymagania osób chorych psychicznie i ma na celu rozwój, wyzdrowienie i upodmiotowienie, musi dostrzegać i wykorzystywać modele wyjaśniania i radzenia sobie osób dotkniętych chorobą. Poza Niemcami, udział ekspertów z doświadczeniem

z. W niektórych przypadkach zostało to dobrze wdrożone do codziennej opieki. Na przykład w Zjednoczonym Królestwie specjaliści psychiatrii są włączani do zespołów leczenia domowego, a poradnictwo rówieśnicze jest już szeroko stosowane w USA [536]. Również w Niemczech istnieją instytucje psychiatryczne, które po ukończeniu kursów EX-IN zatrudniają osoby dotknięte tym schorzeniem w ramach opieki psychiatrycznej.

Badanie przeglądowe dotyczące **wykorzystania "ekspertów przez doświadczenie"** pokazuje bardzo zachęcające wyniki [537]. W 4 badaniach kontrolowanych z randomizacją wykazano, że efekty kon- kurencji są pozytywne.

Badano skuteczność profilaktycznego wsparcia psychiatrycznego (np. case management, działania społeczne) udzielanego przez osoby dotknięte i nie dotknięte chorobą. **Wsparcie udzielone przez osoby** poszkodowane okazało się **równoważne w odniesieniu do różnych zmiennych docelowych**. Jedno z badań wykazało korzyści w postaci zmniejszonego zapotrzebowania na leczenie szpitalne w grupie osób chorych psychicznie, którym towarzyszyli *rówieśnicy.*

**Integracja dwóch podejść**, *Assertive Community Treatment* (ACT) i *Illness Management and Recovery* (IMR), z udziałem ekspertów rówieśniczych, w leczeniu dorosłych z ciężkimi chorobami psychicznymi przez 2 lata doprowadziła do **zmniejszenia liczby przypadków leczenia szpitalnego w** grupie IMR [538]. Jedną ze szczególnych korzyści płynących z pracy *ekspertów jest możliwość* kontaktu z pacjentami, do których trudno dotrzeć. Pacjenci zgłaszali również poczucie zrozumienia i akceptacji ze strony rówieśników [539]. W badaniu pilotażowym wykazano, że poradnictwo rówieśnicze może być pomocne także w warunkach szpitalnych [540].

■ **Oświadczenie 13**

Poradnictwo rówieśnicze może poprawić dostępność i przestrzeganie zasad przez pacjentów i krewnych. *Uwaga:* Rozdział dotyczący *samopomocy jest oparty na odpowiednich sekcjach podręcznika leczenia S3.*

*Wytyczne dotyczące zaburzeń dwubiegunowych [2].*



**159**

**4**

# Matryce niemieckie

**System opieki - pomoc dla osób ciężko chorych psychicznie**

### Wprowadzenie - 160

* 1. **Społeczne ramy prawne - 164**

### Leczenie i rehabilitacja społeczno-psychiatryczna - 169

* + 1. Leczenie ambulatoryjne i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie - 169
    2. Częściowe leczenie stacjonarne i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie - 178
    3. Leczenie stacjonarne i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie - 180

### Zintegrowana pomoc na rzecz uczestnictwa w pracy i zatrudnienia - 183

* + 1. Tendencje i rozwój w dziedzinie uczestnictwa zawodowego - 185
    2. Wdrażanie zatrudnienia wspomaganego w Niemczech - 186

### Usługi psychiatrii społecznej w zakresie uczestnictwa w życiu społeczności - 188

* + 1. Usługi psychiatrii społecznej w zakresie organizacji dnia i poszukiwania kontaktów - 188
    2. Usługi psychiatrii społecznej na rzecz samowystarczalności mieszkaniowej - 189

### Tworzenie sieci i współpraca - 192

**4.1** **Wprowadzenie**

Od ponad 30 lat w psychiatrii panuje zgoda co do tego, że opieka nad osobami cierpiącymi na choroby psychiczne powinna mieć charakter wspólnotowy, a zatem być jak najbliższa rzeczywistości życiowej. W 1975 r. komisja śledcza niemieckiego Bundestagu

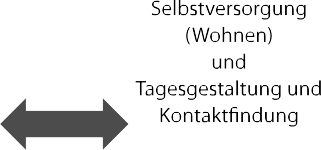
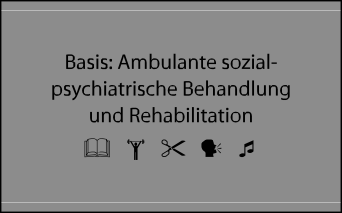
Niemieckie Towarzystwo Psychiatryczne przedstawiło 1.800-stronicowy raport o stanie psychiatrii w Niemczech. "Warunki niegodne człowieka" zostały znalezione i rozpoczęto reformę psychiatryczną. Już w 1963 roku w NRD pojawiły się także postulaty psychiatrii społecznej w postaci "Rodewischer Thesen" [541]. Oprócz orientacji na zasady opieki środowiskowej i zorientowanej na potrzeby, sformułowano wymagania dotyczące równego traktowania osób chorych psychicznie i fizycznie oraz koordynacji wszystkich usług opiekuńczych w zależności od potrzeb. Szczegółowo oznaczało to restrukturyzację istniejących do tej pory dużych szpitali psychiatrycznych, rozwój i tworzenie usług komplementarnych i ambulatoryjnych, promowanie usług doradczych i grup samopomocy, promowanie szkoleń i dokształcania oraz rozwój modelowych obszarów opieki w regionach miejskich i wiejskich [542]. Szczególną uwagę zwrócono również na grupę osób przewlekle chorych, których integracja społeczna i zawodowa powinna być na pierwszym planie.

Dlatego też w Niemczech w ciągu ostatnich 30 lat **krajobraz opieki psychospołecznej rozwinął się** bardzo intensywnie. W latach 60-tych XX wieku opiekę stacjonarną sprawowało 130 szpitali psychiatrycznych, dysponujących średnio 1200 łóżkami, co oznaczało, że większości pacjentów nie było w domu. Większość pacjentów przyjmowanych przymusowo pozostawała na oddziałach w przeważającej mierze zamkniętych średnio przez rok; prawie 60% pacjentów mieszkało w szpitalu specjalistycznym dłużej niż dwa lata. Obsada była więcej niż niewystarczająca (stosunek lekarz do pacjenta 1:78, psycholog do pacjenta 1:500). Usługi częściowe szpitalne, ambulatoryjne i uzupełniające były wyraźnie słabo rozwinięte [542]. Obecnie w sektorze pacjentów szpitalnych z jednej strony istnieją znacznie mniejsze i zrestrukturyzowane placówki specjalistyczne

Z drugiej strony, w szpitalach ogólnych powstaje coraz więcej oddziałów psychiatrycznych. W tym samym czasie, gdy liczba łóżek szpitalnych zmniejszyła się, wymuszona została rozbudowa placówek opieki dziennej. W Niemczech kliniki dzienne odgrywają ważną rolę na styku leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego i stanowią alternatywę dla szpitali psychiatrycznych. W sektorze opieki ambulatoryjnej znacznie wzrosła liczba specjalistów w prywatnej praktyce. Stworzono wiele innych usług ambulatoryjnych i opiekuńczych oraz poszerzono obszar opieki uzupełniającej.

**Opieka nad** osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi opiera się w zasadzie na **3 filarach** (. Rys. 4.1). Środki leczenia psychiatryczno-psychoterapeutycznego i rehabilitacji, w tym opieka i doradztwo, są dostępne w formie ambulatoryjnej, dziennej i stacjonarnej i mają na celu wspieranie zdrowia, łagodzenie objawów i przezwyciężanie lub zmniejszanie skutków choroby. Zwłaszcza w przypadku osób chorych psychicznie z przewlekłym i ciężkim przebiegiem choroby, często związanym z upośledzeniem w różnych dziedzinach życia, duże znaczenie mają również usługi w zakresie uczestnictwa w życiu zawodowym i w życiu społeczności. Usługi rehabilitacyjne mogą obejmować środki rehabilitacji medycznej (por. filar leczenia i rehabilitacji), środki rehabilitacji zawodowej i społecznej, jak również usługi dodatkowe (np. usługi konserwacyjne). W przypadku wyczerpania możliwości rehabilitacyjnych bez osiągnięcia celów rehabilitacyjnych stosuje się pomoc psychospołeczną, którą podsumowuje się również pod pojęciem "opieki uzupełniającej". Należą do nich np. interwencje w zakresie życia wspieranego [543].

Wszystkie formy pomocy, leczenia i opieki są ściśle powiązane ze sobą i powodują interakcje. W kolejnych rozdziałach pokrótce opisano odpowiednie interwencje z tych obszarów. Na tle informacji przedstawionych w poprzednich rozdziałach



. **Rys. 4.1** Matryca niemieckiego systemu zaopatrzenia

Oprócz wymienionych powyżej dowodów międzynarodowych, podkreślono indywidualne podejścia na poziomie interwencji systemowych. W pierwszej kolejności przedstawione zostały aspekty społeczno-prawnych ram leczenia i opieki nad osobami chorymi psychicznie w Niemczech. Wreszcie, niemiecki system leczenia i opieki zostanie przeanalizowany z perspektywy tworzenia sieci i współpracy. U podstaw tego wszystkiego leżą podstawowe zasady profesjonalnego działania, o których również będzie mowa. Indywidualna inter-

Pozostałe rodzaje terapii (psychoedukacja, terapia sportowa i ruchowa, terapia zajęciowa, trening umiejętności społecznych, terapie artystyczne), dla których w ramach niniejszych wytycznych zebrano aktualne dowody, nie są tu ponownie opisywane. W . Na Rys. 4.1 podjęto próbę klasyfikacji poszczególnych interwencji w odpowiednich obszarach praktyki (. Rys. 4.1). W całym tekście znajdują się odniesienia do odpowiednich rozdziałów materiału dowodowego.

**4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 4.1** Charakterystyka leczenia, rehabilitacji medycznej i społecznej oraz uczestnictwa osób chorych psychicznie. (Na podstawie Voges i Becker 2009; Klecha i Borchhardt 2007 [543;545]) | | | |
|  | **Czas trwania pomocy** | **Miejsce docelowe** | **Metody** |
| Postępowanie medyczno-psychoterapeutyczne | W ciągu tygodni lub długoterminowo | Wyleczenie lub zmniejszenie objawów choroby | -Somatoterapia  -psychoterapia  -Terapie psychospołeczne |
| Rehabilitacja medyczna i społeczna | Czas ograniczony | Radzenie sobie z psychospołecznymi konsekwencjami choroby | Środki medyczne i zawodowe |
| Uczestnictwo | Prawdopodobnie na całe życie | Zapewnienie jakości życia mimo upośledzenia | z. np. oferty mieszkaniowe |

Zasadniczo rozdział między leczeniem a rehabilitacją jest problematyczny, zwłaszcza w przypadku chorób psychicznych, i nie prowadzi do osiągnięcia pożądanych rezultatów merytorycznych. W oparciu o **model zdrowia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)** [544], funkcje fizyczne i struktury z jednej strony oraz działania i uczestnictwo w różnych obszarach życia z drugiej strony mogą być upośledzone w kontekście choroby psychicznej. Zarówno upośledzenia na poziomie objawów, jak i zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego są rozwiązywane za pomocą usług medyczno-psychoterapeutycznych i psychospołecznych w celu poprawy jakości życia.

"Powrót do zdrowia" i przywrócenie psychospołecznego poziomu funkcjonowania. Ciężkie i przewlekłe choroby psychiczne z utrzymującymi się objawami i nawrotami często wymagają środków rehabilitacyjnych i uzupełniających, aby umożliwić uczestnictwo w różnych dziedzinach życia (tabela 4.1).

Obok Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) [546], ICF stwarza dobrą okazję do systematycznego rejestrowania funkcjonowania pacjenta na tle choroby i zdrowia, z uwzględnieniem istotnych czynników wpływających. Jest on oparty na **modelu bio-psycho-społecznym** (patrz [547]). Zaburzeniu zdrowia lub chorobie może towarzyszyć upośledzenie funkcji i struktur organizmu (np. funkcji psychicznych i struktury układu nerwowego), upośledzenie czynności danej osoby (np. samoopieki) oraz upośledzenie opieki zdrowotnej.

Głównymi czynnikami wpływającymi na zdrowie funkcjonalne są brak pracy (np. praca zawodowa) oraz ograniczone uczestnictwo w różnych sferach życia (np. zatrudnienie zawodowe). Ponadto na zdrowie funkcjonalne wpływają różne czynniki kontekstowe promujące lub hamujące. Rozróżnia się czynniki środowiskowe (np. sieć społeczna, infrastruktura, wartości społeczne) i czynniki osobiste (np. wiek, płeć, wykształcenie). Dla kompleksowego planowania leczenia ważne jest zatem nie tylko uwzględnienie (podstawowej) choroby psychicznej, ale także charakteru i zakresu zaburzeń funkcjonalnych oraz upośledzenia aktywności i uczestnictwa na tle czynników kontekstowych.

z **Podstawowe zasady działania zawodowego**

Podstawowe zasady opieki psychiatrycznej tworzą ramy dla codziennych działań wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia i rehabilitacji i są niezależne od rodzaju interwencji i miejsca leczenia. Ponieważ symptomy i przebieg ciężkich chorób psychicznych są bardzo zróżnicowane, osoby dotknięte chorobą są ograniczone w wielu dziedzinach, a ich bliscy są często bardzo obciążeni, konieczny jest szeroki zakres terapii. Jako podstawę można wykorzystać **model podatności na stres i radzenia sobie z nim** [548]. W swoim ogólnie obowiązującym modelu etiopatogenetycznej koncepcji zaburzeń psychicznych, Nuechterlein i Dawson (1984) zakładają, że choroby psychiczne opierają się na psychobiologicznej podatności.

(dyspozycja do choroby) może powstać w wyniku ostrego stresora lub długotrwałego stresu. Czynniki chroniące to nabyte umiejętności radzenia sobie z problemami, a także umiejętności społeczne i trwałe sieci społeczne [548;549]. Model ten pozwala na integrację różnych interwencji w leczeniu ciężko chorych psychicznie pacjentów. Na przykład terapia somatyczna w postaci leczenia farmakologicznego może pomóc w obniżeniu progu podatności, interwencje psychoterapeutyczne i psychospołeczne mogą prowadzić do rozszerzenia strategii radzenia sobie, a kształtowanie warunków środowiskowych (np. poprzez odpowiednie warunki mieszkaniowe) może przyczynić się do zminimalizowania stresu.

Według Katschnig i współpracowników (2002), można wyprowadzić następujące **zalecenia ramowe** [550]:

5 **Związek** pomiędzy praktykami lub

Relacje między opiekunami a pacjentami i/lub ich bliskimi powinny być świadomie postrzegane i kształtowane. Ze strony lekarza lub opiekuna bardzo ważne są: autentyczność, zrozumienie, empatia, poczucie bezpieczeństwa i cierpliwość, a ze strony pacjenta i jego bliskich: zaufanie, motywacja i pozytywne oczekiwania.

5 **Stosunek** terapeuty lub opiekuna do pacjenta i jego bliskich powinien charakteryzować się szacunkiem, prostotą, jasnością i ciągłością. Ważną rolę odgrywa również kształtowanie warunków środowiskowych (7 rozdz. 3.1.2, Terapia środowiskowa).

5 Leczenie i usługi rehabilitacyjne powinny być **zorientowane na osobę i jej potrzeby**, a nie na szkołę i instytucję; moduły opieki powinny być skoordynowane.

5 **Informacje i edukacja** pacjentów i ich krewnych na temat choroby i wszystkich związanych z nią aspektów, w tym możliwości leczenia, powinny być zapewnione na początku każdego leczenia i powinny być kontynuowane na bieżąco. Powinno to umożliwić pacjentom i ich bliskim aktywny udział w zarządzaniu chorobą i jej konsekwencjami.

Należy zwrócić szczególną uwagę na istniejące zdolności, zainteresowania i zasoby osobiste, a także skupić się na udziale danej osoby i partnerskim stylu leczenia (7 Rozdział 3.1.1, Relacja terapeutyczna).

5 Usługi w zakresie leczenia i rehabilitacji

powinny być **blisko domu i codziennego życia**.

5 Stan i sytuacja pacjenta powinny

być wszechstronnie i wielowymiarowo oceniana w różnych obszarach przed rozpoczęciem leczenia (**podstawowa ocena** obszarów psychiatrycznego, medycznego i psychospołecznego). Z tego powinny wynikać **cele leczenia** i odpowiednie **planowanie leczenia.** Etapy leczenia powinny być regularnie oceniane i w razie potrzeby modyfikowane. Ważna jest perspektywa osoby dotkniętej chorobą oraz, w stosownych przypadkach, jej krewnych.

5 Leczenie osób ciężko chorych psychicznie wymaga **kombinacji różnych metod leczenia i rehabilitacji** o wysokim stopniu **elastyczności, jak** również ich **zastosowania w zależności od fazy choroby w** trakcie jej trwania. Oprócz terminowego rozpoczęcia interwencji ważny jest również odpowiedni czas jej trwania.

z **Oświadczenie 14**

"Celem leczenia jest pacjent, który jest w znacznym stopniu wolny od objawów choroby, zdolny do samostanowienia i który rozważa środki terapeutyczne ze świadomością korzyści i ryzyka. Wymaga to stworzenia całościowego planu leczenia z udziałem pacjenta i wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia, współpracy z bliskimi, koordynacji i współpracy instytucji leczniczych oraz włączenia pomocy nieprofesjonalnej i systemu samopomocy. Wszystkie etapy leczenia (i rehabilitacji) powinny być zintegrowane w tym ogólnym planie leczenia i koordynowane indywidualnie i fazowo w ramach wielospecjalistycznego leczenia, które jest jak najbliżej domu pacjenta." ([1], S. 38)

**Rozdział 4 -** Matryca niemieckiego systemu opieki - Pomoc dla ciężko chorych psychicznie

**◼ Samostanowienie vs. obowiązek opieki**

Odpowiedzialna opieka nad osobami ciężko chorymi psychicznie w przypadku braku wglądu w chorobę ze strony pacjenta oraz w przypadku nieuniknionego zagrożenia dla siebie lub innych, może stanowić dla praktykującego trudną decyzję. W tym kontekście "prawo pacjenta do indywidualnej wolności [...] musi zawsze mieć pierwszeństwo przed bezpieczeństwem społeczeństwa".

Zadaniem psychiatrii jest ochrona chorego psychicznie przed własnymi destrukcyjnymi siłami lub ochrona go przed atakami i upośledzeniem przez osoby trzecie. Istotnie, psychiatria legitymizuje działania re-presyjne jako funkcję ochronną wykonywaną dla dobra pacjenta". ([18], S. 60)

◼ **Oświadczenie 15**

Deklaracja madrycka z 1996 roku (niemieckie tłumaczenie Shiffmanna i Helmchena 1998) stwierdza, że "żadne leczenie nie może być przeprowadzone wbrew woli pacjenta, chyba że wstrzymanie leczenia zagrażałoby życiu pacjenta lub innych osób z jego otoczenia". Leczenie musi zawsze być w najlepszym interesie pacjenta." ([18], S. 61)

Beauchamp i Childress 2001 formułują **zasady etycznego działania w medycynie w następujący sposób** [551]:

*— Brak szkody (*wymóg braku szkody)

— *Autonomia* (samostanowienie pacjenta)

— *Świadczenie* (działanie na rzecz osoby chorej)

— *Sprawiedliwość* (sprawiedliwość i równość)

Zasady etyki lekarskiej w codziennej praktyce można wyprowadzić z powyższych zasad etyki lekarskiej. Zgodnie z zasadą autonomii, przed rozpoczęciem leczenia pacjent jest wyczerpująco informowany o obrazie klinicznym, możliwościach leczenia, możliwych efektach itd., co powinno umożliwić mu podjęcie decyzji o kolejnych krokach w sposób świadomy i odpowiedzialny ( świadoma *zgoda*). Dla uzyskania ważnej *Świadomej Zgody* konieczne są 4 warunki: (1)

Pacjent musi otrzymać informacje niezbędne do podjęcia decyzji (mediacja informacyjna).

(2) musi je rozumieć (rozumienie informacji), (3) musi być w stanie podejmować decyzje bez przymusu (swobodna decyzja) oraz (4) musi być w stanie podejmować samodzielne decyzje na podstawie swoich zdolności psychologicznych (zdolność do wyrażania zgody). Zwłaszcza w przypadku osób chorych psychicznie z ostrymi objawami, zdolność do podejmowania decyzji i wyrażania zgody może być ograniczona z powodu słabego zrozumienia i osądu. W tym momencie konieczne jest zatem sprawdzenie, czy pacjent jest w stanie wyrazić zgodę. Decydujące znaczenie ma tu aktualny stan psychopatologiczny chorego, a nie diagnoza psychiatryczna [552]. Podstawową zasadą jest to, że przyjęcie przez funkcjonariusza publicznej służby zdrowia, umieszczenie przez sąd lub fizyczne ograniczenie wolności pacjenta jest środkiem przymusu, który wydaje się być uzasadniony jedynie nagłym przypadkiem, tj. konkretnym zagrożeniem dla osoby własnej lub osoby trzeciej. Niemniej jednak, środki przymusu zawsze stanowią poważne naruszenie dóbr osobistych danej osoby [1]. Wyjaśnienie pojęć, przegląd sytuacji prawnej oraz algorytm oceny zdolności osób chorych psychicznie do wyrażenia zgody znajduje się w dalszej części literatury [553-556].

**4.2** **Społeczne ramy prawne**

Poniższy rozdział zawiera przybliżony zarys społecznych ram prawnych w Niemczech, które są ważne dla opieki nad osobami ciężko chorymi psychicznie.  
Ważną podstawą prawną jest **niemiecki kodeks socjalny** [558], który reguluje m.in. istotne obszary w ramach leczenia, rehabilitacji i dalszej pomocy dla osób z chorobami psychicznymi (tabela 4.2). Zadaniem *ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest* utrzymanie, przywrócenie lub poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego (§ 1 SGB V). Zasadniczo wszyscy ubezpieczeni mają takie samo prawo do świadczeń, których zakres określony jest w piątej księdze niemieckiego kodeksu socjalnego (SGB V) i ograniczony przez § 12 ust. 1 SGB V. Zgodnie z tym, świadczenia te muszą

**4**

**165**

**4.2** - Społeczne ramy prawne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 4.2** Przegląd podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne i zakres ich odpowiedzialności. (wg BAR1) [557] | | | |
| **Nośnik rehabilitacyjny** | **Świadczenia z tytułu opieki medycznej** | **Korzyści z uczestnictwa w życiu zawodowym** | **Korzyści dla uczestnictwa w życiu społeczności** |
| Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne Kodeks socjalny (SGB) V | z. np. leczenie ambulatoryjne i szpitalne, leki i środki zaradcze, socjoterapia |  |  |
| Ustawowe ubezpieczenie emerytalne SGB VI | z. np. ambulatoryjna lub stacjonarna rehabilitacja medyczna | z. np. działania w zakresie przekwalifikowania i dokształcania, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, rehabilitacja po leczeniu |  |
| Federalna Agencja Pracy (promocja zatrudnienia SGB III, podstawowe zabezpieczenie dla osób poszukujących pracy SGB II) |  | z. np. środki przygotowania zawodowego, pomoc w znalezieniu pracy, ośrodki kształcenia zawodowego, dotacje na kształcenie |  |
| Ustawowe ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków SGB VII | Środki stabilizujące i konieczne dalsze leczenie, np. poprzez terapię zajęciową i psychoterapię | z. np. środki kwalifikacyjne, rekompensata za utratę zarobków | z. np. pomoc na zakup pojazdów mechanicznych lub pomoc mieszkaniowa |
| Ubezpieczenie emerytalne dla rolników (ALG) | Rehabilitacja medyczna w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych |  |  |
| Instytucje zajmujące się opieką nad ofiarami wojny i pomocą dla ofiar wojny2 | z. np. opieka zdrowotna | z. np. przygotowanie zawodowe, kształcenie i doskonalenie zawodowe, zasiłek przejściowy | z. np. pomoc w kontynuowaniu życia w domu i w opiece, pomoc mieszkaniowa |
| Publiczna agencja ds. młodzieży SGB XIII | z. np. społeczno-pedagogiczna pomoc rodzinna | z. Np. praca z młodzieżą | z. np. wspólne zamieszkiwanie rodziców i dzieci, pomoc w wychowaniu, praca w grupach społecznych |
| Agencja pomocy społecznej SGB XII | z. np. pomoc zdrowotna | Pomoc na integrację, np. pomoc na kształcenie i szkolenie | Pomoc integracyjna, np. pomoc w utrzymaniu gospodarstwa domowego |
| Dobrowolne usługi świadczone przez miasta, hrabstwa lub państwo |  |  |  |
| 1 BAR: Federalna Grupa Robocza ds. Rehabilitacji  2 Instytucje zajmujące się opieką nad ofiarami wojny i pomocą dla ofiar wojny w ramach ustawy o odszkodowaniach socjalnych za uszczerbek na zdrowiu | | | |

być wystarczające, celowe i ekonomiczne oraz nie mogą wykraczać poza to, co jest konieczne. Zadania ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego wykonywane są przez kasy chorych zgodnie z SGBV. Korzyści płynące z ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmują na przykład środki zapobiegawcze i samopomocy, świadczenia na leczenie choroby, a także świadczenia na leczenie choroby.

* (opieka medyczna, w tym psychoterapia, leczenie stomatologiczne, dostarczanie leków, środków leczniczych i pomocy, pielęgnacja domowa, pomoc domowa, socjoterapia), jak również świadczenia na rzecz rehabilitacji medycznej, o ile służą one zapobieganiu, eliminowaniu lub minimalizowaniu niepełnosprawności lub potrzeby opieki. Obowiązują zasady "ambulatoryjne przed leczeniem szpitalnym" i "rehabilitacji przed leczeniem".

*Ustawowe ubezpieczenie emerytalne* (GRV) ma swoją podstawę w księdze szóstej (SGB VI). Oprócz świadczeń na starość (emerytura), w przypadku zmniejszonej zdolności do zarobkowania i w przypadku śmierci (renta rodzinna), instytucje SPS zapewniają również świadczenia w ramach rehabilitacji medycznej i zawodowej, jeżeli służą one przywróceniu lub poprawie zdolności do zarobkowania i udziału w życiu zawodowym. Przed osiągnięciem wieku emerytalnego obowiązuje zasada "rehabilitacji przed przejściem na emeryturę". Oprócz podstawowego świadczenia dla osób zatrudnionych wymagających pomocy w ramach *księgi II kodeksu socjalnego* (zasiłek dla bezrobotnych), księga II reguluje również środki pomocy integracyjnej (np. środki w zakresie szkoleń, pomoc w zakresie mobilności, zwrot kosztów składania wniosków, finansowanie przekwalifikowania, pomoc w organizacji i finansowaniu opieki nad dziećmi) oraz pośrednictwo pracy.

Usługi świadczone również przez *Federalną Agencję Pracy są określone w Księdze III Kodeksu Socjalnego (promocja zatrudnienia)* i obejmują, oprócz poradnictwa zawodowego i szkoleń oraz pośrednictwa pracy, środki mające na celu wspieranie udziału osób niepełnosprawnych w życiu zawodowym.

Celem *ustawowego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków przy pracy jest* zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym i związanym z

pracą zagrożeniom dla zdrowia oraz, po wystąpieniu wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, przywrócenie zdrowia i sprawności fizycznej ubezpieczonych za pomocą wszelkich odpowiednich środków.być produkowane. Podstawą do tego jest Siódma Księga Kodeksu Społecznego

(SGB VII). Ponadto rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (BKV) stanowi ważną podstawę prawną dla chorób zawodowych. Instytucjami odpowiedzialnymi są przemysłowe i rolnicze stowarzyszenia ubezpieczeniowe od odpowiedzialności cywilnej pracodawców oraz różne fundusze ubezpieczeń wypadkowych. Świadczenia przewidziane w ustawowym systemie ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków obejmują przede wszystkim usługi medyczne i rehabilitacyjne, a także świadczenia zastępcze i odszkodowawcze w formie pieniężnej. Usługi i świadczenia rzeczowe odnoszą się w szczególności do ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki medycznej, opieki domowej, pomocy domowej, świadczeń z tytułu uczestnictwa oraz pomocy i urządzeń medycznych. W przeciwieństwie do opieki medycznej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, swoboda ubezpieczonego w zakresie wyboru lekarza jest poważnie ograniczona; z reguły wstępne leczenie jest przeprowadzane przez lekarza tranzytowego.

W Niemczech *opieka nad młodzieżą (Księga VIII Kodeksu Socjalnego) obejmuje* wszystkie usługi i zadania świadczone przez instytucje publiczne i prywatne (urzędy ds. młodzieży i stowarzyszenia młodzieżowe) w celu wspierania dzieci i młodzieży poniżej 27 roku życia oraz ich rodzin. Poza pracą socjalną z młodzieżą i młodzieżą oraz wsparciem i edukacją w rodzinie i w placówkach opieki dziennej, usługi obejmują różne formy pomocy edukacyjnej (np. doradztwo edukacyjne, opieka w pełnym wymiarze godzin, socjalno-pedagogiczna pomoc rodzinna, edukacja domowa) oraz pomoc integracyjną dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo lub dzieci i młodzieży zagrożonych upośledzeniem umysłowym. Do dalszych zadań opieki nad młodzieżą należy m.in. objęcie opieką, opieka nad małoletnimi, opieka nad dziećmi zagrożonymi krzywdą oraz udział w postępowaniu rodzinnym i opiekuńczym. Publiczne służby pomocy młodzieży podlegają zasadzie podporządkowania, tzn. w pierwszej kolejności badana jest odpowiedzialność innych odpowiednich instytucji. Ponadto należy wziąć pod uwagę obowiązki osób pozostających na utrzymaniu.

Pod pewnymi warunkami osoby chore psychicznie otrzymują świadczenia z funduszy *pomocy społecznej na* uczestnictwo i inną pomoc, których przepisy reguluje *księga XII Kodeksu socjalnego.* Tutaj również obowiązuje zasada

lub chorób zawodowych, przywrócenie zdrowia i sprawności fizycznej ubezpieczonych za pomocą wszelkich odpowiednich środków.być produkowane. Podstawą do tego jest Siódma Księga Kodeksu Społecznego (SGB VII). Ponadto rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (BKV) stanowi ważną podstawę prawną dla chorób zawodowych. Instytucjami odpowiedzialnymi są przemysłowe i rolnicze stowarzyszenia ubezpieczeniowe od odpowiedzialności cywilnej pracodawców oraz różne fundusze ubezpieczeń wypadkowych. Świadczenia przewidziane w ustawowym systemie ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków obejmują przede wszystkim usługi medyczne i rehabilitacyjne, a także świadczenia zastępcze i odszkodowawcze w formie pieniężnej. Usługi i świadczenia rzeczowe odnoszą się w szczególności do ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki medycznej, opieki domowej, pomocy domowej, świadczeń z tytułu uczestnictwa oraz pomocy i urządzeń medycznych. W przeciwieństwie do opieki medycznej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, swoboda ubezpieczonego w zakresie wyboru lekarza jest poważnie ograniczona; z reguły wstępne leczenie jest przeprowadzane przez lekarza tranzytowego.

W Niemczech *opieka nad młodzieżą (Księga VIII Kodeksu Socjalnego) obejmuje* wszystkie usługi i zadania świadczone przez instytucje publiczne i prywatne (urzędy ds. młodzieży i stowarzyszenia młodzieżowe) w celu wspierania dzieci i młodzieży poniżej 27 roku życia oraz ich rodzin. Poza pracą socjalną z młodzieżą i młodzieżą oraz wsparciem i edukacją w rodzinie i w placówkach opieki dziennej, usługi obejmują różne formy pomocy edukacyjnej (np. doradztwo edukacyjne, opieka w pełnym wymiarze godzin, socjalno-pedagogiczna pomoc rodzinna, edukacja domowa) oraz pomoc integracyjną dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo lub dzieci i młodzieży zagrożonych upośledzeniem umysłowym. Do dalszych zadań opieki nad młodzieżą należy m.in. objęcie opieką, opieka nad małoletnimi, opieka nad dziećmi zagrożonymi krzywdą oraz udział w postępowaniu rodzinnym i opiekuńczym. Publiczne służby pomocy młodzieży podlegają zasadzie podporządkowania, tzn. w pierwszej kolejności badana jest odpowiedzialność innych odpowiednich instytucji. Ponadto należy wziąć pod uwagę obowiązki osób pozostających na utrzymaniu.

Pod pewnymi warunkami osoby chore psychicznie otrzymują świadczenia z funduszy *pomocy społecznej na* uczestnictwo i inną pomoc, których przepisy reguluje *księga XII Kodeksu socjalnego.* Tutaj również obowiązuje zasada



**4.2-Socjalne** ramy **prawne**

Podporządkowanie świadczeń innym uprawnieniom. Formy pomocy społecznej obejmują zarówno pomoc osobistą, jak i świadczenia rzeczowe lub pieniężne. Możliwe formy pomocy obejmują pomoc zdrowotną zgodnie z przepisami ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, pomoc integracyjną na rehabilitację medyczną, udział w życiu zawodowym i społecznym oraz pomoc w zakresie opieki długoterminowej. Ponadto SGB XII definiuje pomoc w przezwyciężaniu szczególnych trudności społecznych, np. w przypadku bezdomności, problemów z uzależnieniami lub reintegracji po pobycie w więzieniu.

*Ubezpieczenie społeczne w zakresie opieki długoterminowej*, por. *jedenasta księga Kodeksu Socjalnego (SGB XI)*, ma za zadanie udzielanie pomocy osobom potrzebującym opieki długoterminowej, które ze względu na poważne zapotrzebowanie na opiekę długoterminową są zależne od solidnego wsparcia (§ 1 SGB XI). Świadczeniodawcy są funduszami ubezpieczeniowymi opieki długoterminowej. Świadczenia obejmują szeroki zakres usług, świadczenia rzeczowe i pieniężne na potrzeby podstawowej opieki i gospodarki domowej, a także zwrot kosztów. W ramach opieki ambulatoryjnej w przypadku opieki domowej może ona obejmować świadczenia rzeczowe, zasiłek opiekuńczy, pomoce opiekuńcze oraz środki służące poprawie środowiska życia. Ponadto ubezpieczenie pielęgnacyjne zapewnia świadczenia w zakresie opieki krótkoterminowej, opieki dziennej lub nocnej oraz pełnej opieki stacjonarnej.

*Księga IX Kodeksu socjalnego (SGB IX)* zawiera przepisy dotyczące *rehabilitacji i udziału osób niepełnosprawnych i* ma na celu wspieranie samostanowienia i równego udziału w życiu społecznym osób niepełnosprawnych i osób zagrożonych niepełnosprawnością. Reguluje ona świadczenia na rehabilitację medyczną, udział w życiu zawodowym, utrzymanie i inne świadczenia dodatkowe, a także świadczenia za uczestnictwo w życiu społecznym. Do podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne zaliczają się wszystkie wcześniej wymienione podmioty, jak np. ustawowa kasa chorych, Federalna Agencja Pracy lub ustawowa kasa chorych na wypadki. Rozdział 22 księgi IX kodeksu socjalnego określa również np. zadania wspólnych centrów usług. W *części 2* opisano *specjalne przepisy dotyczące uczestnictwa osób z poważną niepełnosprawnością, które* mogą

równieżoferować świadczenia dla osób chorych psychicznie.

Jako poważnie niepełnosprawni to osoby z długotrwałymi ograniczeniami funkcjonalnymi, których stopień niepełnosprawności szacuje się na co najmniej 50 %. Uznanie znacznego stopnia niepełnosprawności odbywa się za pośrednictwem urzędu ds. emerytur i rent oraz w ramach procedury oceny lekarskiej. Podstawą oceny stopnia ciężkości w przypadku choroby psychicznej jest stopień trudności w dostosowaniu społecznym. Przepisy ustawy o osobach z niepełnosprawnością w stopniu znacznym obejmują m.in. specjalne warunki ochrony przed zwolnieniem, przyznawanie rekompensat za niekorzystną sytuację związaną z wykonywaniem pracy zarobkowej (np. w formie dodatkowego urlopu), pomoc w uczestniczeniu w życiu zawodowym, projekty integracyjne na rzecz zatrudniania osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym na powszechnym rynku pracy oraz specjalistyczne usługi integracyjne, których zadaniem jest doradztwo, wspieranie i umieszczanie osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (7 pkt 4.4). W innych miejscach, na przykład, opisano również obowiązki pracodawców w zakresie zatrudniania osób o znacznej niepełnosprawności. Agencjami odpowiedzialnymi za świadczenie usług zgodnie z częścią 2 Księgi IX Kodeksu Socjalnego są biura integracji.

Ponadto istnieją inne podstawy prawne, które mogą być również istotne dla opieki nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Grupa osób ubezpieczonych w ramach systemu *ubezpieczeń emerytalnych dla* rolników obejmuje rolników i pracujących z nimi członków rodzin. Zakres świadczeń obejmuje medyczne świadczenia rehabilitacyjne oraz inne i dodatkowe świadczenia (pomoc w gospodarstwie rolnym lub domowym) mające na celu przeciwdziałanie lub przezwyciężenie skutków choroby lub upośledzenia fizycznego, umysłowego lub psychicznego dla zdolności zarobkowej ubezpieczonego, a tym samym przeciwdziałanie ewentualnemu upośledzeniu zdolności zarobkowej (§ 7 ALG, ubezpieczenie emerytalne rolników). Wspomina się tu jedynie o dobrobycie *ofiar wojennych* i dobrobycie *ofiar wojny* (Kriegsopferfürsorge).

**■ Trendy i zmiany w opiece psychiatrycznej**

W ramach dalszego rozwoju struktur opieki psychiatrycznej, prawne warunki ramowe stanowią istotną podstawę. W ciągu ostatnich kilku lat,

W tym modelu, który jest finansowany przez niektóre fundusze ubezpieczeń zdrowotnych

W tym modelu, który jest ustalany przez kasy chorych, świadczeniodawcy usług leczniczych są połączeni w

strukturę opieki zgodnie z ustawowymi regulacjami §§ 140a i następnych.. SGB V, podmioty świadczące usługi terapeutyczne są połączone w sieć w ramach struktury opieki.. zgodnie z przepisami ustawowymi §§ 140a i nast. niemieckiego kodeksu socjalnego V. Pacjenci są włączani do leczenia przez psychiatrę leczącego i szybko otrzymują referencję terapeuty (ambulatoryjną opiekę psychiatryczną lub socjoterapeutę). Poprzez tworzenie sieci kontaktów z lekarzami rodzinnymi, społecznymi służbami psychiatrycznymi, służbami kryzysowymi, zarejestrowanymi psychoterapeutami, socjoterapeutami i ambulatoryjnymi służbami pielęgniarskimi dąży się do zapewnienia niskoprogowej, kompleksowej opieki nad osobami ciężko chorymi psychicznie, która, jeśli jest odpowiednio zorganizowana, z regularnymi spotkaniami, wspólną koordynacją i, w razie potrzeby, wizytami domowymi, spełnia również kryteria wielodyscyplinarnych wspólnotowych zespołów psychiatrycznych (7 rozdział 3.2.2). Wyniki oceny naukowej, która jest zasadniczo oceną pre-post i ekonomiczną analizą zdrowia z perspektywy agencji finansujących, nie są jeszcze ostatecznie dostępne.

**W ramach projektu modelowego utworzonego** w 1995 r.

"Zbadano, w jakim stopniu ambulatoryjna **socjoterapia** może poprawić ambulatoryjną rehabilitację osób dotkniętych chorobą psychiczną jako świadczenie uzupełniające opiekę medyczną zgodnie z § 43 SGB V. Istotne cele rehabilitacyjne koncentrowały się na obszarach pracy i codziennej strukturyzacji, nawiązywaniu i kształtowaniu relacji społecznych, samoopiece i radzeniu sobie z chorobą psychiczną. Do grupy tej włączono pacjentów z ciężkimi i przewlekłymi chorobami, w szczególności pacjentów ze schizofrenią z gabinetu psychiatryczno-psychiatrycznego oraz 2 stowarzyszenia służb wsparcia dla osób chorych psychicznie. W ocenie przed- i poporodowej wskazano na wyraźny efekt oszczędności w odniesieniu do leczenia stacjonarnego, poprawę poziomu funkcjonowania społecznego oraz znaczne zmniejszenie czynników stresu psychospołecznego. Ze względu na ograniczenia metodologiczne stwierdzenia dotyczące skuteczności są jednak możliwe tylko w bardzo ograniczonym zakresie [567]. W prezentowanym tomie wykazano, że "socjoterapię można odróżnić formalnie i merytorycznie od innych form terapii, a także od działań z zakresu pomocy społecznej". Specyfika socjoterapii nie polega na specyfice pomocy, ale na tym, że pomoc jest integralną częścią kompleksowej usługi, za którą odpowiada lekarz, jest skierowana na określony cel i jest określona w planie leczenia". ([567], S. 7). Należy w tym miejscu zauważyć, że socjoterapia sama w sobie nie powinna być utożsamiana z zarządzaniem przypadkami. Ani zarządzanie przypadkami nie może być prowadzone przez samych socjoterapeutów, ani też socjoterapeuci nie mogą być traktowani jako instrument wdrażania zarządzania przypadkami. Socjoterapia jest centralnym elementem zintegrowanej, kompleksowej usługi. Zalecając socjoterapię i ambulatoryjną opiekę psychiatryczną oraz łącząc ją z innymi usługami, specjalista w praktyce prywatnej ma możliwość świadczenia kompleksowych usług leczniczych w warunkach domowych (7Chapter 3.2.3, Socjoterapia ambulatoryjna).

W kompleksie "**Model Hamburski**" ścisłe powiązanie placówek stacjonarnych i usług ambulatoryjnych (w tym specjalistów) jest zapewnione przez Asertywny Zespół Leczenia Społecznego Szpitala Instytutu. Odpowiedzialność medyczną i finansową za leczenie ponosi Szpital Uniwersytecki Hamburg-Eppendorf. Wstępne wyniki oceny wskazują na 11-krotny wzrost intensywności leczenia w porównaniu ze standardowym leczeniem, a także znaczący wzrost odsetka chorych, którzy otrzymali psychoterapię [568].

Od 2009 roku różne podmioty świadczące ambulatoryjne usługi leczenia psychiatrycznego zawarły z Techniker Krankenkasse umowy pod nazwą "**Sieć Zdrowia Psychicznego**" (NWpG) na zintegrowaną opiekę nad osobami z chorobami psychicznymi. Umowy obejmują głównie koordynację i świadczenie usług w zakresie ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego i opieki przez mobilne zespoły wielozawodowe pod kierunkiem lekarza specjalisty. Usługi obejmują zarządzanie przypadkami, świadczenie szeroko zakrojonych usług medycznych, terapeutycznych i psychiatrycznych oraz kompleksową opiekę kryzysową poza terenem szpitala. Za centralną podstawę właściwego świadczenia tych usług uznaje się ścisłą sieć zarówno profesjonalnych (psychiatrów, psychologów, pracowników socjalnych, wyspecjalizowanych pielęgniarek, terapeutów zawodowych, fizjoterapeutów), jak i nieprofesjonalnych (osoby dotknięte chorobą, krewnych, opiekunów) uczestników procesu leczenia. Wynagrodzenie za usługi w ramach umów NWpG-IV oparte jest na kwotach ryczałtowych związanych z daną sprawą (ryczałt per capita). Głównym celem kontraktów NWpGIV jest przezwyciężenie strukturalnych i organizacyjnych deficytów w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, a tym samym poprawa skuteczności i efektywności leczenia psychiatrycznego.

W tym miejscu nawiązuje się jedynie do innych, nowszych badań dotyczących osób z zaburzeniami, które pierwotnie nie spełniają kryteriów ciężkiego i przewlekłego zaburzenia psychicznego (takich jak projekt PRoMPT z pacjentami z poważną depresją lub projekt badawczy "Socjoterapia dla matek z zaburzeniami depresyjnymi").

**4.3** **Leczenie psychiatryczne i rehabilitacja społeczna**

**4.3.1** **Leczenie ambulatoryjne i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie**

Na rysunku 4.2 przedstawiono usługi opieki ambulatoryjnej dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, które są uważane za metody leczenia leczniczego.

oferowane są usługi lub leczenie medyczne, usługi doradcze lub usługi rehabilitacji medycznej ( Rys. 4.2).

Podstawa tego przeglądu:

— pomoc robocza na rzecz rehabilitacji i uczestnictwa osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych Federalnej Grupy Roboczej ds. Rehabilitacji [557], jak również

ciągłość leczenia i zachowanie znanego pacjentowi środowiska społecznego. *Model hamburski jest* ukierunkowany przede wszystkim na ostre leczenie i interwencję kryzysową u pacjentów w domu, ale zapewnia również intensywną opiekę po leczeniu szpitalnym i oferuje wsparcie w przypadku zbliżającego się nawrotu choroby. Szczególną cechą tego modelu jest specyficzne dla zaburzeń leczenie wyłącznie pacjentów psychotycznych. W jednym z badań ACT okazał się skuteczniejszy od konwencjonalnej opieki w okresie 12 miesięcy w odniesieniu do następujących czynników miary wyników związanych z chorobą, takie jak nasilenie objawów

**4** — książka "Opieka psychiatryczna i Re-

habilitacja [543].

#### Przykłady nowych osiągnięć w psychiatrycznej opiece środowiskowej, uwzględniających interwencje, o których mowa w niniejszych wytycznych.

Pomimo trudnych warunków finansowania, w Niemczech z powodzeniem funkcjonują **wielospecjalistyczne usługi leczenia środowiskowego dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi w** ostrych fazach choroby i po jej zakończeniu (Tabela 4.3). Takie usługi opierają się na opisanych w międzynarodowej literaturze psychiatrycznych wielospecjalistycznych formach opieki środowiskowej (7 rozdz. 3.2.2) i mogą być ułatwione przez tzw. opiekę zintegrowaną. Przykładem jest Sieć Zdrowia Psychicznego (TK, Dachverband Gemeinde- psychiatrie), która jest oferowana w ponad 10 miastach/powiatach w Niemczech i obejmuje środowiskowych świadczeniodawców usług psychiatrycznych. Warto również wspomnieć o tak zwanych metodach leczenia domowego. Model **integracyjnego leczenia psychiatrycznego w Alexian Hospital w Kre- feld** realizuje leczenie szpitalne bez łóżka, zapewniając niezależną od miejsca zamieszkania, skoncentrowaną na osobie i wieloprofesjonalną kompleksową usługę [572]. Podobne modele funkcjonują w innych lokalizacjach [573];[574].

W strukturze opieki nad pacjentami z psychozami w **Oddziale Psychoz Uniwersyteckiego Centrum Medycznego Hamburg-Eppendorf** (UKE), oprócz innych placówek opieki, takich jak poradnia psychoz czy miejsca leczenia dziennego i stacjonarnego, przewidziano ***zespół leczenia środowiskowego (ACT)*** [160]. Poszczególne jednostki opieki są ściśle powiązane z psychiatrami z prywatnej praktyki oraz z pozauniwersyteckimi ośrodkami leczniczymi. Celem jest zapewnienie zintegrowanej opieki dla tych pacjentów przy jednoczesnym zagwarantowaniu

globalny poziom funkcjonalny i jakość życia jako lepsze. Pacjenci z grupy eksperymentalnej dłużej pozostawali w leczeniu, byli bardziej zadowoleni z prowadzonego leczenia, wykazywali większą zgodność z leczeniem farmakologicznym oraz osiągali lepsze przystosowanie w sferze zawodowej i życiowej [575].

Jako zintegrowane ze społecznością centrum kryzysowe i lecznicze **Atriumhaus w Monachium Południe** oferuje elastycznie stopniowane leczenie ambulatoryjne, mobilne, częściowo stacjonarne i stacjonarne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ambulatorium jest zdefiniowane przez różne punkty centralne: Telefon kryzysowy umożliwia całodobową dostępność osób do kontaktu terapeutycznego, ambulatoryjne leczenie kryzysowe umożliwia opiekę nad wszystkimi pacjentami kryzysowymi i interwencyjnymi przez 24 godziny 7 dni w tygodniu. Mobilna pomoc w ostrych sytuacjach kryzysowych jest uzupełniana wizytami domowymi w przypadkach, gdy pacjenci uporczywie odmawiają pobytu w placówkach psychiatrycznych, aby ułatwić im przejście z leczenia stacjonarnego do znanego im środowiska lub aby jak najdokładniej dostosować ofertę pomocy do indywidualnych potrzeb. W 2006 r. pracownicy przeprowadzili ponad 600 wizyt domowych. Spośród nich 73 pacjentów było leczonych wyłącznie ambulatoryjnie; część z nich czasowo w ostrych kryzysach, a inni przez dłuższy okres czasu [576].

■ **Excursus: Zarządzanie przypadkami w Niemczech**

Ciągłe zmiany w systemie opieki psychiatrycznej w wyniku "Psychiatry Inquiry" doprowadziły do powstania wielu nowych możliwości opieki nad chorymi psychicznie. Jednocześnie, szczególnie ciężko i przewlekle chorzy pacjenci byli często pozostawieni sami sobie i nie byli w stanie znaleźć odpowiedniej pomocy w szerokim zakresie dostępnych usług [577]. Również w Niemczech podejście case management stopniowo ugruntowało swoją pozycję jako innowacyjna koncepcja, choć sytuacja nie jest jeszcze zbyt jasna. Nie ma badań na temat rozpowszechnienia case management, a w poszczególnych obszarach zastosowania występują znaczne różnice.

|  |  |
| --- | --- |
| **Usługi ambulatoryjnej opieki medycznej i niemedycznej** | |
| **Lekarze ogólni,** w szczególności  Specjaliści medycyny ogólnej i lekarze medycyny ogólnej w zakresie chorób wewnętrznych, jak również lekarze medycyny ogólnej w ramach prywatnej praktyki. | są często pierwszym punktem kontaktu dla pacjentów chorych psychicznie i są również zaangażowani w diagnozowanie i leczenie ciężko i przewlekle chorych psychicznie pacjentów. Lekarze rodzinni mogą m.in. poprzez odpowiednie skierowania zapewnić pomocny przebieg w systemie opieki i w razie potrzeby prowadzić somatyczne i lecznicze leczenie towarzyszące. Ponadto lekarze rodzinni mogą przepisać do 3 godzin socjoterapii, a także domową i psychiatryczną opiekę pielęgniarską (po potwierdzeniu diagnozy przez specjalistę). |
| **Uznani specjaliści,** w szczególności specjaliści z zakresu psychiatrii i psychoterapii lub neurologii oraz medycyny psychosomatycznej i psychoterapii | oferują w szczególności diagnostykę, poradnictwo dla pacjentów i ich bliskich, poradnictwo indywidualne i grupowe, farmakoterapię, psychoterapię, leczenie doraźne i interwencję kryzysową. Uczestniczą oni w opracowywaniu planów pomocy i mają możliwość zalecania terapii zajęciowej, ambulatoryjnej socjoterapii i opieki domowej. Specjaliści sporządzają ekspertyzy oraz wskazania do ewentualnego leczenia.  niezbędne skierowania na psychoterapię, leczenie szpitalne lub usługi rehabilitacyjne. Stwierdzenie długotrwałej niezdolności do pracy jest możliwe przez specjalistów.  Szczególną cechą są **specjalistyczne gabinety psychiatrii społecznej, które są** połączone w sieć z dostawcami innych środowiskowych usług psychiatrycznych (np. gabinety psychiatrii społecznej, terapii zajęciowej, pielęgniarstwa psychiatrycznego).  W przypadku osób ciężko chorych psychicznie, które często wymagają **kompleksowych usług, jak również leczenia ambulatoryjnego,** specjalista może zapewnić dostęp do dodatkowych usług i koordynować je lub rozważyć skierowanie do instytucjonalnej poradni psychiatrycznej. |
| **Psychiatryczne oddziały ambulatoryjne** | są często związane z klinikami psychiatrycznymi, oddziałami psychiatryczno-psychoterapeutycznymi szpitali ogólnych lub klinik uniwersyteckich, jak również z centrami psychiatrii i charakteryzują się działalnością zespołów wielozawodowych. Opieka szpitalna jest przeznaczona dla osób chorych,  którzy ze względu na charakter, ciężkość i czas trwania choroby nie są w wystarczającym stopniu objęci innymi usługami opieki. Leczenie jest przeznaczone dla osób z chorobami psychicznymi i szczególnym charakterem przebiegu chronicznego lub chronicznie nawracającego, które wymagają długotrwałego, ciągłego leczenia (§ 118 SGB V). Dotyczy to w szczególności pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi, pacjentów z długotrwałymi i opornymi na leczenie zaburzeniami afektywnymi i zaburzeniami osobowości lub z ciężkimi współwystępującymi zaburzeniami uzależnienia, jak również z gerontologicznymi zaburzeniami psychicznymi. Celem jest uniknięcie lub skrócenie czasu hospitalizacji oraz optymalizacja procesów leczenia w celu wzmocnienia integracji społecznej osób dotkniętych chorobą w ich środowisku społecznym. |

. **Rys. 4.2** Leczenie ambulatoryjne i inne oferty leczenia ambulatoryjnego, poradnictwo i opieka środowiskowa dla osób ciężko chorych psychicznie

|  |  |
| --- | --- |
|  | Obok oceny psychopatologicznej i wielomodalnej diagnostyki psychiatryczno-psychologicznej, świadczenia udzielane przez poradnie psychiatryczne obejmują całe spektrum terapii psychiatrycznej, psychoterapeutycznej i psychospołecznej, w tym psychofarmakoterapię i psychoedukację. Praca powinna skupiać się na zapewnieniu ciągłości leczenia. Ponadto praca ta jest wspierana przez współpracę z lekarzami praktykującymi prywatnie, psychologami-psychoterapeutami i placówkami komplementarnymi, jak również dostawcami usług uzupełniających i włączeniem opiekunów. Chociaż psychiatryczne oddziały ambulatoryjne znajdują się w pobliżu szpitali,  Należy wyraźnie odnieść się do możliwości utworzenia regionalnych przychodni w okręgach wiejskich. |
| **Psychoterapeuci psychologiczni w praktyce prywatnej, psychoterapeuci dzieci i młodzieży, psychoterapeuci medyczni** | Psychoterapia może być oferowana przez psychoterapeutów medycznych, psychoterapeutów psychologicznych oraz psychoterapeutów dzieci i młodzieży jako usługa w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (SGB V). Oferują diagnostykę i psychoterapeutyczne terapie indywidualne i grupowe dla pacjentów, ale także interwencje kryzysowe. Psychoanaliza, psychoterapia oparta na psychologii głębi i terapia behawioralna są obecnie objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym (SGB V).  Rozróżnia się terapię krótkoterminową (do 25 godzin) i długoterminową (w zależności od zabiegu do 300 godzin). |
| **Opieka domowa dla osób chorych psychicznie** | mogą być świadczone w domu klienta lub w innym odpowiednim miejscu (ośrodki opieki lub WfbM).  **Psychiatryczna** opieka **ambulatoryjna** zgodnie z wytycznymi HKP środek nr 27a ma na celu wspieranie możliwości samopomocy osób ciężko chorych psychicznie, musi mieć szanse powodzenia, jest ograniczona do 4 miesięcy, a intensywność opieki musi się zmniejszać w ciągu 4 miesięcy. W uzasadnionych, wyjątkowych przypadkach możliwe jest udzielenie dłuższego zezwolenia. Celem jest zmniejszenie lub wyeliminowanie związanych z chorobą ograniczeń funkcjonalnych i upośledzonych zdolności. Leczenie szpitalne ma zostać skrócone lub uniemożliwione poprzez promowanie wglądu w leczenie i budowanie relacji, poradnictwo w radzeniu sobie z codziennym życiem i wsparcie w sytuacjach kryzysowych. Odpowiednia recepta jest powiązana z określonymi diagnozami i zaburzeniami zdolności.  Zaburzenia uzależnień i zaburzenia osobowości są wykluczonymi diagnozami. Uwaga: Nakładający się obszar świadczeń pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz socjoterapii ambulatoryjnej wymaga koordynacji świadczeń, co najlepiej jest realizowane przez koordynującego referenta. Możliwa jest jednoczesna recepta. |

. **Rys. 4.2** Ciąg dalszy

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Opieka domowa w celu** zapewnienia opieki medycznej: Tutaj, zgodnie z wytycznymi HKP, środki opieki medycznej mogą być przepisane bez ograniczeń czasowych. W przypadku osób ciężko chorych psychicznie, pomoc w podawaniu leków - zwłaszcza w przypadku słabego przestrzegania zaleceń - jest odpowiednia, aby uniknąć ostrych kryzysów i pobytów w szpitalu.  Opieka domowa zgodnie z SGB XI dla świadczenia podstawowych usług opiekuńczych (higiena osobista, odżywianie, mobilność, opieka domowa): Warunkiem jest istnienie poziomu opieki. Wyjątkiem są "dodatkowe usługi opiekuńcze w przypadku znacznych ogólnych potrzeb w zakresie opieki zgodnie z § 45b SGB XI, które mogą być świadczone również dla klientów, którzy nie są sklasyfikowani". |
| **Socjoterapia ambulatoryjna** | Od 01.01.2000 r. specjaliści psychiatrii i psychoterapii lub neurolodzy mogą przepisywać świadczenia socjoterapeutyczne dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi w wymiarze do 120 godzin w ciągu 3 lat zgodnie z § 37a księgi V niemieckiego kodeksu socjalnego. Zwykle jednak ogranicza się to do kontaktów nie częściej niż raz w tygodniu. Socjoterapia ma na celu wspieranie koordynacji różnych usług opiekuńczych i motywowanie osób dotkniętych chorobą, które często nie są w stanie samodzielnie skorzystać z istniejących usług wsparcia. Za pomocą socjoterapii mają zostać polepszone możliwości współpracy i zwiększona koordynacja wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia. W związku z tym zalecenia dotyczące socjoterapii obejmują  Zakres usług świadczonych przez socjoterapeutów jest regulowany przynależnością do **środowiskowej sieci psychiatrycznej** (punkt 4.6) lub porównywalnych struktur. Ponadto zakres usług świadczonych przez socjoterapię obejmuje pomoc w sytuacjach kryzysowych, wsparcie w tworzeniu i utrzymaniu codziennych struktur, promowanie umiejętności społecznych, pracę w środowisku społecznym, a tym samym unikanie lub skracanie pobytów w szpitalu. Usługodawcami w zakresie socjoterapii są na przykład wykwalifikowani pracownicy socjalni, wykwalifikowani pedagodzy społeczni lub wyspecjalizowane pielęgniarki psychiatryczne zatrudnione w pełnym wymiarze godzin i posiadające odpowiednie wykształcenie.  Zawieranie umów z dostawcami usług. Poważnie chorzy cierpiący na zaburzenia psychotyczne z orzeczoną niezdolnością do pracy mają prawo do świadczeń. Wytyczne socjoterapeutyczne Wspólnej Federalnej Komisji Lekarzy i Ubezpieczycieli Zdrowotnych z 2001 roku [569] regulują warunki wstępne, obrazy kliniczne, cele, wymagania dotyczące zdolności pacjenta do terapii, jak również treść i zakres współpracy lekarza ordynującego z socjoterapeutą. Dwa główne cele socjoterapii ambulatoryjnej to pomoc pacjentom w samodzielnym korzystaniu z usług medycznych i przepisanych przez lekarza (doradztwo w zakresie korzystania i koordynacji) oraz unikanie hospitalizacji. |

. **Rys. 4.2** Ciąg dalszy

|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulatoryjna terapia zajęciowa** | jest usługą świadczoną przez kasy chorych i może być przepisywana przez wszystkich zarejestrowanych lekarzy. Podstawę prawną stanowią zasadniczo §§ 32, 73, 74, 91, 124 i 125 niemieckiego kodeksu socjalnego, księga V (SGB V). Ambulatoryjna terapia zajęciowa pracuje z pacjentami przy użyciu różnych metod (por. rozdział 3.3.4), aby wspierać ich indywidualne zasoby i zainteresowania w celu ustabilizowania ich zdrowia psychicznego i jakości życia. Ambulatoryjna terapia zajęciowa jest oferowana w prywatnych gabinetach i może być również zintegrowana z usługami ośrodków opieki dziennej lub środowiskowych ośrodków psychiatrycznych. |
| **Usługi psychiatrii społecznej (SpDi)** | przejęcie zadań w zakresie opieki i wsparcia osób ciężko chorych psychicznie z jednej strony, a z drugiej strony koordynowanie zadań w systemie wsparcia psychiatrycznego. Pod względem organizacyjnym służby socjalno-psychiatryczne należą głównie do gminnych lub państwowych urzędów **zdrowia.** Ich przynależność i finansowanie są jednak regulowane przez poszczególne państwa.  Usługi związane z pacjentem obejmują usługi niskoprogowe (podstawowa opieka socjalno-psychiatryczna), **socjoterapię,** (rozdział 3.2.3) poradnictwo oraz działania mające na celu utrzymanie zatrudnienia i warunków pracy. W procedury zakwaterowania i opieki może być również zaangażowana służba socjalno-psychiatryczna. Podstawowa opieka socjalno-psychiatryczna jest oferowana przede wszystkim osobom ciężko i przewlekle chorym psychicznie i obejmuje szeroki zakres usług: Wsparcie w radzeniu sobie z chorobą i w życiu codziennym, wspieranie umiejętności społecznych i poznawczych, pomoc w zakresie mieszkania i pracy, interwencja kryzysowa, kontynuacja, w razie potrzeby praca socjalna na zewnątrz, oferty grup socjalnych, wsparcie w zakresie roszczeń socjalno-prawnych, jak również zadania koordynacyjne związane z danym przypadkiem i współpraca w konferencjach przypadków. Za zgodą następuje zaangażowanie krewnych. Częstotliwość kontaktów zależy od potrzeb i personelu, ale zazwyczaj jest ograniczona do 1 do 2 kontaktów tygodniowo. |
| **Doradztwo i wsparcie** | |
| **Wydziały zdrowia publicznego** | zapewnienie doradztwa w zakresie pomocy prawnej i odpowiednich usług wsparcia regionalnego, zwłaszcza dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi i ich bliskich. W pewnych okolicznościach, skierowanie do usług specjalistycznych, takich jak  **Usługi psychiatrii społecznej**. Tutaj można przygotować ekspertyzy zgodnie z ustawą o zakwaterowaniu i opiece oraz o ewentualnej pomocy integracyjnej. W zakres usług wchodzi również interwencja kryzysowa. Zasadniczo możliwe są wizyty domowe. Usługą "fakultatywną" jest inicjowanie, doradztwo i wspieranie grup samopomocy. |
| **Ośrodki informacyjne** | Centra kontaktowe i doradcze są szeroko rozpowszechnione w poszczególnych krajach związkowych i mogą być prowadzone również w formie finansowanych ryczałtowo ośrodków dziennych. |
| **Mieszkanie wspomagane ambulatoryjnie** | Ambulatoryjne mieszkania wspomagane są szeroko rozpowszechnione w Niemczech i mogą być różnie wdrażane w poszczególnych krajach związkowych. Jest on uważany za alternatywę dla zakwaterowania stacjonarnego. |

. **Rys. 4.2** Ciąg dalszy

|  |  |
| --- | --- |
| **Wspólne agencje usługowe** | oferowanie międzyagencyjnych usług doradczych i wsparcia dla osób niepełnosprawnych i osób, które są zagrożone niepełnosprawnością. Zgodnie z Księgą IX Kodeksu Socjalnego, różne podmioty świadczące usługi rehabilitacyjne zostały zobowiązane do utworzenia wspólnych regionalnych centrów usług w celu poprawy dostępu do odpowiednich usług dla osób dotkniętych chorobą. Te centra usług oferują kompleksowe i neutralne doradztwo osobom, które chcą uzyskać informacje o świadczeniach w zakresie rehabilitacji i udziału w życiu zawodowym lub które chciałyby z nich skorzystać. Ponadto pracownicy udzielają wyjaśnień na temat potrzeby rehabilitacji, ustalają właściwego rehabilitanta, pomagają w wypełnieniu odpowiedniego wniosku lub kierują do innych odpowiedzialnych instytucji. Dostępne są również porady dotyczące budżetu osobistego oraz zarządzania integracją zawodową. |
| **Ambulatoryjna rehabilitacja medyczna** | |
| **Rehabilitacja ambulatoryjna dla osób z chorobami psychicznymi i psychosomatycznymi** | jest zawsze wskazana, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie lecznicze. Holistyczne podejście do leczenia ma na celu zapobieżenie lub złagodzenie zagrażającego/manifestującego się upośledzenia uczestnictwa w życiu zawodowym i/lub w społeczności. Przesłanki są określone przez potrzebę rehabilitacji, zdolność do rehabilitacji i rokowania. Oferta skierowana jest przede wszystkim do pacjentów rehabilitowanych z zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami stresu i przystosowania, zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami somatoformicznymi, chorobami psychosomatycznymi, takimi jak zaburzenia odżywiania oraz zaburzeniami fizycznymi.  z komponentem psychologicznym. Leczenie takie *nie* jest jednak *wskazane* w przypadku ostrych psychoz, przewlekłych przebiegów psychotycznych, jawnych tendencji samobójczych, zaburzeń uzależnienia od substancji lub zachowań dyssocjalnych zagrażających innym.  W celu rehabilitacji osób ciężko chorych psychicznie utworzono zakłady rehabilitacyjne dla osób psychicznie chorych i niepełnosprawnych (RPK) (rozdział 4.3.3). Dalsze kryteria wykluczenia są wymienione w ramowych zaleceniach BAR dotyczących rehabilitacji ambulatoryjnej [570]. Zasadniczo jest to zróżnicowana oferta w pobliżu domu, wspierana przez wieloprofesjonalny zespół oraz kompleksowa oferta leczenia obejmująca środki umożliwiające uczestnictwo w życiu zawodowym oraz w społeczności. Czas trwania i częstotliwość: 4-6 godzin terapii przez 5-6 dni w tygodniu. Mimo że wytyczne, na których się opierają, wykluczają osoby z psychozami, mają one również prawne prawo do rehabilitacji medycznej. W tym kontekście należy wspomnieć o porozumieniu rekomendacyjnym w sprawie RPK, które od 2005 r. umożliwia również ambulatoryjne udzielanie świadczeń [571]. |

. **Rys. 4.2** Ciąg dalszy

**176**

**Rozdział 4** - Matryca niemieckiego systemu opieki - Pomoc dla osób ciężko chorych psychicznie

**4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . **Tabela 4.3** Projekty modelowe psychiatrycznego leczenia zespołowego w środowisku zewnętrznym w Niemczech | | | |
| **Projekt/Oferta** | **Struktura** | **Oferty** | **Grupa docelowa** |
| Integrative Psychia- tric Treatment, Krefeld [572]. | -integracyjna opieka z mobilnym zespołem wieloprofesjonalnym i łączeniem struktur (psychiatrzy, klinika somatyczna, dom opieki itp.)  Leczenie w domu: 24 godziny dziennie | Wykorzystanie wszystkich zasobów diagnostycznych i terapeutycznych szpitala  -planowanie leczenia  wszystkie środki medyczne i pielęgnacyjne, psychoterapia itp.  specyficzne oferty grupowe w klinice | Pacjenci z ostrą chorobą psychiczną ze wskazaniami do leczenia szpitalnego lub do leczenia uzupełniającego po leczeniu szpitalnym. -możliwe jednoczesne leczenie N = 12-16 pacjentów |
| Mobilny Zespół Kryzysowy, Szpital Powiatowy w Günzburgu [573]. | zaopatrzenie przez mobilny zespół wielozawodowy  Leczenie w domu: 24 godziny dziennie  -codzienne przekazywanie informacji, dyskusje nad przypadkami | -Diagnostyka i planowanie leczenia  -włączenie środowiska  -Farmakoterapia  -interwencje psychoterapeutyczne  -psychoedukacja  -relaksacja  -szkolenie w zakresie kompetencji społecznych  -praktyczne pomoce na co dzień  Dopasowanie z dalszą pomocą | -ciężkich i ostrych pacjentów psychiatrycznych wymagających leczenia, którego celem jest zastąpienie pełnego leczenia szpitalnego |
| Ambulatoryjne psychiatryczne leczenie ostre w domu, Frankfurt [574]. | zaopatrzenie przez mobilny zespół wielozawodowy  -wizyty domowe 7 dni w tygodniu w godzinach 8.00-20.00.  -uzupełniające usługi na wezwanie | -Diagnostyka  -leczenie medyczne i specjalistyczne leczenie pielęgniarskie wraz z poradami dla krewnych  -psychoedukacja  oferty grupowe w klinice | pacjenci przewlekle chorzy psychicznie oraz pacjenci, którzy do tej pory otrzymali niewielką opiekę lub nie otrzymali jej wcale (zaburzenia psychotyczne: ok. 80 %, migranci: ok. 29 %)  -20 nagrań/miesiąc |
| Assertive Commu- nity Treatment, University Medical Center Hamburg-Eppendorf [575]. | Psychozy obszaru roboczego z różnymi jednostkami opiekuńczymi  -opieka przez zespół wielozawodowy  Leczenie: 24 h dziennie  -konferencje przypadków  -Współpraca z podmiotami zewnętrznymi | Zakończenie wszystkich wstępnych kontaktów, w tym badanie i planowanie leczenia.  interwencja kryzysowa aż do całkowitego leczenia ostrego we własnym środowisku z udziałem bliskich  intensywna opieka po leczeniu szpitalnym  -dodatkowa interwencja kryzysowa w przypadku grożącego nawrotu choroby  -Farmakoterapia | -pacjenci z pierwszym lub nawracającym zaburzeniem psychotycznym lub dwubiegunowym  -ze wskazaniem do leczenia stacjonarnego |
| Community-Integrated Crisis Centre Munich South, Atrium House [576] | Leczenie domowe jako element elastycznej środowiskowej opieki psychiatrycznej  -opieka przez zespół wielozawodowy codzienna dostępność przez telefon alarmowy przez 24 godziny na dobę | -Diagnostyka  -planowanie leczenia  -leczenie medyczno-psychiatryczne, w tym psychofarmakoterapia  -koordynacja, kontrola  współpraca i komunikacja ze współprowadzącymi  -Milieutherapy -specyficzne specjalistyczne usługi terapeutyczne | pacjenci w kryzysach psychicznych każdego rodzaju |

Różnice [578]. Wendt (2002) rozróżnia dwie koncepcje zarządzania przypadkami. Z jednej strony zarządzanie przypadkami jest stosowane w Niemczech jako koncepcja metodyczna na poziomie osobistym (zarządzanie przypadkami), a z drugiej strony jako koncepcja organizacyjna lub systemowa w funkcji administracyjnej (zarządzanie systemowe). Skuteczny sukces case management w praktyce zależy w równym stopniu od obu poziomów. Kontrola procesu w case management, który jest skoncentrowany na indywidualnym przypadku, obejmuje funkcję pilotażową, wybór optymalnej pomocy, wsparcie pacjenta i przegląd efektywności. Na poziomie organizacyjnym, skuteczne zarządzanie przypadkami wymaga organizacji, która zapewnia sieć dla koordynacji i współpracy zaangażowanych agencji i profesjonalistów [579].

Należy wspomnieć o projekcie, który był w dużej mierze wspierany przez inicjatywę Aktion Psychisch Kranke, mającą na celu wdrożenie podejścia skoncentrowanego na osobie w opiece psychiatrycznej w poszczególnych regionach referencyjnych. Centralnymi instrumentami dla rozwoju regionalnego wsparcia zorientowanego na osobę były:

— **Zintegrowany Plan Leczenia i Rehabilitacji (IBRP)**, którego celem jest zintegrowane indywidualne planowanie pomocy poprzez stworzenie ogólnego planu pomocy, który jest koordynowany z pacjentem i wszystkimi zaangażowanymi terapeutami i pomocnikami, mierzony według kryteriów orientacji na cel, znaczenia dla dziedziny życia i integracji wszystkich niezbędnych usług. Zintegrowane planowanie pomocy odnosi się do takich obszarów jak: samoopieka w mieszkaniu, praca/edukacja, organizacja dnia, udział w życiu publicznym, podstawowa opieka socjalno-psychiatryczna, specjalne procedury terapeutyczne, koordynacja, planowanie i koordynacja pomocy oraz pomoc niepsychiatryczna, jak np. podstawowa opieka, pomoc w gospodarstwie domowym itp.

— **Konferencja planu pomocy** jako "centrum regionalnego zarządzania przypadkami", w którym spotykają się koordynatorzy psychiatrii oraz przedstawiciele usługodawców i instytucji finansujących, jak również osoby dotknięte chorobą, krewni i społeczeństwo.

i opiekunów prawnych w celu omówienia planu pomocy.

— **Koordynujący referent** jako specjalista w dziedzinie psychiatrii, który jest partnerem do kontaktu dla pacjenta i zaangażowanych terapeutów w różnych placówkach i obszarach usług. Osoba ta przejmuje na określony czas funkcję koordynatora w sensie menedżera przypadku. Jest on odpowiedzialny za kolejne planowanie pomocy, ma prawo do informacji i zapewnia niezbędną ciągłość procesu pomocy, ponieważ pozostaje do dyspozycji także w przypadku zmiany placówki lub przerwania pomocy.

— Inne wysiłki zmierzały do regionalnego pokrycia potrzeb i obowiązkowej opieki oraz do uelastycznienia oferty usług [580].

Do realizacji projektu wybrano wówczas regiony: Berlin-Reinickendorf, Gera, Kaisers- lautern, Kaufbeuren/Ostallgäu, Mainz i Mün- chen-Süd. W międzyczasie formy i instrumenty zintegrowanego planowania pomocy zorientowane na IBRP zostały dobrze wdrożone w różnych regionach. Podstawa prawna jest określona w SGB IX. **Utworzenie stowarzyszeń psychiatrów środowiskowych (GPV)** było związane z wdrożeniem pomocy zorientowanej na osobę w instytucjach i u usługodawców. Głównym celem takiego stowarzyszenia jest zapewnienie w danym regionie pomocy opartej na potrzebach i związanej z życiem oraz współpraca usługodawców poprzez tworzenie odpowiednich struktur współpracy.

Ogólnie rzecz biorąc, istnieją różne modele koordynacji pomocy psychiatrycznej przez różne grupy zawodowe (np. lekarzy, psychologów, pielęgniarstwo psychiatryczne, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych). Zarządzanie przypadkami powinno umożliwiać specjalistom z systemu opieki społecznej i zdrowotnej koordynowanie możliwości pomocy w złożonych warunkach oraz korzystanie w sposób skoordynowany z istniejących zasobów instytucjonalnych w danej społeczności lub dziedzinie pracy. Case management oznacza przejęcie różnych funkcji, np. jako "adwokat" pacjenta, jako organizator i mediator,

jako kibic i jako "strażnik bram". Case manager przejmuje zadania planowania, koordynacji, realizacji i kierowania w całym procesie leczenia i rehabilitacji. Skuteczne zarządzanie przypadkiem wymaga zatem kompleksowej wiedzy z zakresu prawa socjalnego oraz znajomości regionalnej i ponadregionalnej struktury opieki [13].

1. różne warunki kontekstowe oraz (3) różne warunki opieki nad pacjentami w grupach kontrolnych. W ramach sympozjum porównano różne badania z 4 krajów europejskich (Wielka Brytania, Szwajcaria, Niemcy i Włochy), ich wyniki, aspekty metodologiczne i uwarunkowania kontekstowe.

**4** W dalszej części należy odnieść się do odpowiednich nie-randomi

kultura narodowa. Niemcy wyróżniają

badania z niemieckiej kon- strukcji opieki zdrowotnej.

W celu przeciwdziałania deficytom w leczeniu ciężko i przewlekle chorych psychicznie pacjentów ze złożoną potrzebą pomocy, w latach 1995-1998 w sektorze Monachium-Południe wprowadzono nową funkcję pod nazwą **zarządzanie przypadkami psychiatrycznymi w ramach** realizacji modelu leczenia skoncentrowanego na osobie. Ponadto poszukiwano możliwości współpracy i nawiązywania kontaktów z licznymi usługodawcami w regionie. Model leczenia metodą case management opierał się na kryteriach docelowych zintegrowanego planu leczenia i rehabilitacji Aktion Psychisch Kran i obejmował planowanie leczenia, koordynację, orientację na zasoby, normalizację i uczestnictwo [577].

W **starszym nierandomizowanym badaniu kontrolowanym** obejmującym 162 pacjentów, w większości cierpiących na schizofrenię lub zaburzenia psychotyczne, którzy zostali wypisani z leczenia szpitalnego i otrzymywali **wsparcie w postaci zarządzania przypadkami** przez okres 2,5 roku, nie wykazano wpływu na wskaźniki ponownych przyjęć ani na czas trwania leczenia szpitalnego. W ramach projektu modelowego utworzono wówczas w Badenii-Wirtembergii w 4 sektorach opieki 4 służby socjalno-psychiatryczne, z 4 pracownikami socjalnymi odpowiedzialnymi za każdą służbę. Interwencje w grupie zarządzającej opieką obejmowały ocenę, planowanie i doradztwo w zakresie potrzeby pomocy, trening umiejętności życia codziennego, koordynację profesjonalnej pomocy, wymianę z krewnymi, utrzymanie i rozwój sieci społecznych, wizyty domowe i inne [581].

Sprzeczne ustalenia dotyczące skuteczności zarządzania przypadkami w różnych krajach były szeroko dyskutowane, częściowo na tle różnic kulturowych. W szczególności w USA zarówno asertywne leczenie środowiskowe, jak i zarządzanie przypadkami są dobrze ugruntowane w leczeniu osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, podczas gdy wyniki badań europejskich są niejednoznaczne. Omówiono trzy podejścia wyjaśniające: (1) ocenić wierność programu podczas wdrażania,

Brak integracji sektora ambulatoryjnego i szpitalnego oraz inne warunki ramowe [582] wyraźnie wyróżniają ten rodzaj terapii w jej kontekstowych uwarunkowaniach.

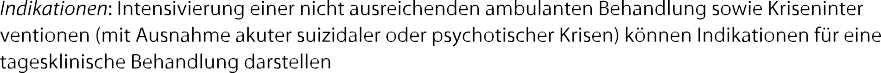
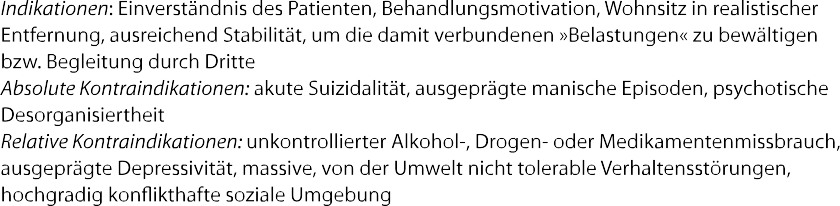
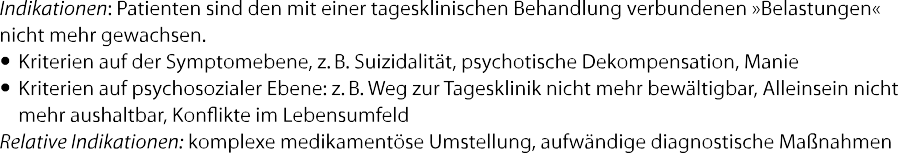
### Leczenie częściowe w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie

#### Dzienne kliniki psychiatryczne

Leczenie w psychiatrycznej klinice dziennej jest częścią leczenia szpitalnego i jest zazwyczaj powiązane ze szpitalami psychiatryczno-psychosomatycznymi lub oddziałami psychiatryczno-psychosomatycznymi szpitali ogólnych. Leczenie dzienne może być

(1) stanowią alternatywę dla leczenia stacjonarnego w przypadku ostrych problemów psychicznych, (2) skracają czas trwania leczenia stacjonarnego w sensie leczenia przejściowego, (3) służą rehabilitacji pacjentów o przebiegu przewlekłym lub (4) mają na celu intensyfikację (niewystarczającą) leczenia ambulatoryjnego [583]. Leczenie w szpitalu dziennym łączy wielodyscyplinarne metody leczenia porównywalne z pełnym leczeniem stacjonarnym (tzn. wszystkie świadczenia medyczne, diagnostyczne, psychiatryczne, psychospołeczne i uzupełniające) z zachowaniem istniejących kontaktów społecznych w znanym pacjentowi środowisku życia.

Zasadniczo oferta skierowana jest do pacjentów z chorobami psychicznymi, którzy potrzebują stabilnych ram terapeutycznych w ciągu dnia, ale mają wystarczającą niezależność i stabilność w nocy i w weekendy, aby poradzić sobie bez takich ram terapeutycznych. Interfejsy do ambulatorium



. **Rys. 4.3** Interfejsy psychiatrycznych szpitali dziennych. (Kryteria z Eikelmann i współpracownicy 1999 [584])

i leczenia szpitalnego, jak również odpowiednie wskazania przedstawiono na rysunku 4.3. Kolejne ważne interfejsy istnieją z uzupełniającymi obszarami rehabilitacji. W ten sposób w trakcie leczenia w szpitalu dziennym można wyjaśnić i zdiagnozować potrzebę dalszych działań rehabilitacyjnych (mieszkanie, praca i wypoczynek/integracja społeczna), jak również poczynić odpowiednie przygotowania. Szczególną cechą leczenia w klinice dziennej, które odbywa się w regularnej przemienności między terapią a życiem codziennym, jest ułatwienie

przeniesienie postępu terapeutycznego do własnego środowiska życia pacjenta (rys. 4.3).

Leczenie dzienne nie wykazało prawie żadnych korzyści w porównaniu z leczeniem ambulatoryjnym. Natomiast w porównaniu z leczeniem stacjonarnym widoczna była znacznie szybsza poprawa objawów psychopatologicznych. Nie zaobserwowano różnic w zakresie funkcji społecznych. Częstość ponownych przyjęć była porównywalna w obu grupach. W grupie eksperymentalnej skrócił się czas trwania dni leczenia stacjonarnego. Jeśli chodzi o efektywność kosztową, leczenie dzienne jest lepsze niż pełne leczenie szpitalne [583].W badaniu **EDEN**, wieloośrodkowym randomizowanym badaniu kontrolowanym, oceniano skuteczność

badano ostre leczenie psychiatryczne dzienno-kliniczne w porównaniu do leczenia pełnostacjonarnego. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami, około 30% pacjentów z ostrym zaburzeniem psychicznym wymagającym leczenia (stacjonarnego) było leczonych w placówkach opieki dziennej. Ostre psychiatryczne leczenie dzienne okazało się równoważne z konwencjonalnym leczeniem stacjonarnym pod względem nasilenia objawów psychopatologicznych, zadowolenia z leczenia i jakości życia. W osiągniętym

Funkcja społeczna w momencie wypisu oraz 3 i 12 miesięcy po wypisie, leczenie dzienne miało przewagę nad leczeniem stacjonarnym [585]. Skuteczność leczenia ostrej opieki dziennej wykazano również w krajach niemieckojęzycznych [586]. Porównanie bezpośrednich kosztów opieki pokazało, że leczenie ostrej psychiatrycznej opieki dziennej jest bardziej opłacalne niż pełna opieka stacjonarna. Leczenie w placówkach dziennej opieki zdrowotnej doprowadziło w całym badanym okresie do redukcji kosztów o około 22%, co wynikało głównie z bezpośrednich kosztów opieki dziennej lub stacjonarnej [587].

**Kliniki nocne i inne obiekty**

**Kliniki nocne to** możliwość dla osób chorych psychicznie, które nie mogą przenocować w domu z powodu lęku lub braku odpowiedniego środowiska społecznego, otrzymania czasowo intensywnej ochrony terapeutycznej i noclegu. Pacjenci mogą wykonywać zawód w ciągu dnia i wracać do kliniki wieczorem. Wskazaniami mogą być diagnostyczne wyjaśnienie, zmiana lub stabilizacja sytuacji życiowej lub integracja po ostrej fazie choroby.

Poniżej przedstawiono 2 przykłady alternatywnych placówek, które oferują osobom cierpiącym na choroby psychiczne w sytuacjach kryzysowych możliwość odosobnienia i wsparcia z dala od zwykłych możliwości leczenia stacjonarnego lub dziennego.

W ramach koncepcji leczenia zintegrowanego **"Pokoje Odosobnieniowe Opieki Zintegrowanej" (projekt "GAPSY")** stworzono specjalny rodzaj pomieszczeń odosobnieniowych dla pacjentów wymagających ostrego leczenia w sytuacjach kryzysowych. Centralnym punktem jest dom kryzysowy, "Rückzugshaus" Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY) w Bremie. Dziesięciu neurologów w prywatnej praktyce, którzy bez wyjątku zapewniają wskazania do opieki w "pomieszczeniach odosobnieniowych IV", dba o to, aby lekarze byli dostępni w systemie rotacyjnym 24 godziny na dobę i aby zapewniono możliwość codziennego leczenia.

kontakty medyczne. Opieka w "IV salach odosobnieniowych" odbywa się codziennie w godzinach od 17.00 do 9.00. Tam, często za pośrednictwem ekspertów z własnego doświadczenia, kładzie się nacisk na towarzyszenie, akceptację i relaks, a nie na leczenie lub opiekę. W godzinach od 9.00 do 17.00 odbywa się leczenie ambulatoryjne w domowym zaciszu zaniepokojonych przez współpracowników opieki psychiatrycznej am-bulanten oraz specjalistycznej

socjoterapii oddziałowej. Wstępne doświadczenia pokazują, że w szczególności osoby z przewlekłymi chorobami psychicznymi (zwłaszcza schizofrenikami i zaburzeniami afektywnymi) docierają do tej służby [588].

Spółka **gGmbH "Krisenpension und Hometreatment" w Berlinie** to innowacyjny projekt pozaszpitalnego, intensywnego wsparcia dla osób znajdujących się w kryzysie psychicznym. W specjalnie wyposażonym mieszkaniu (pensjonat kryzysowy), osoby znajdujące się w kryzysie psychicznym, które szukają alternatywy dla leczenia stacjonarnego, mogą znaleźć miejsce na nocleg w ciągu dnia lub w nocy. Projekt realizowany jest w ramach rozmów trójstronnych, tj. przez pacjentów psychiatrycznych, krewnych i specjalistów. Projekt został stworzony na zasadzie dobrowolności. Finansowanie jest realizowane w ramach zintegrowanej opieki przez Miasto BKK (Berlin) i Techniker Krankenkasse (dzielnica Tempelhof-Schöneberg) (por. www.krisen-pension.de).

**4.3.3** 4.3.3 **Leczenie szpitalne i rehabilitacja osób ciężko chorych psychicznie**

**Pełne leczenie szpitalne**

Leczenie szpitalne może oznaczać znaczną ingerencję w ciągłość życia. Zasadniczo istnieje chęć rozszerzenia zakresu leczenia ambulatoryjnego i usług wsparcia oraz ograniczenia liczby i czasu trwania leczenia stacjonarnego. Pomimo rosnącej liczby usług psychiatrycznych w społecznościach lokalnych, zapewnienie łóżek szpitalnych dla osób ciężko chorych psychicznie wydaje się jednak rozsądne i konieczne. W każdym przypadku należy dokładnie zbadać wskazanie do przyjęcia do szpitala.

"Leczenie szpitalne jest konieczne, jeśli dalsze leczenie środkami szpitalnymi jest konieczne z medycznego punktu widzenia". [...] Leczenie ambulatoryjne ma pierwszeństwo przed leczeniem stacjonarnym, jeżeli cel leczenia może zostać osiągnięty w sposób właściwy i bez szkody dla pacjenta za pomocą umownych środków opieki medycznej". Leczenie szpitalne staje się w pełni hospitalizowane, częściowo hospitalizowane  
,

,

,

opieka stacjonarna i ambulatoryjna.

"Leczenie szpitalne obejmuje, w ramach mandatu opiekuńczego szpitala, wszystkie świadczenia, które w indywidualnych przypadkach są niezbędne do opieki medycznej nad pacjentami przebywającymi w szpitalu, stosownie do rodzaju i stopnia zaawansowania choroby, w szczególności zabiegi lekarskie, opiekę pielęgniarską, dostarczanie leków, środków leczniczych i pomocniczych, zakwaterowanie i wyżywienie." [589] Leczenie jest finansowane przez kasy chorych.

Leczenie pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi odbywa się przede wszystkim w specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych oraz na specjalistycznych oddziałach szpitali ogólnych. W szpitalnych oddziałach psychosomatycznych stosowane są głównie metody leczenia psychoterapeutycznego. O przyjęciu do szpitala decyduje lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz pogotowia ratunkowego; decyzję o pełnym leczeniu szpitalnym podejmuje ostatecznie lekarz prowadzący. Leczenie psychiatryczne w warunkach stacjonarnych obejmuje usługi diagnostyczne i terapeutyczne świadczone przez zespół wieloprofesjonalny. Oprócz opieki lekarskiej i pielęgniarskiej istnieje możliwość zastosowania środków psycho- i socjoterapeutycznych oraz innych terapii. Ważna jest duża liczba personelu i złożoność środowiska leczenia.

**Poniższe wskazówki mogą służyć jako podstawa do podejmowania decyzji [543]:**

— **Zachowania autodestrukcyjne, kryzysy samobójcze, zaniedbywanie własnych interesów;**

— **ostrych, ciężkich objawów choroby;**

— **Brak wglądu w chorobę połączony z ciężkimi objawami;**

— **niekorzystny przebieg choroby, oporność na leczenie, współistnienie chorób psychicznych i somatycznych;**

— **Konieczność kosztownej i skomplikowanej diagnostyki i/lub terapii;**

— **ciężka domowa sytuacja konfliktowa o podłożu psychospołecznym wpływająca na przebieg choroby;**

— **Wyczerpanie środków na rehabilitację lub odbudowę nie jest możliwe.**

Oficjalne statystyki szpitalne wykazują wyraźny spadek liczby szpitali w Niemczech, połączony ze zmniejszeniem liczby łóżek [590]. W przeciwieństwie do tego nastąpił znaczny wzrost liczby przypadków w specjalistycznych oddziałach psychiatrycznych. W tym samym czasie długość pobytu spadła do jednej trzeciej. Jeśli przyjrzeć się 3 najczęstszym wskazaniom prowadzącym do pełnego leczenia stacjonarnego według wybranych grup wiekowych, to przykładowo można zaobserwować wzrost liczby przypadków leczenia stacjonarnego wśród mężczyzn w wieku

15 i 45 lat, na pierwszym miejscu znajdowały się zaburzenia psychobehawioralne spowodowane używaniem alkoholu, a na trzecim schizofrenia [590]. W 2008 r. w Niemczech było około 53 061 łóżek psychiatrycznych i

6 228 łóżek w specjalistycznych oddziałach psychoterapeutycznych. Przy obłożeniu łóżek wynoszącym 93% i 90%, średnia długość pobytu wynosiła odpowiednio 23 i 40 dni. Odpowiada to gęstości zaludnienia 65 i 8 łóżek na 100 000 mieszkańców [591]. Mimo niewystarczających danych, wyraźnie zmniejsza się liczba "łóżek długoterminowych" [559].

W metaanalizie zbadano efekty planowanych krótkich pobytów w szpitalu (28 dni) w porównaniu z długimi pobytami w szpitalu u pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi. W rocznym okresie obserwacji planowane krótkie pobyty nie prowadziły do częstszych hospitalizacji w sensie "efektu drzwi obrotowych". Podobnie nie wykazano istotnych różnic w odniesieniu do przedwczesnego przerwania leczenia. W 2 badaniach wykazano poprawę sytuacji zawodowej w ciągu 2 lat u pacjentów z krótkim pobytem w szpitalu. Wszystkie uwzględnione badania zostały przeprowadzone przed 1980 rokiem w USA i Wielkiej Brytanii [592].

**Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych** Dla grupy osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, o których mowa w niniejszych wytycznych, możliwość zintegrowanej rehabilitacji medyczno-zawodowej stworzył w latach 80. ubiegłego wieku **Zakład Rehabilitacji** dla Osób **Chorych Psychicznie i Niepełnosprawnych (RPK).** RPK są małymi, (możliwie najbliższymi) placówkami środowiskowymi, z przewagą placówek stacjonarnych, o ścisłych regionalnych strukturach sieciowych. W ramach zintegrowanej opieki i ukierunkowanej organizacji, wieloprofesjonalny zespół świadczy usługi w zakresie rehabilitacji medycznej i zawodowej.

1. "**Rozdział 4** - Matryca niemieckiego systemu opieki - Pomoc dla osób ciężko chorych psychicznie

rehabilitacja medyczna i usługi w zakresie uczestnictwa w życiu zawodowym są oferowane w równej mierze. Inną szczególną cechą jest system terapeuty referencyjnego, którego wdrożenie zwiększa ciągłość opieki. Porozumienie w sprawie Rekomendacji RPK (2005) określa kryteria dotyczące wskazań społeczno-medycznych w zakresie rehabilitacji; oprócz wybranych diagnoz określa się również następujące kryteria (schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe, afektywne i ciężkie zaburzenia osobowości i zachowania), "uszkodzenie" funkcji psychicznych, upośledzenia w różnych działaniach oraz uczestnictwo i integracja społeczna są nazywane. Ponadto przy ocenie wskazania należy wziąć pod uwagę indywidualną sytuację życiową, osobiste style radzenia sobie i zasoby osób, których ono dotyczy, a także sieć społeczną [594].

Po przeprowadzeniu kompleksowej diagnostyki rehabilitacyjnej w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), formułowany jest indywidualny plan rehabilitacji, który jest regularnie przeglądany pod kątem osiągnięcia celu i w razie potrzeby modyfikowany. Do istotnych elementów rehabilitacji medycznej w przypadku chorób psychicznych należy na przykład leczenie medyczne/psychoterapeutyczne, w tym w razie potrzeby psychofarmakoterapia, orientacyjne grupy psychoedukacyjne, ergoterapia, terapia zajęciowa i testowanie stresu, pielęgniarstwo psychiatryczne, fizjoterapia/sport i terapia ruchowa, jak również doradztwo i pomoc psychospołeczna. W ramach usług związanych z uczestnictwem w życiu zawodowym świadczone są np. usługi mające na celu wyjaśnienie predyspozycji zawodowych oraz testowanie umiejętności zawodowych, szkolenia i środki przygotowania zawodowego [594].

Czas trwania i zagęszczenie rehabilitacji zależy od stopnia upośledzenia. Za medyczne świadczenia rehabilitacyjne w RPK odpowiada albo Zakład Ubezpieczeń Emerytalnych albo Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych; za świadczenia związane z uczestnictwem w życiu zawodowym odpowiada albo Zakład Ubezpieczeń Emerytalnych albo Federalny Urząd Pracy, chyba że zgodnie z § 6 SGB IX odpowiada inny zakład rehabilitacyjny. Ponadto, w indywidualnych przypadkach, np. zasiłek lub prywatne ubezpieczenie zdrowotne może być   
  
odpowiedzialne.

Ubezpieczenia przejmują koszty. Wniosek jest najpierw składany w zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych. Taka rehabilitacja medyczna często wiąże się z dłuższym czasem oczekiwania, ponieważ w Niemczech nie ma ogólnokrajowych ofert.

**■ Wymówki: opieka psychiatryczna**

Pielęgniarstwo odgrywa ważną rolę w leczeniu osób chorych psychicznie w swojej różnorodności w odniesieniu do różnych środowisk terapeutycznych, współpracy z różnymi partnerami, jak również w odniesieniu do różnych grup docelowych i jest konfrontowane z nowymi zadaniami ze względu na zmiany w opiece psychiatrycznej w kierunku psychiatrii środowiskowej. W szczególności osoby ciężko i przewlekle chore psychicznie należą do "grupy docelowej" tego podejścia do opieki, która znajduje się blisko miejsca zamieszkania chorego, jak również osoby i potrzeby.

Ciężkim chorobom psychicznym towarzyszą liczne ograniczenia w różnych dziedzinach życia. Z powodu swojej choroby osoby chore psychicznie często tracą codzienne umiejętności w zakresie samoopieki, jak również niezależność w codziennym kształtowaniu i postrzeganiu praktycznych umiejętności życiowych. Często dochodzi do społecznej izolacji lub dekompensacji pod presją codziennych problemów, stresu i problemów osobistych. W przypadku ciężkiej choroby psychicznej, zagrożenie dla siebie lub innych może być zwiększone. Przewlekłe choroby psychiczne mogą być związane z obniżeniem potencjału poznawczego i afektywnego. Z powodu swojej choroby osoby chore psychicznie mogą reagować nieufnie, niechętnie na terapię lub agresywnie. Krewni osób dotkniętych chorobą są często bardzo zestresowani, niepewni siebie i nieodpowiednio przygotowani do opieki pooperacyjnej. Zasadniczo, następujące interwencje pielęgniarskie mogą być nazwane w celu wyeliminowania braków w zakresie samoopieki lub samoopieki oraz w celu wyeliminowania innych objawów lub nieprawidłowości przez profesjonalne pielęgniarki:

* Poprzez tworzenie pozytywnego środowiska w środowisku domowym, w środowiskach terapeutycznych lub na oddziałach, opiekunowie stwarzają podstawy do rozwoju terapeutycznego
* .

**4.4** - Zintegrowana pomoc w zakresie uczestnictwapracy i zatrudnieniu

**4**

Pozwala to ograniczyć sytuacje kryzysowe zarówno poza szpitalem, jak i w codziennej praktyce klinicznej.

—Opiekunowie wzmacniają samoopiekę w zakresie pielęgnacji ciała i odzieży oraz przyjmowania pokarmów, a tym samym stanowią podstawę do regeneracji i resocjalizacji.

proces sationowy.

—Pielęgniarki sporządzają plan wspólnie z zainteresowaną osobą.

strukturę dnia i ocenić je.

— Opiekunowie uczą i szkolą codzienne umiejętności w zakresie działalności zawodowej, zarządzania rodziną i gospodarstwem domowym oraz finansów.

Zielle Angelegenheiten.

— Pielęgniarki rozbudzają hobby pacjentów i inne możliwości spędzania wolnego czasu oraz uczulają ich na postrzeganie po wypisie.

Przyjęcie.

— Planiści organizują kontakty w stowarzyszeniach i

Inicjatywy.

— W koordynacji ze służbą medyczną, pielęgniarki podejmują ćwiczenia mające na celu wzmocnienie strategii problemowych i zwalczanie stresu, przyczyniając się w ten sposób do zapobiegania

Recydywizm lub "zjawisko drzwi obrotowych".

— Pielęgniarki przejmują obserwację pacjentów, aby uniknąć niebezpieczeństwa dla pacjentów i społeczeństwa, reagować bezpośrednio oraz

współpracować ze służbą medyczną.

— Opiekunowie jak najdłużej utrzymują swoje codzienne umiejętności życiowe i zapobiegają hospitalizacji.

i ubezwłasnowolnienie.

— Opiekunowie prowadzą grupy rodzinne i udzielają wskazówek dotyczących opieki nad dziećmi w celu ich codziennej strukturyzacji, itp.

Zapewniając wytyczne w zakresie życia codziennego oraz pomagając w ustrukturyzowaniu dnia i tygodnia, a także przeprowadzając interwencje kryzysowe, **domowa opieka ambulatoryjna w szczególności stanowi** skuteczny środek zapobiegania nawrotom choroby i wdrażania ambulatoryjnego podejścia do pacjenta przed jego hospitalizacją. Praca w bezpośrednim środowisku życia pacjenta z możliwością zaangażowania opiekunów i środowiska domowego może być opisana jako jedna z oryginalnych dziedzin pracy pielęgniarskiej, jeśli

chodzi o radzenie sobie z chronicznie postępującymi chorobami psychicznymi.,chorób przewlekłych. W ten sposób można zmniejszyć liczbę przymusowych przyjęć. Ze względu na ich terapeutyczną bliskość i obecność, pielęgniarki   
  
  
  
  
psychiatryczne mogą doskonale pełnić funkcję pilota leczenia osób psychicznie chorych pomiędzy poziomem stacjonarnym, dziennym i uzupełniającym (rys. 4.2).

**4.4** **Zintegrowana pomoc w zakresie uczestnictwa w pracy i zatrudnieniu**

Od czasu badania psychiatrycznego w połowie lat 70. powstał w Niemczech kompleksowy, bardzo zróżnicowany system rehabilitacji zawodowej osób chorych psychicznie. Nie jest jednak łatwo śledzić wszystkie oferty i odpowiednie sposoby dostępu do nich, między innymi dlatego, że prawo świadczeń w tej dziedzinie jest niejasno podzielone [595;596].

Pomimo tego, że obecnie często zawierają one elementy *wspieranego zatrudnienia,* stosowane w Niemczech programy rehabilitacji zawodowej wpisują się przede wszystkim w tradycję podejścia *"najpierw pociąg, potem miejsce"* [183] (7 rozdział 3.2.4). W Niemczech do placówek, które działają przede wszystkim zgodnie z tą zasadą, należą przede wszystkim placówki ambulatoryjnej terapii zajęciowej, rehabilitacji osób chorych psychicznie (RPK), ośrodki kształcenia zawodowego (BTZ), zakłady awansu zawodowego (BFW), zakłady kształcenia zawodowego (BBW) i warsztaty dla niepełnosprawnych (WfbM) (por. [189]). Wymienione obiekty i oferowane przez nie usługi zostały omówione poniżej.

*Środki terapii zajęciowej są, że tak powiem, na* początku łańcucha opieki rehabilitacyjnej; często stanowią ważny krok przygotowawczy do dalszych działań rehabilitacyjnych w miejscu pracy. Terapia zajęciowa jest od dziesięcioleci integralną częścią leczenia psychiatrycznego w warunkach szpitalnych. W związku z coraz częstszym przenoszeniem opieki psychiatrycznej z sektora lecznictwa zamkniętego do społeczności lokalnej, terapia zajęciowa może coraz bardziej ugruntowywać się w Niemczech.



również w sektorze ambulatoryjnym. Wzrosła liczba klinik, które oferują również miejsca ambulatoryjne na swoich oddziałach terapii zajęciowej. Ambulatoryjna terapia zajęciowa jest skierowana do osób z chorobami psychicznymi, które są jeszcze w stanie poradzić sobie z niskim poziomem stresu i zazwyczaj koncentruje się na promowaniu podstawowych umiejętności zawodowych, takich jak zdolność do koncentracji i wytrwałości.

W *placówkach rehabilitacyjnych dla osób psychicznie chorych* (RPK) zintegrowana rehabilitacja medyczno-zawodowa jest oferowana wyłącznie dla osób psychicznie chorych. Zakres usług związanych z rehabilitacją zawodową obejmuje na przykład działania na rzecz orientacji zawodowej, próby robocze/ staże, szkolenie zawodowe, dostosowanie zawodowe w wyuczonym lub wyuczonym obszarze zawodowym lub szkolenie kandydatów. RPK mają możliwość oferowania działań indywidualnie dopasowanych do poziomu wykształcenia i wyników rehabilitanta (podejście zorientowane na osobę). Liczne RPK oferują również programy, które zawierają cechy zatrudnienia wspomaganego.

Badanie katamnetyczne przeprowadzone przez Federalne Stowarzyszenie Instytucji Rehabilitacyjnych dla Osób Chorych Psychicznie (BAG RPK) w 2005 roku wykazało, że rok po zakończeniu działania 17% uczestników (ponownie) weszło na pierwotny rynek pracy, podczas gdy 22% przechodziło szkolenie lub przekwalifikowało się, a 15% pracowało w warsztatach dla osób niepełnosprawnych. W rok po zakończeniu działania 15% uczestników szukało pracy. 23% uczestników nie było w stanie pracować w rok po zakończeniu programu, w porównaniu z 65% bezpośrednio przed jego zakończeniem (http://www.in-tervox-pr.de/site/download/RPK\_basisdokumentation\_2005. pdf ). 49 obiektów RPK na terenie całego kraju jest rozmieszczonych dość nierównomiernie na terenie krajów związkowych. Większość RPK znajduje się w Nadrenii Północnej-Westfalii (13), Dolnej Saksonii (6), Badenii-Wirtembergii (8) i Bawarii (6). Natomiast *w* nowych krajach związkowych jest tylko 8 obiektów (http://www.bagrpk.de).

*Ośrodki kształcenia zawodowego* (BTZ) są również specjalnymi placówkami rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnością umysłową. Akceptują oni osoby, które nadal pracują, ale których praca jest zagrożona z powodu ich problemów psychicznych, jak również osoby bez pracy, które mogą być ponownie zintegrowane tylko przy pomocy wsparcia zawodowego i psychosocjalnego.

Zdolność do pracy pod presją przez co najmniej 4 godziny dziennie jest warunkiem wstępnym przyjęcia do ośrodka kształcenia zawodowego. Ośrodki kształcenia zawodowego korzystają z różnych metod i ofert wsparcia w celu promowania kompetencji zawodowych i społecznych uczestników, które są niezbędne do ich (ponownej) integracji na podstawowym rynku pracy. Zakres usług można z grubsza podzielić na szkolenia zawodowe (środki dostosowawcze), środki przygotowawcze do szkoleń lub przekwalifikowania oraz środki oceny (w tym poradnictwo zawodowe/próby pracy). Środki te bardzo często obejmują praktyki zawodowe. Liczne ośrodki kształcenia zawodowego mają w swojej ofercie środki, które zawierają elementy *wspieranego zatrudnienia.* Jednym z przykładów jest program "Modular Placement" (MOVE) oferowany w 4 lokalizacjach BTZ, w którym po krótkim, czterotygodniowym szkoleniu w BTZ, mającym na celu znalezienie stałej pracy, następuje 2-miesięczne szkolenie pod okiem trenera w firmie na podstawowym rynku pracy, a po pomyślnym zakończeniu stażu zapewnione jest również wsparcie w miejscu pracy.

Federalne Stowarzyszenie Centrów Kształcenia Zawodowego regularnie przeprowadza badania katamnetyczne wśród absolwentów BTZ. Badanie klasy absolwentów z 2008 r. wykazało, że 38 % uczestników było zdolnych do pracy lub zachowało pracę przed zakończeniem realizacji środka, a 30 % było zdolnych do szkolenia po zakończeniu realizacji środka. Prawie jedna trzecia uczestników wyjaśniła swoje perspektywy zawodowe w wyniku tego działania. Spośród uczestników, którzy osiągnęli wynik pomiaru zdolności do pracy/utrzymania pracy, co najmniej jedna czwarta była niezdolna do pracy lub niezdolna do pracy (chora) przed rozpoczęciem szkolenia. Na koniec tego działania prawie połowa pacjentów z wynikiem "zdolność do pracy/zatrzymanie pracy" była zatrudniona na podstawowym rynku pracy, podczas gdy 1% pracowało w warsztacie dla osób niepełnosprawnych, a nieco poniżej 2% było zatrudnionych w ramach działania kwalifikacyjnego. 45% było bezrobotnych. Integracja uczestników, której wynikiem jest zdolność do pracy/utrzymania pracy na podstawowym rynku pracy, zwiększyła się jeszcze bardziej po zakończeniu realizacji działania i wyniosła 53% po 6 miesiącach. Strukturalnie należy zauważyć, że Nadrenia Północna-Westfalia ponownie posiada najwięcej ośrodków kształcenia zawodowego w Niemczech (5), a następnie w Bawarii (2). Badenia-Wirtembergia, Berlin, Brema, Hamburg, Dolna Saksonia, Saksonia i Turyngia mają po jednym ośrodku, podczas gdy pozostałe kraje związkowe nie mają ośrodków kształcenia zawodowego [597].

*Berufsförderungswerke* (BFW) to firmy szkoleniowe, które zostały założone w celu zaspokojenia szczególnych potrzeb osób z problemami zdrowotnymi i koncentrują się na przekwalifikowaniu i dalszym kształceniu osób, które ukończyły szkolenie wstępne i posiadają doświadczenie zawodowe. Przy 8-godzinnej odporności na początku działania, od uczestników wymaga się więcej niż w BTZ lub RPK. Niektóre BFW mają specjalne oferty dla osób chorych psychicznie. Zakres usług oferowanych przez Berufsförderungswerke obejmuje kursy odpowiadające uznanym zawodom szkoleniowym, kursy dokształcające oraz usługi związane ze znalezieniem zawodu i podjęciem pracy. Niektóre obiekty oferują również kursy przygotowujące do rehabilitacji (RVL). Od 2007 r. wszystkie Berufsförderungswerke oferują dodatkowe wsparcie *("JobTrains"*) dla uczestników, którzy po zakończeniu kwalifikacji nie znaleźli jeszcze pracy. Ośrodki promocji zawodowej znajdują się głównie na terenach wiejskich lub w małych miastach. W każdym kraju związkowym istnieją ośrodki ukierunkowane na grupę docelową osób chorych psychicznie, przy czym w Nadrenii Północnej-Westfalii największą gęstość zaludnienia mają 4 ośrodki. Jednak obszar zlewni ośrodków kształcenia zawodowego, które są (również) ukierunkowane na osoby chore psychicznie, jest w przeważającej mierze ponadregionalny [597].

Ośrodki *kształcenia zawodowego* (BBW) są ukierunkowane na kształcenie i przygotowanie zawodowe młodzieży niepełnosprawnej, przy czym 25 ośrodków w całym kraju przyjmuje (również) osoby z chorobami psychicznymi. Ośrodki kształcenia zawodowego oferują również próby pracy i testy umiejętności, aby pomóc młodym ludziom w znalezieniu odpowiedniego zawodu. Największa gęstość zaopatrzenia występuje w Bawarii (5 obiektów), następnie w Badenii-Wirtembergii, Nadrenii-Palatynacie i Nadrenii Północnej-Westfalii (po 3 obiekty) [597].

*Warsztaty dla osób niepełnosprawnych (WfbM)* stawiają najniższe wymagania w zakresie odporności rehabilitantów w spektrum wymienionych dotychczas placówek rehabilitacyjnych. W całym kraju jest ich ponad 600, a w 2008 roku 17% zatrudnionych w nich osób było niepełnosprawnych psychicznie [598]. Warsztaty dzielą się na zawodowe i a

Istnieje obszar kształcenia zawodowego, który ma na celu umożliwienie uczestnikom uzyskania odpowiedniego wykształcenia zawodowego, oraz obszar pracy, który zapewnia stałe zatrudnienie za wynagrodzeniem proporcjonalnym do wyników osiąganych po zakończeniu kształcenia zawodowego. Dalsze wsparcie jest również zapewnione w obszarze pracy. Niemniej jednak tylko bardzo niewielu uczestnikom udaje się przejść na ogólny rynek pracy [197]. Wachlarz miejsc pracy WfbM obejmuje również miejsca zlecane na zewnątrz na ogólnym rynku pracy. Oferowane są one na potrzeby transformacji i jako miejsca stałego outsourcingu. Od 2004 roku, w oparciu o modelowy projekt w Kraju Saary, istnieją również *wirtualne warsztaty*, które całkowicie rezygnują z własnych zakładów produkcyjnych i których pracownicy zamiast tego umieszczają osoby chore psychicznie indywidualnie w miejscach pracy na podstawowym rynku pracy i wspierają je tam na miejscu. Koncepcja *Wirtualnego Warsztatu* wdraża więc 2 centralne cechy *zatrudnienia wspomaganego.*

**4.4.1** **Trendy i zmiany w dziedzinie uczestnictwa zawodowego**

W niemieckim kontekście opieki rozwinęły się w ostatnim czasie dalsze oferty rehabilitacji zawodowej lub integracji osób chorych psychicznie, w których warunki zbliżają się do tych na podstawowym rynku pracy. Wśród tych ofert znajduje się na przykład 8-miesięczne działanie *BeRe-PK* (reintegracja zawodowa osób chorych psychicznie), finansowane przez Agencję Zatrudnienia, w którym na wczesnym etapie wykorzystywane są szkolenia wspierane przez firmę. Oferty te obejmują również *projekty i firmy integracyjne oraz dodatkowe projekty dochodowe. Projekty integracyjne* według SGB IX są stosunkowo nowym instrumentem trwałej integracji zawodowej osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Są to prawnie i ekonomicznie niezależne firmy lub przedsiębiorstwa lub działy w ramach przedsiębiorstw lub prowadzone przez pracodawców publicznych, które oferują miejsca pracy dla osób o wysokim stopniu niepełnosprawności oraz wsparcie towarzyszące pracy, aby pomóc im w uczestnictwie w ogólnym rynku pracy.

charakter lub stopień upośledzenia.

szczególne trudności wynikające z charakteru lub stopnia niepełnosprawności. W stosownych przypadkach Projekty integracyjne mogą również oferować testy obciążenia pracą, szkolenia przedzawodowe lub dalsze lub dalsze kształcenie zawodowe. W projektach integracyjnych w ramach SGB IX, co najmniej 25 % osób o znacznym stopniu niepełnosprawności musi być zatrudnionych w projektach integracyjnych.

Chociaż projekty integracyjne są z prawnego punktu widzenia częścią na pierwszym rynku pracy, znajdują się de facto w obszarze przejściowym pomiędzy zakładami pracy chronionej dla osób niepełnosprawnych a pierwotnym rynkiem pracy. i pierwotnego rynku pracy. Mogą być stosowane u pacjentów stacja przydatna w przygotowaniu pacjentów do wejścia na pierwszy rynek pracy po pobycie w szpitalu psychiatrycznym

dla pacjentów po pobycie w zakładzie psychiatrycznym lub mogą oferować zatrudnienie na dłuższy czas lub na stałe. Strona

W ostatnich latach liczba projektów integracyjnych stale rosła lat i w 2008 r. wynosiła 508 w skali kraju [598]

[598]. Jako przykład należy tu wymienić rynki WPR.

należy podać jako przykład. Podstawowym założeniem jest poprawa sytuacji w miejscu pracy i rozszerzenie możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych. zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Poprzez otwarcie targowisk spożywczych w pobliżu centrum miasta pod nazwą pod nazwą "WPR ... der Lebensmittelpunkt" (WPR ... centrum żywności), nowe możliwości stworzenia odpowiednich miejsc pracy dla tych osób poza zakładem i zapewnienia tych miejsc pracy w dłuższej perspektywie czasowej zabezpieczyć je na dłuższą metę. Rynki WPR mogą być prowadzone jako dział WfbM, jako firma integracyjna lub jako kombinacja obu. obu. Obecnie w Niemczech działa 90 sklepów CAP (w prawie wszystkich krajach związkowych), zatrudniających ok. w której pracuje około 1.200 pracowników, z czego około 650 to z niepełnosprawnością - znalazły nową pracę z "wartością dodaną" ( )

( http://www.cap-markt.de ).Dodatkowe usługi oferowane są w zakresie firm integracyjnych, ale także w niektórych przypadkach opieki psychiatrycznej (np. w ośrodkach dziennego pobytu) lub pod patronatem stowarzyszeń. pod parasolem stowarzyszeń. Oferują one osobom chorym psychicznie marginalne zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin, zazwyczaj z z przeważnie swobodnie uzgodnionymi godzinami pracy i uwzględnienie wahań w wynikach

i zwolnień lekarskich. Konkretne warunki

zatrudnienia opierają się na grupie docelowej i istniejących

grupa docelowa i istniejące struktury

dostawca. Ogólnie rzecz biorąc, istnieje duża heterogeniczność

różnorodność odpowiednich ofert w Republice Federalnej - w szczególności z powodu istnienia rozbieżnych

istnienie rozbieżności między poszczególnymi krajami związkowymi (np. Saksonia)

(np. Saksonia) lub lokalne (np. Bielefeld,

Mainz). Z wpisem

Przystąpienie do projektu dodatkowego dochodu nie zawsze stanowi umowę o pracę zgodnie z prawnymi wymogami dla pracy marginalnej.

Umowa o opiekę z odpowiednimi umowami o płatności

wraz z odpowiednimi umowami w sprawie płatności

wynagrodzenie, np. jako "dodatek na wydatki".

Wszystkie projekty związane z dodatkowym dochodem mają wspólną cechę, a mianowicie

wytwarzane są lub świadczone ekonomicznie opłacalne produkty lub usługi, że

że co najmniej bezpośrednie koszty produkcji lub usługi oraz odpowiednia część wynagrodzenia pracowników

wynagrodzenia pracowników muszą być zarobkowe, nacisk musi być położony na zarobkowy charakter pracy, a wynagrodzenie musi być

oraz że wynagrodzenie pracowników jest powiązane z wynikami ich pracy [599].

4**.4.2 Wdrażanie zatrudnienia wspomaganego w Niemczech**

Zatrudnienie w Niemczech

Działania zgodnie z zasadą "pierwszy pociąg", zasada ("najpierw pociąg, potem miejsce") jest czasem krytykowana w nauce dyskusja naukowa, że długa faza szkolenia może mieć demotywujący wpływ i że możliwość przenoszenia oraz że możliwość przeniesienia tego, czego nauczono się w ramach należy zakwestionować warunki panujące w rzeczywistym miejscu pracy. do rzeczywistego miejsca pracy jest wątpliwe. Szkolenie przedzawodowe (PVT) również zamienia się w stan permanentnej niepewności dla wielu dotkniętych nim osób. stan permanentny o niejasnych perspektywach, często nie podejmuje się dalszych wysiłków rehabilitacyjnych w stosunku do osób chorych psychicznie, zwłaszcza nie do osób chorych psychicznie, zwłaszcza nie w celu znalezienia pracy zwłaszcza w celu znalezienia pracy poza chronionymi

poza sektorem chronionym [183]. Na tle takiej krytyki - która znajduje częściowe poparcie empiryczne [197] - a także sukcesy integracyjne na pierwotnym rynku pracy, jakie działania z zakresu zatrudnienia wspomaganego odniosły na obszarze anglo-amerykańskim, podejście do zatrudnienia wspomaganego wzbudziło również wzbudził w Niemczech duże zainteresowanie. Bezpośredni transfer amerykańskiego systemu zatrudnienia wspomaganego do Niemiec, Austrii czy Szwajcarii nie jest możliwy ze względu na różne systemy socjalne. W Szwajcarii nie jest to możliwe ze względu na inny system socjalny i inne warunki na rynku pracy niż w USA.

**4.4** - Zintegrowana pomoc w zakresie uczestnictwa w pracy i zatrudnieniu

trudne [600]. Zatrudnienie wspierane (SE) to subsydiowane działanie na rzecz zatrudnienia, które zostało opracowane i wdrożone w ramach specyficznych dla danego kraju przepisów socjalnych i warunków na rynku pracy. Jednak zgodnie z § 38a IX Kodeksu Socjalnego "Zatrudnienie *wspomagane*" świadczenia dla osób niepełnosprawnych zostały na początku 2009 roku prawnie znormalizowane w Niemczech zgodnie z zasadą podobną do amerykańskiego zatrudnienia wspomaganego (7 Sekcja Zatrudnienie wspomagane). Dopiero niedawno zaczęto je wprowadzać w życie. Wcześniej koncepcja *zatrudnienia wspomaganego była* już z powodzeniem testowana w Niemczech, Austrii i Szwajcarii w ramach projektów modelowych. Przykładem jest "Hamburger Arbeitsassistenz" (pomoc w zatrudnieniu w Hamburgu), założona w 1992 r. jako projekt modelowy, który już w tym czasie był poświęcony dalszemu rozwojowi i dostosowaniu podejścia do zatrudnienia wspomaganego do niemieckich warunków. Dobrze znany stał się również szwajcarski "Bern Job Coach Project", który opiera się na modelu IPS (*Individual Placement and Support*) firmy Drake (7 sekcja 3.2.4) i jest realizowany w Bernie od 2002 roku. Wstępne wyniki wskazują, że oczekiwania dotyczące efektywności zatrudnienia wspomaganego w kontekście szwajcarskim zostały spełnione, a w niektórych przypadkach przekroczyły [601].

* **Zatrudnienie wspomagane zgodnie z § 38a SGB IV (UB)**

**Celem zatrudnienia wspomaganego jest umożliwienie i utrzymanie właściwego, odpowiedniego i ubezpieczonego społecznie zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych o szczególnych potrzebach wsparcia. Zatrudnienie wspomagane obejmuje indywidualne kwalifikacje w firmie (InbeQ) oraz, w razie potrzeby, doradztwo zawodowe. Indywidualna kwalifikacja wewnątrzzakładowa przeprowadzana jest w firmach ogólnego rynku pracy. Służy on do sprawdzania odpowiednich działań w firmie, jak również wspierania procesu zapoznawania się i podnoszenia kwalifikacji w miejscu pracy firmy. Środek ten jest organizowany przez odpowiedzialną organizację rehabilitacji...**

**Wsparcie jest udzielane przez agencję pracy na okres do 2 lat, ale pod pewnymi warunkami może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy. Usługi poradnictwa zawodowego zgodnie z sekcją 38a ust. 3 księgi IX kodeksu socjalnego są świadczone po nawiązaniu stosunku pracy podlegającego ubezpieczeniu społecznemu, jeżeli i tak długo, jak długo wymagane jest wsparcie oraz, w razie konieczności, interwencja kryzysowa w celu ustabilizowania stosunku pracy. Jeśli odpowiedzialna jest za to agencja rehabilitacyjna, to zapewnia ona poradnictwo zawodowe, w przeciwnym razie - Biuro Integracji lub specjalistyczne służby integracyjne.**

W tym kontekście ważne są w Niemczech *specjalistyczne usługi integracyjne.* Specjalistyczne służby integracyjne są służbami zewnętrznymi; mogą być one zaangażowane przez Biuro Integracji, Agencję Zatrudnienia, placówki SGB II oraz placówki rehabilitacji zawodowej w zakresie wdrażania działań na rzecz udziału osób niepełnosprawnych w życiu zawodowym. W niektórych swoich projektach realizują zatrudnienie wspomagane zgodnie z § 38a SGB IV. Do ich podstawowych zadań należy umieszczanie osób niepełnosprawnych na odpowiednich stanowiskach pracy oraz utrzymanie miejsc pracy osób, których to dotyczy. Ogólnie rzecz biorąc, usługi integracyjne są dostępne zarówno dla pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne, jak i dla pracowników niepełnosprawnych jako centralnych osób kontaktowych i doradców. Obecnie w Niemczech istnieje ogólnokrajowa sieć specjalistycznych usług integracyjnych (po jednym w każdym okręgu urzędów pracy).

Nawet jeśli istnieją obiecujące podejścia do coraz szerszego uwzględniania zasad SE w Niemczech w formie zatrudnienia wspomaganego zgodnie z § 38a SGB IV i programów PVT, które zawierają elementy SE, konieczne jest dalsze polityczne ustalenie kursu, aby *zatrudnienie wspomagane* mogło być w Niemczech realizowane w większym stopniu w formie zbliżonej do opartego na dowodach modelu amerykańskiego. Elastyczność obecnej polityki płacowej, emerytalnej i subsydiowania wydaje się mieć w tym względzie kluczowe znaczenie. W Niemczech istnieją na przykład

1. **Rozdział 4** - Matryca niemieckiego systemu opieki - Pomoc dla osób ciężko chorych psychicznie

nie ma możliwości stopniowego przechodzenia na emeryturę w miejscu pracy lub pracy trenera na czas nieokreślony. Problemem byłoby również wprowadzenie elastycznych modeli płatności, takich jak w Szwajcarii, w których pracodawca płaci osobie niepełnosprawnej umysłowo tylko w zależności od wyników jej pracy, a pracownik częściowo rekompensuje jej "słabe wyniki" otrzymując częściową emeryturę z funduszu ubezpieczeń rentowych.

* Świadczenia, które osoby niepełnosprawne umysłowo otrzymują w formie rekompensaty, mogą obniżyć próg dostępu do głównego nurtu rynku pracy w Niemczech. Ma to miejsce szczególnie w przypadku, gdy pracodawcy, którzy zapewniają pracę osobie niepełnosprawnej umysłowo, otrzymują dodatkowe zachęty finansowe (np. ulgi podatkowe lub dotacje) [600].

**Skuteczność wspieranego zatrudnienia** badano w warunkach europejskich w ramach **wieloośrodkowego badania EQOLISE** [209]. EQOLISE odbył się jako randomizowane badanie kontrolowane w 6 europejskich ośrodkach, w tym w Ulm/Günzburgu. Uczestnicy grupy interwencyjnej otrzymali Indywidualny Placement i Wsparcie (IPS), czyli ręczny wariant zatrudnienia wspomaganego. Uczestnicy grupy porównawczej otrzymali najlepszy możliwy alternatywny środek rehabilitacji zawodowej, jaki był dostępny i powszechny w danej lokalizacji. Badanymi wynikami w zakresie pracy były: udział uczestników w zatrudnieniu konkurencyjnym (co najmniej jeden dzień pracy), liczba przepracowanych godzin, liczba dni pracy oraz czas trwania zatrudnienia. Ponadto zbadano wskaźniki rezygnacji z programu, wskaźniki hospitalizacji oraz czas spędzony w szpitalu. Za skutecznością podejścia do zatrudnienia wspomaganego w Europie przemawia fakt, że uczestnicy IPS we wszystkich 6 ośrodkach osiągnęli lepsze wyniki niż uczestnicy grupy porównawczej w odniesieniu do każdego wyniku związanego z pracą. Oznacza to, że wyższy odsetek uczestników IPS uzyskał konkurencyjne zatrudnienie, uczestnicy IPS spędzili więcej dni w pracy na obserwacji, przepracowali więcej godzin i utrzymali pracę dłużej. Różnice te nie były jednak znaczące w niemieckim ośrodku badawczym (a także w holenderskim). Na podstawie tego wyniku można założyć, że SE w Niemczech nie była tak skuteczna jak w innych krajach w porównaniu z tradycyjną interwencją. Może to być jednak częściowo spowodowane specyficznymi dla danego kraju różnicami w dobrym wykonaniu interwencji kontrolnej. W Niemczech grupa kontrolna wypadła stosunkowo dobrze w porównaniu z innymi ośrodkami. Wyniki badań przeprowadzonych w Niemczech sugerują, że konieczne są dalsze badania w celu zbadania skuteczności SE w warunkach lokalnych.

W ogólnej próbie badania EQOLISE, oprócz wyższości IPS w odniesieniu do pracy zawodowej

W badaniu wyników uczestnicy IPS byli znacznie mniej skłonni wycofać się z programu i znacznie mniej skłonni zostać przyjęci do szpitala niż uczestnicy działań z zakresu rehabilitacji zawodowej w grupie kontrolnej. Ci ostatni spędzali też średnio dwa razy więcej czasu w szpitalu w okresie badań [209].

**4.5** **Usługi socjalno-psychiatryczne**

**za uczestnictwo w życiu w**

**Wspólnota**

**4.5.1** **Usługi socjalno-psychiatryczne**

**do codziennej organizacji i**

**Znalezienie kontaktu**

Punkty kontaktowe, świetlice i inne możliwości struktury dziennej oferują pomoc w wypełnieniu luki między opieką ambulatoryjną a stacjonarną nad osobami chorymi psychicznie i mają duże znaczenie, zwłaszcza gdy osoby te nie mają zatrudnienia i potrzebują wsparcia w radzeniu sobie z codziennym życiem i organizowaniu kontaktów społecznych.

*Psychospołeczne punkty kontaktowe i poradnie są różnie rozmieszczone* w poszczególnych krajach związkowych i różnią się orientacją i terminologią. Oferują one niski próg dostępu dla osób poszkodowanych i ich rodzin i koncentrują się przede wszystkim na usługach doradczych. Ponadto możliwa jest pomoc w organizacji dnia, wsparcie w praktycznym szkoleniu życiowym, ergoterapii, pomoc w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych oraz w zabezpieczaniu uprawnień domowych i materialnych [570]. Obiekty z funkcją punktu kontaktowego są często finansowane z dobrowolnych wpłat krajów związkowych i/lub gmin [559].

Również *ośrodki opieki dziennej nie* mają jednolitej koncepcji. Jako placówki półlecznicze są one prowadzone przez niewielki, wielozawodowy zespół bez personelu medycznego. Często istnieje regionalna współpraca z podmiotami świadczącymi inne usługi (np. usługi psychiatrii społecznej, życie ambulatoryjne). Oferta skierowana jest w szczególności do osób ciężko i przewlekle chorych psychicznie. Usługi obejmują np. struktury dzienne dla



Głównym celem projektu jest zapewnienie wsparcia w zakresie codziennego życia, samodzielności i praktycznych umiejętności życia codziennego, możliwości dyskusji w klubach kontaktowych i rekreacyjnych, możliwości zatrudnienia w niskich progach, staży i koordynacji usług wsparcia [543].

Systematyczne poszukiwania do września 2005 r. zakończyły się niepowodzeniem. Autorzy nie byli w stanie zidentyfikować żadnych randomizowanych badań kontrolowanych, w których ośrodki leczenia niemedycznego były badane pod kątem skuteczności w leczeniu osób ciężko chorych psychicznie [602].

**4.5.2** **Usługi socjalno-psychiatryczne**

**dla samowystarczalności w**

**Życie**

Od 1980 r. ośrodki życia wspieranego są projektowane i wdrażane jako nowa perspektywa w zakresie infrastruktury społecznej i budownictwa mieszkaniowego. Liczba łóżek w szpitalach zmniejszyła się w Niemczech i doprowadziła do wzrostu liczby miejsc do życia wspieranego. Schmiedebach i jego koledzy (2002) przeanalizowali publikacje na temat mieszkalnictwa i pracy w Niemczech z 28 różnych czasopism psychiatrycznych i stwierdzili w swoim końcowym oświadczeniu, że *"praca została w dyskusji psychiatrycznej dość wyraźnie tematyzowana, przy czym mieszkalnictwo jest prawdopodobnie istotnym obszarem dla rozwoju opieki"* [603]*. W celu* realizacji celu, jakim jest dezynfekcja i wypisanie chorego długoterminowo, w różnych regionach i latach ustalono różne rodzaje mieszkań (. Tab. 4.4) [253]. Robiły to organizacje państwowe, stowarzyszenia pomocy społecznej i prywatni sponsorzy. W związku z dehospitalizacją wybudowano przede wszystkim domy mieszkalne i pielęgnacyjne [603]. Zgodnie z badaniem przeprowadzonym przez szwabskie środowisko domowe, większość pacjentów w domach opieki cierpi na schizotypowe i urojeniowe zaburzenia oraz schizofrenię (F20-F29) [604].

W Niemczech rozróżnia się zasadniczo 2 dziedziny życia wspieranego: a) życie ambulatoryjne i b) życie szpitalne. Różnica między tymi dwiema formami mieszkania polega na połączeniu życia wspieranego i stacjonarnego.

Główne różnice między życiem wspieranym a samodzielnym polegają na zapewnieniu mieszkania i finansowaniu [254,606]. Ze względu na wysoki stopień samodzielności chorych i wyższy stopień swobody, życie ambulatoryjne lub samodzielne jest uważane za lepszą alternatywę dla życia w Niemczech [253;255]. Obowiązki związane z życiem wspieranym są określane w zależności od państwa. W związku z tym w przypadku pomocy ambulatoryjnej koszty utrzymania są pokrywane z podstawowych świadczeń socjalnych (lub ARGE zgodnie z SBG II), a w przypadku opieki ze świadczeń pomocy integracyjnej - ze świadczeń pomocy integracyjnej, w całym domu mieszkalnym - ze świadczeń pomocy integracyjnej, natomiast w domu opieki psychiatrycznej udział w kosztach zakwaterowania i wyżywienia pozostaje zasadniczo z osobą zainteresowaną (pomoc społeczna). Koszty zakwaterowania osób ciężko chorych psychicznie są w dużej mierze pokrywane z pomocy społecznej lub ubezpieczenia na opiekę długoterminową [607] (tabela 4.5).

W niedawno przeprowadzonym badaniu badano sytuację pacjentów po opuszczeniu ambulatoryjnej opieki medycznej. Po ogłoszeniu, że będą musieli pokryć koszty utrzymania ambulatoryjnego, sami pacjenci wypowiedzieli umowę. Peukert (2010) poinformował o 144 pacjentach, z których 11,8% uznało to ogłoszenie za powód do usamodzielnienia się, a kolejne 11,8% stwierdziło, że życie wspierane nie jest już dla nich istotne. Pięćdziesięciu siedmiu pacjentów związanych z odejściem z życia pod opieką z negatywnymi oczekiwaniami, natomiast 33 pacjentów postrzegało odejście z życia pod opieką jako okazję do "stanięcia na własnych nogach". Zadowoleni chorzy byli mniej dotkliwie chorzy [608].

Życie wspomagane odbywa się w Niemczech. Jednak decyzja o tym, w którym ośrodku stacjonarnym mieszkają pacjenci, powinna być podejmowana w zależności od potrzeb pacjentów i oświadczeń specjalistów bezpośrednio zaangażowanych w leczenie (grupa międzyinstytucjonalna, międzywydziałowa), którzy znają pacjenta i cieszą się jego zaufaniem. Odbywa się to zgodnie z "ogólną procedurą planowania", która jest uregulowana w kodeksie socjalnym (§ 58 SGB XII). Konkretna realizacja różni się w poszczególnych krajach związkowych.

## 4

|  |  |
| --- | --- |
| . **Tab. 4.4** Rodzaje mieszkań w Niemczech. (Od [255]) | |
| **Formy mieszkalnictwa w Niemczech** | |
| Samotne mieszkanie pod nadzorem | odnosi się do osób z chorobami psychicznymi, które żyją samotnie, w związku partnerskim lub z członkami rodziny i są pod opieką psychiatrycznie przeszkolonych profesjonalistów. Klucz pielęgnacyjny jest ustalany w odniesieniu do ograniczenia związanego z chorobą. |
| Grupy żyjące z opieką | Tutaj sponsor zapewnia miejsce zamieszkania dla kilku pacjentów, a opiekę sprawuje specjalistyczny personel z wykształceniem psychiatrycznym. Ten rodzaj mieszkania wspomaganego obejmuje wsparcie i wyzwania wynikające ze wspólnego zamieszkiwania. |
| Mieszkania wspomagane w rodzinach (BWF) | jest skierowany do osób chorych psychicznie, które mieszkają w rodzinie niespokrewnionej (rodzinie goszczącej) przez średni lub długi okres czasu. W początkowej fazie ponownego wprowadzenia w Niemczech (1983) umieszczania w rodzinach goszczących, prawie wyłącznie  BWF jest alternatywą dla opieki stacjonarnej, w której (podopieczni) ponownie uczą się samodzielności i umiejętności nawiązywania relacji z innymi, które częściowo utracili [605]. W międzyczasie BWF stanowi alternatywę dla opieki stacjonarnej, w której (podopieczni) uczą się na nowo samodzielności i umiejętności nawiązywania relacji, które częściowo utracili [605]. |
| Zdecentralizowana spółdzielnia mieszkaniowa o statusie domu | W tym przypadku pacjenci mieszkają sami lub w małych grupach w mieszkaniu wynajętym przez opiekuna domu. Zdolność tych pacjentów do opieki nad sobą jest ograniczona. Otrzymują więcej opieki i więcej wsparcia w życiu codziennym. |
| Domy mieszkalne i opiekuńcze | Domy spokojnej starości i domy opieki przeznaczone są dla osób ciężko chorych psychicznie, potrzebujących pomocy w codziennych czynnościach. Ich celem jest pomoc tym pacjentom, aby mogli znów prowadzić samodzielne życie. Tutaj obowiązuje stała opieka specjalistycznego personelu. Domy mieszkalne mogą być również zarządzane w sposób zdecentralizowany. Te dwa obiekty różnią się między sobą pod względem administracyjnym i finansowym. Domy mieszkalne finansowane są w ramach pomocy integracyjnej dla osób niepełnosprawnych umysłowo, a psychiatryczne domy opieki w ramach (proporcjonalnego) finansowania zgodnie z SGB XI. |
| Placówki przejściowe | mają na celu umożliwienie pacjentom z ciężkimi chorobami psychicznymi ponownego samodzielnego kształtowania swojego życia poprzez zastosowanie tymczasowych środków rehabilitacyjnych. Długość pobytu jest ograniczona w czasie. |
| Placówki socjoterapeutyczne | Zwykle wiąże się to z ograniczeniem czasu pobytu pacjentów z podwójną diagnozą (osoby z zaburzeniami uzależnienia i psychozami lub zaburzeniami osobowości). Staramy się zapewnić opiekę, która uwzględnia oba schorzenia. |

z **Excursus: Bezdomność i choroby psychiczne**

Szacuje się, że ponad 2/3 z ok. 200.000 mieszkańców Niemiec ma chorobę Alzheimera.

pojedynczych bezdomnych cierpi na chorobę psychiczną. Wyniki reprezentatywnego badania przekrojowego 82 bezdomnych mężczyzn w Dortmundzie wykazały, że w ciągu całego życia

**4**

**191**

**4.5** - Usługi psychiatrii społecznej w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . **Tab. 4.5** Kryteria projektowania typów mieszkań w Niemczech | | | | | | |
|  | **Pojedyncze mieszkania wspomagane** | **Grupy wsparcia, wspólnoty mieszkaniowe** | **Mieszkania wspomagane w rodzinach** | **Domy mieszkalne i opiekuńcze** | | |
| **Zdecentralizowany dom mieszkalny zintegrowany ze społecznością** | **Dom dziennego pobytu wspierający integrację** | **Dom opieki psychiatrycznej** |
| **Jednostka kosztowa** | Agencja pomocy społecznej | Nośnik pomocy społecznej | Agencja opieki społecznej, w razie potrzeby ubezpieczenie pielęgnacyjne | Agencja pomocy społecznej | Agencja pomocy społecznej | Ubezpieczenie pielęgnacyjne |
| **Forma finansowania** | ambulatorium | ambulatorium | Ambulatorium | stacjonarny | stacjonarny | stacjonarny |
| **Styl życia** | tylko dla | w grupie | w czyjejś rodzinie | samodzielnie lub w grupie | w grupie lub samodzielnie | w grupie |
| **Forma zależności** | własne mieszkanie/mieszkanie wynajmowane od instytucji | własne mieszkanie/ mieszkanie wynajmowane od usługodawcy | dostarczone przez przewoźnika i rodzinę | Mieszkanie wynajmowane przez sponsora | pomieszczenia zapewnione przez sponsora | Pomieszczenia zapewnione przez sponsora |
| **Gęstość opieki** | inaczej we wszystkich krajach związkowych:   1. Klucz pielęgnacyjny jest zdefiniowany lub 2. Wsparcie jest udzielane w zależności od potrzeb klienta | | do 24 godzin | do 24 godzin obecności personelu opiekuńczego | do 24 godzin | 24 godziny |
| **Warunki ramowe** | wysoki stopień odpowiedzialności za siebie i suwerenność | | Integracja rodziny |  | Serwis nocny / na wezwanie | Straż nocna |

częstość występowania chorób psychicznych 95,1% [609]. Przewaga wśród bezdomnych kobiet wynosiła 71% [610]. Większość z nich cierpi na zaburzenia uzależniające, ale także na zaburzenia psychotyczne i afektywne oraz zaburzenia osobowości. Współmierność psychiczna jest również znacznie zwiększona w porównaniu z prawdopodobieństwem jej wystąpienia w ramach

* ogólnej populacji [611]. Badania nad sytuacją epidemiologiczną i opiekuńczą tej grupy osób są skomplikowane ze względu na różne definicje bezdomności (rozróżnienie 3 podgrup: osoby dotknięte chorobą mieszkają na ulicy, w schroniskach lub tymczasowo u przyjaciół i krewnych), problematyczną sytuację życiową oraz specjalne warunki badania. Informacje na temat nasilenia zaburzeń psychicznych i potrzeby leczenia są skąpe. Wysoka chorobowość kontrastuje jednak z rzadkim leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym psychiatrycznym chorych [611]. Według Fichtnera i in. (1996), tylko około 30% bezdomnych otrzymało kiedykolwiek takie leczenie stacjonarne [612]. Omawiane są różne bariery dla właściwej opieki psychiatrycznej. Na przykład, negatywne wcześniejsze doświadczenia z placówkami opiekuńczymi, dominująca troska o codzienne problemy (miejsce do spania, jedzenie, bezpieczeństwo osobiste) lub ograniczone zrozumienie choroby przez osoby nią dotknięte mogą prowadzić do obniżenia motywacji do leczenia. Ponadto istotne są strukturalne bariery dla opieki. Innym czynnikiem, którego nie należy lekceważyć, jest brak dopasowania istniejących usług do szczególnych potrzeb, życzeń i celów tej podgrupy [611;613].

Pomimo niewątpliwie dużej potrzeby pomocy, bezdomni chorzy psychicznie należą do jednej z niewystarczająco zadbanych grup pacjentów. Ogólnie rzecz biorąc, niewiele wiadomo na temat przebiegu bezdomności i chorób psychicznych w zależności od konkretnych działań interwencyjnych [614]. W Niemczech opiekę nad psychicznie chorymi bezdomnymi sprawują przede wszystkim kliniki psychiatryczne w ramach standardowej opieki. Metody leczenia chorób psychicznych

do tej pory prawie nie zostały ustalone. W Tybindze już w 1995 r. Szpital Uniwersytecki ustanowił polikliniczną godzinę konsultacji psychiatrycznej dla mieszkańców lub gości recepcji i noclegów w domu i innych bezdomnych. Oferty obejmują cały zakres ambulatoryjnych działań psychiatrycznych. Z biegiem czasu nawiązano ścisłą współpracę z innymi instytucjami, tak aby oprócz "stołu obiadowego" i podstawowej opieki medycznej, wsparcia udzielali także pracownicy ulicy lub pracownicy projektów usług wsparcia [615]. Quadflieg i Fichter (2007) badali efekty stałego mieszkania dla osób bezdomnych w okresie obserwacji trwającym 3 lata. Pomimo niewielkich zmian w zakresie objawów psychopatologicznych i globalnego funkcjonowania, około 86% uczestników utrzymało lub poprawiło swoją sytuację mieszkaniową. Jednoczesna oferta usług socjalnych i leczniczych wydaje się zatem konieczna do osiągnięcia zmian również na poziomie psychologicznym [614].

**4.6** **Tworzenie sieci i współpraca**

System opieki psychosocjalnej charakteryzuje się różnorodnością placówek i pomocników. Istnieją duże różnice regionalne, zwłaszcza między starymi i nowymi krajami związkowymi oraz między dużymi miastami i małymi regionami miejsko-wiejskimi [616]. Różnorodność agencji finansujących (np. ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, emerytalnego i innych agencji ubezpieczeń społecznych, sektora publicznego, kościołów) oraz zróżnicowana organizacja i budżet sektora opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej zwiększają złożoność i rozdrobnienie systemu pomocy w Niemczech. Na tle wciąż jeszcze słabo zintegrowanego krajobrazu opieki psychiatrycznej w Niemczech, **wyzwanie** pojawia się w szczególności w opiece nad osobami ciężko i chronicznie chorymi psychicznie.

połączenie w **sieć niezbędnej pomocy psychiatrycznej** - z jednej strony, w sensie optymalizacji leczenia w dłuższym okresie czasu

**4.6-Networking** i współpraca

oraz, z drugiej strony, w odniesieniu do integracji me- dykalnej i społecznej, tj. zawodowej i domowej opieki rehabilitacyjnej [119].

W ramach modelu systematycznego Tansella i Thornicroft (2001) zdefiniowały koordynację opieki z 9 zasadami jakości środowiskowej opieki psychiatrycznej [617]:

*— Autonomia:* Autonomia lub samostanowienie pacjenta jako cel skutecznego leczenia.

lunching i akompaniament

— Ciągłość*:* ciągłość opieki zarówno w ramach instytucji, jak i pomiędzy różnymi dostawcami usług opieki.

w pewnym okresie

*— Skuteczność: Skuteczność* z punktu widzenia

Osiągnięcie celu

— Dostępność*:* Dostępność usług

—Kompleksowość*:* kompleksowy zakres

Usługa pod względem intensywności i zakresu

—Równość*:* równe traktowanie poprzez przejrzystość...

uczciwy i sprawiedliwy podział zasobów

*— Odpowiedzialność:* Wiarygodność na poziomie

pacjenci i usługodawcy

— Koordynacja*: Koordynacja* opieki na podstawie określonych celów w zakresie leczenia i rehabilitacji pomiędzy różnymi rodzajami opieki.

Dostawcy na przestrzeni czasu

— Wydajność*:* Wydajność usługi z punktu widzenia najlepszej możliwej realizacji celów przy wysokim stopniu efektywności kosztowej.

Pomoc z różnych obszarów usług powinna być zorganizowana w taki sposób, aby w danym regionie dostępna była wszelka niezbędna pomoc dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, na zasadzie indywidualnej i skoordynowanej. Koordynacja spraw może zostać osiągnięta dzięki konferencjom planowania pomocy, w których uczestniczą wszyscy usługodawcy z różnych obszarów usług [161].

W związku ze strukturalnymi problemami niemieckiego systemu opieki psychiatrycznej w zakresie zaspokojenia tego zapotrzebowania, w ostatnich latach pojawiło się wiele nowych form leczenia psychiatryczno-psychoterapeutycznego w **nowych strukturach sieciowych.** Jako stosunkowo nowy model **środowiskowa opieka psychiatryczna jest ośrodki, które powstały w** niektórych regionach w ramach tworzenia **gminnych stowarzyszeń psychiatrycznych** [161].

Wspólnotowe stowarzyszenia psychiatryczne służą poprawie jakoś ci opieki we wszystkich obszarach i sektorach usług. Zapewniają one wypełnienie zobowiązania do zapewnienia opieki poprzez wiążące umowy pomiędzy zaangażowanymi usługodawcami, z udziałem władz lokalnych. Jednocześnie stwarzają one warunki wstępne dla skoordynowanej pomocy ukierunkowanej na indywidualne potrzeby osób chorych psychicznie. W ten sposób sięgają one dalej niż wszystkie inne znane w Niemczech metody współpracy regionalnej (psychospołeczne grupy robocze, społeczne grupy robocze psychiatryczne itp. W marcu 2006 r.

**Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsych-iatrischer Verbünde (BAG GPV),** którego członkowie regularnie omawiają normy jakości dla kompleksowych programów usług i niezbędne warunki ramowe [619].

Kolejna forma tworzenia sieci kontaktów pojawiła się w **ośrodkach opieki medycznej.** Przewidują one połączenie 2 lub więcej gabinetów lekarskich różnych specjalności. Ponadto mogą w tym uczestniczyć inne podmioty, takie jak farmaceuci, firmy rehabilitacyjne, regionalne kliniki opiekuńcze oraz podmioty świadczące ambulatoryjną opiekę psychiatryczną i socjoterapię. **Ambulatoryjne służby psychiatryczne** (APD) starają się utrzymać ciągłość relacji poprzez łączenie różnych środków. Z takich efektów synergii korzysta m.in. ambulatoryjna służba psychiatryczna Bruderhaus-Diakonie w Reutlingen, która łączy w sobie usługi psychiatrycznej służby społecznej, pielęgniarskiej służby psychiatrycznej, oferty socjoterapii i środków utrzymania wspomaganego [161].

W ramach **opieki zintegrowanej (IV)**

usługi kilku dostawców mogą być zintegrowane. Celem jest przede wszystkim poprawa projektowania interfejsów pomiędzy leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym pacjentów. IV umowy zawierane są między poszczególnymi usługodawcami a jedną kasą chorych. Do chwili obecnej nie istnieją jednak żadne ogólne standardowe opcje finansowania [161].

1. **Rozdział 4** - Matryca niemieckiego systemu opieki - Pomoc dla osób ciężko chorych psychicznie

Optymalne wykorzystanie szerokiej gamy usług wsparcia dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi wymaga większej świadomości problemu odpowiedniej jakości opieki, której nie można mierzyć wyłącznie w kategoriach skuteczności poszczególnych elementów. Zrozumienie wszystkich zaangażowanych stron jest niezbędne do oceny ofert i potrzeb w zakresie opieki w danym regionie.

* Następujące aspekty wydają się być istotne: (1) funkcjonujące regionalne organy koordynacyjne z udziałem wszystkich zainteresowanych stron (usługodawców i płatników, pacjentów i krewnych, władz lokalnych), (2) stałe regionalne sprawozdania psychiatryczne oraz (3) zawieranie regionalnych umów docelowych.

Współpraca w ramach **sieci psychiatrii społecznej** regionu Hanoweru ma być tu przedstawiona jako przykład. Struktury opieki psychiatrycznej w regionie opierają się na wymogach prawnych obowiązujących w Dolnej Saksonii (NPsychKG). W ramach grupy roboczej ds. psychiatrii społecznej dąży się do wymiany doświadczeń między przedstawicielami inicjatyw i placówek w regionie. W tym kontekście opracowano koncepcję wspólnego stowarzyszenia psychiatryków społecznych. Ważnymi celami są: koncentracja pracy na osobach z ciężkimi chorobami psychicznymi i upośledzeniem umysłowym; współpraca partnerska pomiędzy chorymi psychicznie, ich krewnymi, profesjonalnymi i dobrowolnymi pomocnikami; zintegrowana służba pomocy jak najbliżej miejsca zamieszkania w ramach sektorowych struktur opieki i gwarancja wiążącej, w razie potrzeby również długotrwałej, ciągłej i wykwalifikowanej pomocy dla osób przewlekle chorych psychicznie, w razie potrzeby z koordynacją przypadków i planowaniem pomocy przez ambulatoryjnego terapeutę referencyjnego. Utworzono różne komitety i grupy robocze w celu realizacji określonych umów docelowych [620;621]. Praca komitetów jest wspierana przez biuro. Ten ostatni jest również odpowiedzialny za aktualizację rocznego planu psychiatrii społecznej (SPP). W ramach regionalnej sprawozdawczości psychiatrycznej obecna sytuacja w zakresie opieki jest opisywana według jednolitej procedury i na tej podstawie powstają empirycznie weryfikowalne przyszłe projekty dotyczące nowego planowania pomocy regionalnej lub jej modyfikacji i uzupełnienia. Przy konkretyzacji regionalnych umów docelowych należy omówić następujące kwestie: (1) Co ma być osiągnięte i kiedy? (2) Jak można zmierzyć sukces? (3) W jaki sposób należy osiągnąć ten cel? (4) Kto jest za to odpowiedzialny? [622]

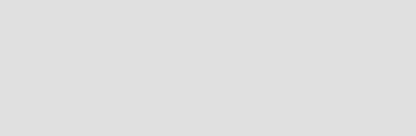
Idea networkingu odgrywa również ważną rolę w ramach programu **"psychiatria społeczna zorientowana na przestrzeń kosmiczną".**

ry**" odgrywa** ważną rolę. "Rozszerzenie jedynej orientacji na sprawę i poświęcenie się dynamice przestrzeni społecznej - tylko w ten sposób: tworzenie sieci, zaangażowanie obywatelskie, prewencja, uelastycznienie, orientacja na świat życia". (Hinte 2008 w [623]) Zorientowanie na przestrzeń społeczną oznacza rozważanie, rozwijanie i inwestowanie w społeczne przestrzenie życiowe wykraczające poza pomoc skoncentrowaną na osobie. Struktury pomocowe powinny być zorientowane na potrzeby i wymagania ludzi w ich przestrzeni społecznej [623]. Wspólne struktury, na przykład w formie regionalnych wspólnotowych stowarzyszeń psychiatrycznych, mogą być postrzegane jako profesjonalna koncepcja realizacji zorientowanej na osobę i zorientowanej na przestrzeń społeczną pomocy i niezbędnej sieci wszystkich osób zaangażowanych w leczenie i wsparcie osób chorych psychicznie. W strukturach sieciowych istnieją powiązania między usługami i rodzajami usług oferowanych przez jednego lub więcej dostawców usług, a tym samym powiązanie różnych funkcji i interesów. "Sama struktura sieci reprezentuje instytucjonalizację i organizację współpracy i współdziałania." ([624], S. 405)

**■ Wymówki: Dzieci rodziców chorych psychicznie**

Dzieci rodziców chorych psychicznie są nie tylko narażone na szczególne stres w trakcie rozwoju, ale także mają znacznie zwiększone ryzyko rozwoju choroby psychicznej, a tym samym tworzą **szczególną grupę ryzyka psychiatrycznego** [625].

**Dane dotyczące wielkości grupy dotkniętej chorobą** różnią się znacznie, ale konsekwentnie pokazują, że nie należy lekceważyć liczby dzieci chorych psychicznie rodziców. Badania "populacji dorosłych" wskazują, że odsetek chorych psychicznie rodziców z dziećmi waha się od 9% do 61% [626;627]. U kobiet prawdopodobieństwo posiadania dzieci jest znacznie większe niż u mężczyzn [628;629]. Jeśli chodzi o rozpoznanie, należy zauważyć, że wszystkie główne grupy diagnostyczne są reprezentowane wśród chorych wychowujących dzieci poniżej 18 roku życia [626]. Ostatnie reprezentatywne badanie przeprowadzone w krajach niemieckojęzycznych wśród pacjentów z schizofrenią/zaburzeniem schizofrenii skutecznym wykazało, że 26,5 % z nich to pacjenci, którzy nie są chorzy na schizofrenię.

**195** **4**

**4.6-Networking** i współpraca

Pacjenci mają własne dzieci, przy czym kobiety mają dzieci około trzy razy częściej niż mężczyźni. Tylko 41% chorych w okresie rodzicielstwa mieszka z własnymi dziećmi w tym samym gospodarstwie domowym [627]. Według szacunków około 2-3 mln dzieci w Niemczech żyje z co najmniej jednym chorym psychicznie rodzicem. Można założyć, że dobre 500 000 tych dzieci dorasta z rodzicami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi [19].

Badanie przeprowadzone w środowisku psychiatrycznym dla dzieci i nastolatków hospitalizowanych wykazało, że około 50% leczonych tam dzieci i nastolatków żyje z chorym psychicznie rodzicem [630]. Badania wykazały, że ryzyko rozwinięcia się u **dzieci** zaburzenia afektywnego jest 2 do 6 razy większe w obecności rodzicielskiej choroby depresyjnej; jeśli oboje rodzice cierpią na depresję, ryzyko to wzrasta jeszcze bardziej [631;632]. Częstość występowania schizofrenii u dzieci z rodzicem chorym na schizofrenię waha się od 8% do 20%. Ponadto, ryzyko rozwinięcia się jakiegokolwiek rodzaju zaburzenia psychicznego wynosi dla tych dzieci od 30% do 40% [633]. Inne badanie wskazuje na zwiększoną częstość występowania zaburzeń depresyjnych, uzależniających i problemów szkolnych u dzieci rodziców chorych psychicznie [634]. Istnieją również dowody na zwiększoną częstość występowania problemów z dzieciństwem u rodziców z zaburzeniami osobowości [635].

**Adaptacja dziecka** do szczególnych okoliczności rozwojowych nie musi być uzależniona od diagnozy rodzicielskiej, ale raczej od nasilenia, rodzaju i przewlekłości objawów, współwystępowania i częstotliwości nawrotów, a także od ogólnych warunków rodzinnych i psychospołecznych środowiska rozwojowego.

1. Ciężka choroba psychiczna często wiąże się z szerokim zakresem stresu, który może mieć dodatkowy wpływ na rozwój dziecka. Wiadomo również, że społeczne i społeczno-ekonomiczne warunki życia rodzin z rodzicami chorymi psychicznie są często niekorzystne; np. bezrobocie, ubóstwo i trudne warunki mieszkaniowe są często częścią codziennego życia dotkniętych rodzin [499]. Niezależnie od tego, rodziny z chorymi psychicznie

Ponadto na trajektorie rozwojowe dzieci rodziców chorych psychicznie wpływa szereg innych czynników (por. [637]). Szczególne czynniki związane z chorobą psychiczną rodziców, które mogą mieć wpływ na rozwój dziecka, widoczne są na przykład w odpowiedniości radzenia sobie z chorobą w rodzinie, w stopniu, w jakim przedmiot choroby psychicznej jest tabuizowany w rodzinie, oraz w zakresie i stabilności zdolności rodziców do wychowywania dzieci. Rodziny częściowo doświadczają społecznej izolacji i stygmatyzacji. Co więcej, przyjęcie chorego rodzica do szpitala często budzi u dziecka traumatyczne przeżycia. Ponadto, dzieci rodziców chorych psychicznie są od 2 do 5 razy bardziej narażone na zaniedbania, maltretowanie i wykorzystywanie seksualne niż ogół populacji [19].

Niemniej jednak u około jednej trzeciej dzieci dotkniętych chorobą nie rozwijają się żadne (poważne) zaburzenia, nawet w dłuższym okresie czasu [635]. Niektóre badania są w stanie wykazać, że u tych dzieci we wczesnym dzieciństwie i w okresie dorastania występują oczywiście fazy zwiększonej podatności na zagrożenia [638]. Z drugiej strony, wskazuje się na szczególne **czynniki odporności i radzenia sobie z problemami zdrowotnymi** dzieci rodziców chorych psychicznie ([499], s. 61):

**■ Czynniki ochronne skoncentrowane na dziecku**

— Cechy temperamentu, takie jak elastyczność, zdolność adaptacji do zmian, towarzyskość i przede wszystkim pozytywne cechy Mood,  
— empatia społeczna i ekspresja (postrzeganie własnych uczuć i sygnałów społecznych, werbalizacja i modulacja własnych uczuć, postrzeganie i rozumienie reguł społecznych, orientacja na działanie według

zasady socjalne, radzenie sobie z konfliktami),

— Skuteczne i realistyczne rozwiązywanie problemów

Ocena celów osobistych,

— dobra lub ponadprzeciętna inteligencja

i pozytywne wyniki w szkole, — koncepcje pozytywnego poczucia własnej wartości, przekonania o własnej skuteczności oraz wewnętrzne miejsce kontroli Przekonania,silne poczucie spójnośc

**Czynniki ochronne zorientowane na rodzinę**

— Emocjonalnie bezpieczne i stabilne relacje z co najmniej jednym rodzicem lub inną osobą.

osoba referencyjna,

— Emocjonalnie pozytywne, przystępne i akceptowalne, a jednocześnie zorientowane na normy, odpowiednio wymagające i kontrolujące

Edukacja,

– dobrych stosunków małżeńskich rodziców, w których konflikt...

i produktywny,

— struktury relacji rodzinnych, które charakteryzują się więzami emocjonalnymi pomiędzy członkami rodziny i zdolnością adaptacji do zmian lub rozwoju.

**Czynniki ochrony socjalnej**

– Wsparcie społeczne i wsparcie socjalne

przez ludzi spoza rodziny,

— Zaangażowanie w sieć rówieśniczą,

— integracja społeczna w społeczności, klubach, kościele itp.

Poza tymi ogólnymi czynnikami ochronnymi, z badań jakościowych wynika, że istotnym **szczególnym czynnikiem ochronnym jest odpowiednia pod względem** wieku i rozwoju edukacja i informacja o chorobie psychicznej rodziców, związana z potrzebami i problemami dzieci, a także odpowiednie postępowanie z chorobą w rodzinie [499].

**Strategie radzenia sobie z problemami** zależą od wieku i kierunku rozwoju. Do tej pory niewiele jest ustaleń na temat skuteczności różnych strategii radzenia sobie w dzieciństwie. Niemniej jednak, istnieją wskazania, że niektóre strategie radzenia sobie z problemami mają charakter ochronny [626]. Przekrojowe badania nad strategiami radzenia sobie z dziećmi rodziców cierpiącymi na schizofrenię w wieku 8-13 lat wykazały jednak, że poważnie zestresowane dzieci uciekają się do prób radzenia sobie w formie zwiększonego instrumentalnego rozwiązywania problemów przy małej zdolności do zrzeczenia się odpowiedzialności lub unikania sytuacji nie do opanowania. Stało się jasne, że dzieci, mimo wyraźnej potrzeby wsparcia społecznego, nie są w stanie z niego naprawdę skorzystać. Z niską zdolnością

pozytywna regulacja emocji, często spotykane są zachowania agresywne [639]. Znajomość skutecznych czynników wytrzymałościowych i odpowiednich strategii radzenia sobie z nimi jest ważnym warunkiem wstępnym uzyskania

konkretnych usług wsparcia dla dzieci rodziców chorych psychicznie i ich rodzin [626].

W dokumencie do dyskusji grupy roboczej ds. opieki nad dziećmi i młodzieżą omawiane są **główne kwestie.**

Poniższy rozdział opisuje **potrzeby zainteresowanych dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, które** można wywnioskować z wcześniejszych wyników badań i doświadczeń praktycznych [19]. Obejmują one wzmocnienie lub stworzenie usług profilaktycznych i promujących odporność dla dzieci i młodzieży (np. wspólne spędzanie wolnego czasu, rodziny sponsorów) oraz potrzebę odpowiednich do wieku informacji, doradztwa i usług terapeutycznych dla dzieci i młodzieży. Usługi informacyjne i doradcze muszą być dostępne w tym samym czasie dla chorych rodziców oraz, w razie potrzeby, ich partnerów, jak również innych krewnych. Oferty wsparcia profilaktycznego i odciążającego dla dotkniętych rodzin powinny być możliwie niskoprogowe (np. wczesna pomoc, poradnictwo edukacyjne, ambulatoryjne pomoce edukacyjne). Konieczne wydaje się również opracowanie planów kryzysowych z udziałem wszystkich zainteresowanych stron, zapewnienie punktów kontaktowych dla rodziców w sytuacjach kryzysowych oraz sieci pomocy. Głównym celem powinno być również skoordynowane planowanie leczenia i pomocy oraz jego wdrożenie, które obejmuje wszystkie zaangażowane instytucje i osoby. W tym miejscu należy odnieść się np. do sprawdzonej *sieci dla dzieci rodziców chorych psychicznie w Duisburgu* [640]. Szeroki zakres wsparcia oferuje również *projekt KIPKEL* w powiecie Mettmann (Nadrenia Północna-Westfalia), poradnia *AURYN* w Lipsku lub *specjalistyczna placówka dla dzieci rodziców chorych psychicznie przy Fundacji Sierocińca we Frankfurcie nad Menem* (patrz [626]).

**■ Oświadczenie 16**

Dla rozszerzenia i kwalifikacji niezbędnych usług wsparcia dla dzieci i młodzieży rodziców i ich rodzin chorych psychicznie konieczna jest "(profilaktyczna) pomoc i sieci międzysystemowe", jak również wzmożone "wsparcie dla dzieci i młodzieży rodziców i ich rodzin chorych psychicznie".

"Konieczna jest współpraca między odpowiedzialnymi systemami pomocy, zwłaszcza pomocy uzależnionym, pomocy dzieciom i młodzieży, psychiatrii dorosłych i innych służb medycznych". "Nauczyciele, wychowawcy, lekarze, pracownicy socjalni, psycholodzy i pedagodzy, ale także sędziowie rodzinni i policja muszą współpracować w sposób wiążący i interdyscyplinarny "i mieć oko na inne systemy pomocy". Należy również zwrócić większą uwagę na

"tworzenie usług niskoprogowych, działania public relations, szkolenie personelu w zakresie systemów pomocy oraz możliwości finansowania pomocy" (AGJ 2010 [19], s. 2).



**199**

**5**

# Interfejsy w

**opieka psychiatryczna dla osób ciężko chorych psychicznie**

### Znaczenie kontekstu migracyjnego w leczeniu osób ciężko chorych psychicznie - 200

* + 1. Wprowadzenie - 200
    2. Znaczenie aspektów międzykulturowych w psychiatrii i psychoterapii - 201
    3. Dowody dotyczące diagnozy, podejść terapeutycznych i zapobiegania zaburzeniom psychicznym u migrantów - 205
    4. Ramy polityczne w Niemczech - 209
    5. Podsumowanie - 209

### Terapie psychospołeczne dla dzieci i młodzieży - 210

* + 1. Wprowadzenie - 210
    2. Praktyki oparte na dowodach w psychospołecznych terapiach dzieci i młodzieży - 212
    3. Podsumowanie - 214

### Terapie psychospołeczne w wieku podeszłym - 214

* + 1. Wprowadzenie - 214
    2. Dowody na stosowanie terapii psychospołecznych w leczeniu demencji - 215
    3. Podsumowanie - 218

### Znaczenie kontekstu migracyjnego w leczeniu osób ciężko chorych psychicznie

### Wstęp

Zgodnie z **raportem migracyjnym 2009,** odsetek osób z przeszłością migracyjną mieszkających w Niemczech w 2009 roku wynosił 19,2%.

Udana akulturacja jest związana ze stabilnością psychologiczną i zdrowiem psychicznym.

Zaniedbanie tych czynników w diagnostyce i leczeniu zaburzeń psychicznych nie spełnia wymogów profesjonalnej opieki nad migrantami, może zagrozić powodzeniu leczenia, a tym samym ostatecznie integracji osób o podłożu migracyjnym i z poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

**5** ogółu ludności (15,703 mln, migrantów).

Zaburzenia [643]. Związane z informacją, kulturowe

Migracji i Uchodźców); wśród nich odsetek Niemców z przeszłością migracyjną wynosił 10,4%, a cudzoziemców 8,8%. Około dwóch trzecich osób z przeszłością migracyjną to sami migranci (1. pokolenie), podczas gdy nieco mniej niż jedna trzecia urodziła się już w Niemczech (2. i 3. pokolenie). Pod względem krajów pochodzenia, osoby pochodzenia tureckiego (15,9%) stanowią największą grupę w populacji o pochodzeniu migracyjnym, następnie osoby pochodzenia polskiego (8,3%), rosyjskiego (6,8%) i włoskiego (4,9%) [641].

Zmiany demograficzne w związku z **rosnącym znaczeniem pochodzenia migracyjnego w** populacji są - mimo wyraźnie zauważalnego postępu - nadal niewystarczająco uwzględniane w niemieckim systemie opieki zdrowotnej i niewystarczająco zróżnicowane [642]. Odpowiednia opieka nad osobami ze środowisk migracyjnych przez cały okres życia wymaga profesjonalnej wrażliwości i kompetencji międzykulturowej. Tło kulturowo-etniczne odgrywa szczególnie ważną rolę w korzystaniu z usług opieki psychiatryczno-psychoterapeutycznej: subiektywne modele rozwoju zaburzeń psychicznych, rozumienie choroby, a tym samym w decydującym stopniu oczekiwania wobec leczenia są często silnie uzależnione od wpływów kulturowych. Samo doświadczenie migracji może mieć potencjalnie wzmacniający wpływ na chorobę i znacząco wpływać na przebieg leczenia. Wreszcie, co nie mniej ważne, często trudne warunki psychospołeczne migrantów wpływają na pogorszenie niezbędnych procesów adaptacyjnych w kraju przyjmującym. Równocześnie wiadomo, że

i bariery komunikacyjne prowadzą do problemów związanych z **niedostatecznym, nadmiernym i niewłaściwym korzystaniem z opieki** przez **migrantów,** co w niektórych przypadkach znacznie zwiększa koszty terapii i opieki [644]. Opieka psychiatryczna mająca na celu zaspokojenie szczególnych potrzeb migrantów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi wymaga zatem odpowiednich ram strukturalnych.

**Zdrowie psychiczne** w kontekście migracji może być postrzegane **jako wynik różnych, wzajemnie na siebie oddziałujących procesów rozwojowych, które** również wchodzą w grę, gdy pacjenci szukają pomocy na pewnych etapach [645]:

5 *Wiek* osoby jest związany z jej *wiekiem*.

Związek między tymi celami a istotnymi zadaniami rozwojowymi, doświadczeniami socjalizacyjnymi, a charakterem przyszłych celów [646; 647];

5 *specyficzna tożsamość i struktura jaźni*

są również pod wpływem indywidualnych odcisków biograficznych;

5 *Kultura* jako nadrzędny system tradycji

Współcześnie rozwój struktury osobowej i społecznej jednostki, norm, wartości i przekonań traktowany jest jako dynamiczna matryca, która podlega całemu rozwojowi jednostki, a w przypadku migracji szczególnie podlega zmianom w sposób zasadniczy [648];

5 *proces migracji* charakteryzuje się różnorodnością

Konsekwencje zmiany miejsca zamieszkania na inne państwo charakteryzują się wieloma czynnikami: Doświadczenie straty i separacji, tęsknota za domem, izolacja społeczna, utrata lub rozproszenie własnej roli [649];

5 *warunki społeczne i polityczne,* jak również *sytuacja gospodarcza są* zasadniczo uważane

za ważne czynniki wpływające na zdrowie: w przypadku migracji aspekty te mogą być powodem emigracji z kraju ojczystego lub stanowić istotne niekorzystne warunki w wyniku migracji,

z. np. niepewny status zamieszkania, bezrobocie i niejasne perspektywy na przyszłość [650; 651];

— *czynników rozwoju biologicznego* to m.in.

psychofizjologiczne predyspozycje do zagrożeń zdrowotnych, chorób współistniejących oraz zdolność do korzystania z nowych zasobów, a także, co nie mniej ważne, biologiczne uwarunkowania do tworzenia kultury [648;652].

Istnieje **coraz więcej dowodów na** znaczący **wpływ aspektów psychospołecznych** - takich jak stresory specyficzne dla migracji - na ujawnianie się i przebieg zaburzeń psychicznych u migrantów [653; 654; 655; 656]. W związku z tym w literaturze istnieją silne pośrednie dowody sugerujące, że poważne zaburzenia psychiczne mogą nawet występować częściej u migrantów. Cantor-Graae i Selten (2005) oraz Selten i wsp. (2007) wskazali na przykład, że migracja jest ważnym czynnikiem ryzyka dla etiologii zaburzeń schizofrenicznych [653; 654]. Veling i wsp. (2008) donieśli, że wskaźnik zachorowań na schizofrenię wśród migrantów był znacznie wyższy w dzielnicach Hagi, w których mieszka niewielka liczba mi- grantów, niż na obszarach o dużej gęstości etnicznej [657]. Wyniki te wyraźnie wskazują, że czynnik migracji w związku z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi powinien być brany pod uwagę i dokładniej badany.

Jednak **dane dostępne w** literaturze **na temat rozwoju zaburzeń psychicznych w związku z** procesem migracji są nadal niewystarczające **i niespójne**, a istniejące ustalenia są **niejednorodne w** zależności od kraju pochodzenia i kraju przyjmującego [658]. Z tego powodu w praktyce medycznej istnieje znaczna niepewność co do właściwej oceny i leczenia dolegliwości migrantów. Ostatnie ustalenia z Niemiec sugerują, że jest pewne, iż co najmniej porównywalnie wysoki wskaźnik zaburzeń psychicznych występuje wśród migrantów, jak i wśród imigrantów.

Niemcy. W reanalizie Federalnego Badania Zdrowia, Bermejo et al. (2010) stwierdzili ogólnie znacznie wyższy wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród obcokrajowców niż wśród tubylców [659]. W reprezentatywnej próbie populacyjnej Glaesmer i wsp. (2009) wykazali jednakową częstość występowania badanych zaburzeń psychicznych u migrantów i Niemców; odsetek migrantów w tym badaniu wynosił 11,1%, przy czym migrantem określano osobę, której co najmniej jedno z rodziców urodziło się za granicą [658]. Należy zaznaczyć, że oba badania nie koncentrowały się na ciężkich zaburzeniach psychicznych. Ponadto, inny ogólny problem staje się jasny: zmieniające się definicje tła migracyjnego ograniczają porównywalność tych badań.

Złożoność pytania jest odzwierciedlona w innych zmiennych. Igel, Brähler i Grande (2010) badali wpływ **doświadczeń dyskryminacji** na subiektywne zdrowie migrantów. Osoby doświadczające dyskryminacji zgłaszały istotnie gorszy stan zdrowia. Obok czynników socjoekonomicznych należy zwrócić większą uwagę na ten aspekt [660].

Nawet jeśli **dane na temat ciężkich zaburzeń psychicznych wśród migrantów są** niewystarczające, należy założyć, że częstość występowania ciężkich zaburzeń psychicznych wśród osób o pochodzeniu migracyjnym jest co najmniej porównywalna z częstością występowania u rodowitych Niemców.

### Znaczenie aspektów międzykulturowych w psychiatrii i psychoterapii

Standardową praktyką medyczną jest uwzględnianie wszystkich istotnych czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych. Oznacza to, że czynniki rodzinne, kulturowe, etniczne, językowe, polityczne i religijne muszą być brane pod uwagę i uwzględniane w najlepiej pojętym interesie pacjenta, nie tylko przy zbieraniu wywiadu i dokonywaniu ustaleń, ale także przy planowaniu i wdrażaniu terapii. Istnieje zatem zasadnicza konieczność



5.1 - Znaczenie pochodzenia migracyjnego

Pacjenci ci częściej mają też bierną postawę oczekiwania, co odpowiada powszechnej w przeszłości paternalistycznej relacji lekarz-pacjent. Równa relacja w sensie wspólnego podejmowania decyzji często nie może być ani zakładana, ani oczekiwana, ale w pewnych okolicznościach powinna być postrzegana jako cel terapeutyczny [673]. Jednak przecenianie cech kulturowych jest również mylące, ponieważ za tymi konfliktami psychospołecznymi często kryją się ogólne ludzkie zachowania.

#### Kompetencja międzykulturowa

Pfeiffer (1994) rozumie **kulturę jako** "kompleks, który obejmuje tradycyjne doświadczenia, idee i wartości, jak również porządek społeczny i reguły postępowania" ([674], s. 10). Według Herbranda (2002) kultura to "system orientacji, który umożliwia płynną i efektywną interakcję, współpracę i komunikację w grupie oraz pozwala przewidzieć zachowania i reakcje innych członków grupy". Jednocześnie odróżnia się od innych grup społecznych odmiennymi wartościami i normami oraz sposobami zachowania i działania. "Obca kultura przedstawia się ludziom jak góra lodowa: tylko niewielka jej część jest dostępna dla ludzkiej percepcji" ([675], s. 16). Tseng (2004) zwraca uwagę na ciągłe zmiany: "Kultura kształtuje zachowania ludzi, ale jednocześnie jest kształtowana przez idee i zachowania członków kultury. Tak więc kultura i ludzie wpływają na siebie wzajemnie i interakcyjnie" (Kultura kształtuje zachowania ludzi, a jednocześnie jest kształtowana przez idee i zachowania członków danej kultury. Kultura i ludzie wpływają więc na siebie nawzajem) ([665], s. 1). Berninghausen i Hecht-El Minshawi (2010) określają kulturę jako "szkielet tożsamości" ([676], s. 7). Kumbruck i Derboven (2009) zakładają, że kultura rozwija się "w społecznym dyskursie wokół znaczeń, w którym negocjowane są znaczenie i wartość kulturowych tradycji, praktyk i doświadczeń" ([677], s. 8).

Zatem  **kompetencja międzykulturowa** może być postrzegana **jako**

**składnik kompetencji społecznych**. Postrzeganie, ocenianie i działanie

są zawsze uwarunkowane kulturowo [678]. Kompetencja międzykulturowa jest wynikiem procesu rozwoju i uczenia się, który umożliwia empatyczną komunikację i współpracę opartą na wzajemnym uznaniu, nawet w trudnych warunkach, takich jak zaangażowanie tłumaczy i (początkowa) obcość kulturowa. Seidel (2011 [679], s. 169), podobnie jak Tseng i Streltzer (2004) [665], zwraca uwagę, że podstawą kompetencji międzykulturowej jest "dostrzeganie i kwestionowanie własnego, zwłaszcza kulturowego, położenia". Otwartość, zainteresowanie i spektakularna ciekawość tego, co nieznane, stanowią zatem fundamenty kompetencji międzykulturowej [680].

Podsumowując, kompetencja międzykulturowa opiera się na podstawowej postawie terapeutycznej, która charakteryzuje się szacunkiem, uznaniem i (ostrożnym) negocjowaniem wspólnego rozumienia choroby oraz podejścia terapeutycznego i jest warunkiem wstępnym udanej interakcji. Aby poradzić sobie z różnymi normami kulturowymi, przydatne może być rozważenie różnych wymiarów kulturowych według Hofstede (1997) [681], który rozróżnia społeczeństwa kolektywistyczne i indywidualistyczne [682]. Ostatecznie jednak decydujące znaczenie ma to, aby nie podchodzić do ludzi z innych kultur w sposób szablonowy, lecz znaleźć indywidualne podejście na podstawie biografii rozmówcy i autorefleksji nad własnymi wartościami. Dalsze kształcenie międzykulturowe i odpowiednie środki szkoleniowe, jak również prezentacje przypadków i praca Balinta mogą pomóc w promowaniu odpowiedniej wrażliwości i kompetencji międzykulturowej. Tutaj biznes jest znacznie bardziej zaawansowany niż medycyna. Podręczniki szkoleniowe były dotychczas opracowywane głównie dla kadry kierowniczej i dopiero stopniowo trafiają do sektora ochrony zdrowia (zob. też [683]).

#### Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród osób o pochodzeniu migracyjnym w Niemczech

Niewiele badań dostarcza miarodajnych wyników w tym zakresie, ale na podstawie obecnie dostępnych danych należy przyjąć, że rozpowszechnienie choroby jest wyższe niż rozpowszechnienie samej choroby.

**Częstość występowania zaburzeń psychicznych wśród migrantów w Niemczech wynosi**

**Niemcy** są przynajmniej nie niższe niż w

niż w populacji rodzimej. W pewnych warunkach (procedury azylowe, wysiedlenia, izolacja, punkty zapalne w społeczeństwie, brak wykształcenia, ubóstwo, gęstość etniczna) oraz w przypadku pewnych zaburzeń (zaburzenia ostrego stresu, zaburzenia stresu pourazowego, doświadczenia dyskryminacyjne, zaburzenia somatyzacji) [657;660;684;685], jak również w podgrupach (np. uzależnienie od alkoholu u migrantów), częstość występowania zaburzeń psychicznych nie jest mniejsza niż w populacji rodzimej.

* Ryzyko zachorowania jest oczywiście większe w przypadku osób z byłego ZSRR [686;687] (por. [688;689]).

W ramach krytyki metodologicznej należy zauważyć, że większość badań w świecie niemieckojęzycznym ogranicza się do dużych grup migrantów turecko- i rosyjskojęzycznych, jednak rozkład krajów pochodzenia osób o pochodzeniu migracyjnym w Niemczech pokazuje (7 pkt. 5.1.1), że reprezentowane są prawie wszystkie kraje, choć w mniejszym stopniu. Dodatkową trudnością dla porównywalności wyników badań jest to, że zarówno udział migrantów w ogólnej liczbie ludności, jak i udział procentowy krajów pochodzenia znacznie się różnią na poziomie lokalnym i regionalnym. Ostatnie badania przeprowadzone na przykład w Lipsku z polskimi i wietnamskimi migrantami wskazują również na wyższy poziom lęku i depresji w tych dwóch grupach migrantów w porównaniu z ludnością rodzimą [690].

**O korzystaniu z usług psychiatryczno-psychoterapeutycznych i psychospołecznych przez migrantów w Niemczech**

Obecnie brak jest wiarygodnych danych na temat korzystania z usług psychiatryczno-psychoterapeutycznych i psychospołecznych przez migrantów w Niemczech [691-693]. Z badań nad zdrowiem wiadomo, że wielu migrantów jest

- m.in. w zależności od statusu społecznego i poziomu wykształcenia - w **znacznie mniejszym stopniu**

migranci korzystają z **badań profilaktycznych i programów prewencyjnych** [689;694]. Również liczba dni niezdolności do pracy z powodu choroby jest zazwyczaj niższa wśród migrantów [695].

Badanie zlecone przez Federalną Konferencję Rektorów Klinik Psychiatrycznych (BDK)

1. w 12 szpitalach psychiatrycznych, dysponujących łącznie ponad 2000 łóżek, wykazano,   
     
   że w przeciwieństwie do wcześniejszych badań,   
   **udział migrantów w ogólnej liczbie pacjentów, wynoszący** dobre 17% w przypadku psychiatrii dorosłych, odpowiada obecnie w przybliżeniu udziałowi migrantów w populacji epidemiologicznej, chociaż **różnice lokalne i regionalne były** oczywiste. Ponadto występowały różnice w rozkładzie częstości diagnozowania między tubylcami a migrantami (np. zaburzenia schizofreniczne były nadreprezentowane wśród migrantów), a także przewaga migrantów z Turcji i Europy Wschodniej, z ponownymi wyraźnymi różnicami w rozkładzie częstości diagnozowania między dwiema wymienionymi grupami migrantów. Wyniki te zostały potwierdzone w ogólnopolskim badaniu 131 klinik psychiatrycznych przeprowadzonym przez BDK.
2. Około 17% pacjentów przyjętych w danym dniu miało pochodzenie migracyjne (język około 18% rosyjski, 16% turecki, 7% polski, 21% inny główny język); około 20% pacjentów migrowało samodzielnie.

Inne niedawne badanie dotyczyło częstotliwości przyjmowania **przymusowego** wśród migrantów z zaburzeniami psychicznymi i wykazało ogólnie niższy wskaźnik korzystania z hospitalizacji psychiatrycznej przez migrantów (głównie z Turcji i krajów śródziemnomorskich) we Frankfurcie oraz niższy wskaźnik przyjmowania przymusowego (na 100 000 mieszkańców), ale znacznie wyższy wskaźnik przyjmowania przymusowego wśród podgrup migrantów. Około 55% chorych płci męskiej ze środowisk migracyjnych, uzależnionych lub odurzonych zostało przyjętych przymusowo [698]. Wyniki te są zgodne z wynikami badania Koch et al. (2008) [696] i innych badań, zgodnie z którymi migranci są znacznie nadreprezentowani na oddziałach psychiatrii sądowej, z udziałem około 30%, podczas gdy poniżej średniej wskaźniki używania są odnotowywane w psychiatrii gerontologicznej (10%) i na oddziałach psychoterapeutycznych (5%).

W literaturze istnieje zgoda co do zwiększonego **zapotrzebowania na międzykulturowo wykształcony personel.**

5.1 - Znaczenie tła migracyjnego

Potrzeba bardziej **ukierunkowanych usług**, zwłaszcza w dziedzinie psychospołecznej, dla starszych migrantów [695] i zapobiegania samobójstwom wśród migrantów [699]. Stygmatyzacja i wstyd nadal są przyczynami niedostatecznego wykorzystania środków w przypadku przynajmniej niektórych grup migrantów z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają dokładniejszego rozpoznania, na przykład w odniesieniu do rozwodów, przemocy lub dyskryminacji [700;701]. Od pewnego czasu wiadomo, że usługi wrażliwe na różnice kulturowe są akceptowane przez migrantów [702].

### Dowody dotyczące diagnostyki, podejść terapeutycznych i zapobiegania zaburzeniom psychicznym u migrantów

**Międzykulturowe aspekty diagnozy, terapii i oceny Procesy diagnostyczne u** migrantów są uwarunkowane nie tylko pierwotną osobowością, predyspozycjami biologicznymi, indywidualną wrażliwością, historią choroby i zadaniami rozwojowymi, ale także w dużej mierze und Migration geprägt. Migrationsspezifische Faktoren einerseits und kulturspezifische Faktoren andererseits kön- nen in unterschiedlicher Gewichtung auf das dem Migrationsprozess immanentnym napięciem und Migration geprägt. Migrationsspezifische Faktoren einerseits und kulturspezifische Faktoren andererseits kön- nen in unterschiedlicher Gewichtung auf das dem Migrationsprozess intrapsychicznym między krajem ojczystym a krajem przyjmującym. Sposób, w jaki te specyficzne czynniki są przetwarzane w poszczególnych przypadkach, zależy w decydującym stopniu od przede wszystkim niespecyficznych dla migracji czynników ochronnych i patogennych, jak również od odpowiednich aktualnych zadań rozwojowych [703].

Jeśli te aspekty nie są brane pod uwagę, istnieje ryzyko błędnej diagnozy w odniesieniu do a) diagnostyki różnicowej i b) błędnej oceny wpływu kultury w porównaniu z innymi czynnikami wymienionymi powyżej (np. [689;704;705]). Dla właściwej diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych u migrantów niezbędna jest więc zmodyfikowana anamneza [706]. Obejmuje to uwzględnienie specyficznych dla kultury i migracji czynników wpływających na rozwój i manifestację zaburzeń psychicznych.

Prawie wszystkie badania i ankiety wykazują znaczne problemy komunikacyjne w leczeniu migrantów; są one przede wszystkim natury językowej, ale są również powszechne w odniesieniu do modeli choroby i strategii terapeutycznych. We wspomnianym wyżej badaniu Kocha i wsp. (2008), na przykład, **problemy z komunikacją językow ą lub kulturową stwierdzono u** prawie 50% pacjentów o pochodzeniu migracyjnym. W niedawnym badaniu tureckich migrantów z zaburzeniami psychicznymi i psychosomatycznymi uznano pochodzenie migracyjne za niezależny negatywny predyktor powodzenia leczenia szpitalnego [707].

Wreszcie, odpowiednie metody farmakologiczne i psychoterapeutyczne w leczeniu migrantów z zaburzeniami psychicznymi są mało sprawdzone, zazwyczaj adaptuje się znane metody terapii. W dziedzinie **psychofarmakologii** coraz częściej wiadomo, że pacjenci o pochodzeniu etnicznym innym niż zachodnioeuropejskie mogą mieć inny metabolizm leków i w związku z tym wymagać specyficznej terapii i monitorowania (np. terapeutycznego monitorowania leków). Istnieją znaczne różnice w odpowiedzi na leczenie lekami psychotropowymi między różnymi grupami etnicznymi, wynikające z różnic farmakokinetycznych i dy- micznych [708]. W dużym badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów ambulatoryjnych rasy czarnej i latynoskiej [709] wykazano, że członkowie mniejszości etnicznych, zwłaszcza czarnoskórzy, gorzej reagowali na leczenie lekami przeciwdepresyjnymi (w tym badaniu był to citalopram). W przypadku poszczególnych grup etnicznych pewne różnice farmakogenetyczne są obecnie dobrze znane i należy je uwzględnić przy przepisywaniu leków psychotropowych i klinicznej ocenie odpowiedzi na leczenie. Należą do nich przede wszystkim polimorfizmy genetyczne układu cytochromu P-450, który bierze udział w przyspieszonym lub spowolnionym metabolizmie leków psychotropowych [710;711]. W rozumieniu integracyjnego podejścia do leczenia, psychofarmakoterapia dostosowana do indywidualnego pacjenta powinna uwzględniać nie tylko różnice biologiczne i genetyczne, ale także etniczne i kulturowe [711]

.

Aspekty związane z migracją i kulturą muszą być również i przede wszystkim włączone do **koncepcji psychoterapeutycznych** [684;688;706;712;713]. W pracy psychoterapeutycznej z migrantami w grę wchodzą specyficzne dla kultury różnice pomiędzy zachodnimi metodami psychoterapii a tradycyjnymi koncepcjami leczenia. Promocja indywiduacji i wnikliwości jest główną cechą terapii zachodnich [714]. Charakterystyka tradycyjnych rytuałów leczniczych, takich jak rytuały społeczne...

Natomiast w terapiach zachodnich niewiele uwagi poświęca się integracji, włączeniu ciała i działaniom rytualnym. Różne uwarunkowania kulturowe mogą stać się problemem w leczeniu, zwłaszcza jeśli odmawia się im etnocentrycznego lub schematycznego uproszczenia w oparciu o stereotypowe idee [643]. Terapeuci powinni zatem określić cele terapeutyczne zgodnie z pochodzeniem kulturowym chorego [715].

Dla kulturowego podejścia psychoterapeutycznego może być konieczne uwzględnienie wartości drugiej kultury, które są obecne w rodzinie lub w jednostce, w leczeniu i wykorzystanie ich konkretnie jako zasobów. Ponieważ w wielu tradycyjnych kulturach rodzina jest autorytetem kształtującym postawy i podejmującym decyzje, pomocne jest włączenie do procesu terapii ważnych krewnych, gdy tylko jest to możliwe. Również w wielu kulturach podejmowanie decyzji dotyczących terapii może być sprawą rodzinną [716], więc decyzja jednostki o odstąpieniu od niej może skutkować utratą przez chorego wsparcia rodziny.

* 1. Zachodni terapeuci często zakładają, że spójna struktura tradycyjnych rodzin nie pozostawia wystarczającego miejsca na indywidualizację i że w ten sposób hamowany jest rozwój osobowości (por. [718]). Nie należy jednak zapominać, że w spójnych strukturach społecznych i rodzinnych jasność roli społecznej stanowi podstawę do "bycia osobą niezależną" i może tym samym działać jako czynnik ochronny lub stabilizujący.

Szczególnego znaczenia nabrała również ocena osób z zaburzeniami psychicznymi i o pochodzeniu migracyjnym, w tym

w związku z procedurami deportacji osób ubiegających się o azyl. Ten aspekt może być w wystarczającym stopniu zapewniony tylko przez lekarzy i psychologów kompetentnych międzykulturowo [719-721].

W aktualnej, jeszcze niepublikowanej ankiecie przeprowadzonej wśród dyrektorów federalnych szpitali psychiatrycznych, wstępne analizy pokazują, że chociaż 77 % (często 60 % lub bardzo często 17 %) widzi problemy w komunikacji językowej i zrozumieniu choroby pacjentów ze środowisk migracyjnych, to jednocześnie 72 % dyrektorów nie zakłada żadnych wątpliwości diagnostycznych ani terapeutycznych z powodu różnic kulturowych. Wyniki te są zgodne z danymi z badania przeprowadzonego w 2003 roku przez Oddział Psychiatrii Transkulturowej Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii, Psychoterapii i Neurologii (DGPPN) we współpracy ze Szkołą Medyczną w Hanowerze [683]. Z tego musi wynikać pewna marginalizacja problemu.

**Dowody na terapie psychospołeczne**

Kompleksowe przeszukiwanie literatury pod kątem wszystkich słów kluczowych wymienionych w wytycznej S3 dotyczącej terapii psychospołecznych w bazach danych MEDLI-NE (Multi-Field Search, 1950-current, jeden termin na pole wyszukiwania, łączenie z AND) oraz SCOPUS (Document Search, 1985-2000-current, jeden termin na pole wyszukiwania, łączenie z AND) nie dało **żadnych lub tylko marginalne wyniki na temat terapii psychospołecznych dla migrantów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w młodym i średnim wieku w Niemczech**. Istniały tylko kazuistyczne lub pojedyncze, małe, niereprezentatywne badania nad interwencjami systemowymi i indywidualnymi oraz tematami przekrojowymi. Pomimo licznych takich ekspertyz, systematyczne badania w formie metaanaliz i badań kontroli przypadków nie są jeszcze dostępne w tej dziedzinie, dlatego też nie można sformułować opartych na dowodach naukowych wytycznych w zakresie terapii psychospołecznych dla migrantów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. W przeglądzie odpowiednich publikacji ze Zjednoczonego Królestwa, Włoch i Niemiec, Claassen i inni (2005) wskazali, że sytuacja w zakresie danych

w Wielkiej Brytanii jest nadal najbardziej korzystne [722]. Jednak dane z innych krajów, zwłaszcza z Wielkiej Brytanii, Skandynawii i USA, nie mogą być przenoszone na sytuację w Niemczech lub mogą być przenoszone tylko w ograniczonym zakresie.

Według pilotażowego badania pacjentów dziennych, koncepcja terapeutyczna z elementami werbalnymi, kreatywnymi, zorientowanymi na ciało i rehabilitację zawodową, która jest powszechna w wielu **placówkach dziennych,** wydaje się być zasadniczo tak samo odpowiednia dla pacjentów miejscowych, przynajmniej dla migrantów, którzy przebywają w Niemczech od dłuższego czasu [706].

**Terapie artystyczne** z niewerbalnym podejściem terapeutycznym mogą ułatwić dostęp do terapii, szczególnie w leczeniu pacjentów z innych kultur. Literatura oferuje jednak tylko kilka wskazówek w tym zakresie, które opierają się na indywidualnych obserwacjach. Wkład M. Grube pochodzi z 2002 roku. Na podstawie studiów przypadków wskazuje, że obrazy zawierają zbiorowe i archaiczne symbole i elementy obrazowe, które mogą poszerzyć rozumienie bez języka. Chociaż podejście to wykazuje elementy międzyjęzykowe i międzykulturowe, nie wszyscy mi- gnerzy są otwarci na podejście kreatywnego projektowania [723]. W ostatnim czasie na dwóch konferencjach [724;725] zajmowano się projektowaniem wizualnym w kontekście migracji. W odniesieniu do potencjalnie owocnego dostępu za pomocą terapii artystycznych, dalsze odkrycia i badania są dopiero przed nami. Dotyczy to również międzykulturowych podejść do muzykoterapii, na temat których również nie ma prawie żadnych publikacji.

Sieberer i wsp. (2009) znaleźli dowody na releksję.

wane związki akulturacji, braku aktywności fizycznej i zwiększonego ryzyka zdrowotnego u migrantów [726]. Celem badania przekrojowego przeprowadzonego na dużej wieloetnicznej populacji pracowników szpitala uniwersyteckiego było sprawdzenie, czy pochodzenie migracyjne, cechy akulturacji i poziom codziennej aktywności fizycznej są ze sobą powiązane. Wyniki sugerują **możliwy związek między akulturacją a aktywnością fizyczną**, częściowo z różnicami **między** płciami. Autorzy konkludują, że przy opracowywaniu działań profilaktycznych w zakresie zdrowia i środowiska społecznego należy

W kontekście rozwoju usług dla migrantów należy w większym stopniu uwzględniać aspekty akulturacji i płci.

#### Zapobieganie

W 2001 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała swój roczny raport zatytułowany "Zdrowie psychiczne: nowe zrozumienie, nowa nadzieja" [727], który stworzył podstawy dla nowych programów i interwencji mających na celu utrzymanie zdrowia psychicznego na poziomie zdrowia publicznego. Określiła ona również badania i rozwój wczesnego wykrywania i zapobiegania jako zasadniczych elementów utrzymania zdrowia psychicznego. Utrzymanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym stanowią główny temat Światowego Programu Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego (WHO Mental Health Global Action Programme - mhGAP) [728].

Tradycyjnie profilaktykę dzieli się na 3 poziomy: profilaktykę **pierwotną, wtórną i** trzeciorzędową. Zalecono dalszy podział profilaktyki pierwotnej w obszarze zdrowia psychicznego na: profilaktykę uniwersalną (skierowaną do całej populacji ogólnej), profilaktykę selektywną (skierowaną do określonych grup ryzyka, gdzie ryzyko może wynikać z czynników ryzyka bio- logicznego, psychologicznego lub społecznego) oraz profilaktykę wskazującą (skierowaną do osób wysokiego ryzyka, które już wykazują pojedyncze objawy zaburzeń psychicznych, ale nie spełniają kryteriów zaburzeń według klasyfikacji) [729]. W przeglądzie profilaktyki zaburzeń psychicznych [730] podkreślono, że cel ten można osiągnąć poprzez wdrożenie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazanej, specyficznej dla danej podgrupy. W dalszej części rozdziału skupimy się w szczególności na obszarach prewencji pierwotnej.

W porównaniu z wieloma innymi obszarami

medycyny, w dziedzinie zdrowia psychicznego istnieje **niewiele specyficznych podejść prewencyjnych opartych na dowodach** dla osób dotkniętych chorobą w wieku dorosłym. Niektóre skuteczne podejścia zostały podsumowane przez WHO (2004) [729]:

5 *Poziom makro:* Poprawa żywienia, zdrowia i bezpieczeństwa.

Mieszkalnictwo i edukacja; zmniejszenie

ekonomiczne bezpieczeństwo owadów; wzmocnienie sieci społecznych; zmniejszenie ryzyka związanego z substancjami uzależniającymi (podatki, dostęp, zakazy reklamowe); ograniczenie używania papierosów i innych substancji w czasie ciąży;

—Redukcja i wzrost czynników stresogennych

odporność: promocja zdrowia od wczesnego dzieciństwa (interwencje domowe)

Programy dla rodziców); zapobieganie wykorzystywaniu i zaniedbywaniu dzieci; interwencje na rzecz dzieci chorych psychicznie; programy szkolne; programy dla dzieci i młodzieży rozwodowej; programy w miejscu pracy (redukcja stresu; radzenie sobie z bezrobociem); programy dla uchodźców (utrzymanie pokoju, rozwiązywanie konfliktów, wczesna interwencja po traumie); starzenie się (aktywność fizyczna; poprawa wsparcia społecznego; badania przesiewowe; zapobieganie depresji, samobójstwom; terapia chorób przewlekłych); programy dla dzieci i młodzieży rozwodowej; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci i młodzieży rozwodowej; programy dla dzieci i młodzieży chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci i młodzieży rozwodowej; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie; programy dla dzieci chorych psychicznie

choroby fizyczne);

— Podejścia profilaktyczne oparte na dowodach (patrz wyżej, niektóre przykłady różnych zaburzeń są tam wymienione).

Szczegółowe wytyczne dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki wśród migrantów nie zostały tu przedstawione, ale WHO zwraca również uwagę, że programy i interwencje muszą być dostosowane do charakterystyki regionalnej i kulturowej [729]. Pomimo licznych ekspertyz, systematyczne badania w formie metaanaliz i studiów kontroli przypadków w tej dziedzinie są nadal niewystarczające, tak więc nie można jeszcze sformułować kompleksowych, partych na dowodach wytycznych w zakresie

promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym u osób ze środowisk migracyjnych.

W ramach systematycznego przeglądu przeanalizowano nie tylko leczenie, ale również strategie profilaktyki w zakresie

Osoby o pochodzeniu migracyjnym w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej [731]. Autorzy zwracają uwagę, że

migracja, migracja i postmigracja - są związane z innymi czynnikami ryzyka, które w związku z tym również wymagają innego ukierunkowania. Głównymi wyzwaniami są różnice językowe i kulturowe, przy czym na zrozumienie i opis objawów,   
  
  
jak również na postępowanie z chorobą i terapię mogą mieć decydujący wpływ czynniki kulturowe.

Sprawozdanie IMHPA - European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention - z 2006 r. pokazuje, że na szczeblu europejskim istnieją liczne programy promocji zdrowia i profilaktyki, ale spośród 30 opisów krajów tylko te z Luksemburga i Norwegii zawierają odniesienia do wdrażania elementów programu, które są szczególnie skoncentrowane na grupach migrantów [732]. Zakres, w jakim poszczególne programy są dostosowane do poszczególnych podgrup, pozostaje otwarty. Natomiast ostatnia publikacja dotycząca zapobiegania samobójstwom stwierdza, że środki zapobiegawcze powinny być dostosowane dokładnie do grupy docelowej pod względem wieku, wykształcenia, pochodzenia etnicznego i języka [733]. Inne badania wskazują również, że środki zapobiegawcze i interwencyjne powinny być skierowane do odpowiedniej podgrupy [734].

Zeef i in. (2010) opisują możliwe ogólne metody profilaktyki dla osób ze środowisk migracyjnych na przykładzie uzależnień [735]. Podobnie jak Kirmayer i in., autorzy podkreślają, że rekrutacja i dokształcanie rodzimych ekspertów oraz ścisła współpraca z poszczególnymi społecznościami reprezentującymi kulturę ma kluczowe znaczenie. Ponadto podkreśla się, że ogólnodostępne materiały edukacyjne i informacyjne, jak również kampanie edukacyjne powinny być dostępne w kilku językach, a ich prezentacja powinna być specyficzna dla danej kultury. Ponadto, dotarcie do poszczególnych grup migrantów za pomocą kampanii edukacyjnych może być utrudnione przez stygmatyzację związaną z tematyką [736].

**5.1** - Znaczenie pochodzenia migracyjnego ..   
  
  
  
  
.

**Praca z tłumaczami ustnymi (mediatorami językowymi i kulturowymi)**

Wszystkie instytucje zajmujące się opieką nad pacjentami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi muszą również zapewnić odpowiednie leczenie pacjentów z niewielką znajomością języka niemieckiego. Wymaga to wiedzy o tłumaczach ustnych i ich dostępności (dobrze zorganizowanych i niedrogich usług w zakresie tłumaczeń ustnych). Może się to wiązać na przykład z usługami tłumaczenia społecznościowego, ale w większych szpitalach możliwe jest również zapewnienie tłumaczeń ustnych przez dwujęzyczny personel specjalistyczny [737]. Mediatorzy językowi i kulturowi powinni być rutynowo wykorzystywani, gdy komunikacja językowa nie jest wystarczająco zagwarantowana. W międzyczasie, istnieją **wytyczne dla profesjonalistów.**

**Korzystanie z mediatorów językowych i kulturowych**, którzy powinni być konsultowani nie tylko raz - np. podczas przyjęcia do szpitala - ale także nadają się do stałego wspierania leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego (np. psychoedukacji). Proste zasady pomagają uniknąć nieporozumień i wykorzystać możliwości, jakie daje leczenie wspomagane przez tłumaczy [738]. Podręczniki i materiały informacyjne powinny być również dostępne we wspólnych językach obcych.

**5.1.4** **Polityczne warunki ramowe w Niemczech**

W Krajowym Planie Integracji Rządu Federalnego (2007) [694] integracja (migrantów) przedstawiana jest jako "kluczowe zadanie dla państwa i dla całego społeczeństwa". "Wszystkie siły państwowe i społeczne zaangażowane w integrację wspólnie stawiają czoła temu wyzwaniu." Plan integracji ma również działać jako katalizator polityki integracyjnej, "która zajmuje się przyczynami i zachowuje równowagę między promowaniem a wymaganiem".

**Potrzeba poprawy promocji zdrowia migrantów** jest wyraźnie podkreślona w Krajowym Planie Integracji: "Promocja zdrowia osób ze środowisk migracyjnych może i powinna być promowana jako uzupełnienie ponadregionalnej promocji zdrowia.  
Głównymi celami działań w zakresie promocji zdrowia są: integracja i międzykulturowe otwarcie, całościowa promocja zasobów służących samostanowieniu nad własnym zdrowiem oraz zapobieganie powstawaniu specyficznych czynników ryzyka w grupach szczególnego ryzyka. Kluczem do trwałego sukcesu środków promujących zdrowie kobiet i mężczyzn wywodzących się ze środowisk migracyjnych jest ich uczestnictwo. Aby poprawić opiekę zdrowotną nad migrantami, potrzebne są oferty zorientowane na popyt, międzykulturowa opieka standardowa, interdyscyplinarne tworzenie sieci, rozwój odpowiednich kanałów dostępu i zabezpieczenie bazy danych". ([694], S. 100)

Można założyć, że związek pomiędzy brakiem wykształcenia a niskim statusem społeczno-ekonomicznym stanowi ryzyko w odniesieniu do odpowiednich zachowań zdrowotnych (np. korzystanie z wczesnej diagnozy, opieki profilaktycznej i poradnictwa), a tym samym również zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych w niektórych grupach migrantów.

**5.1.5** **Podsumowanie**

Otwartość międzykulturowa, wrażliwość i refleksja nad wpływami kulturowymi i kompetencjami międzykulturowymi powinny być częścią integrującej opieki psychiatrycznej i psychospołecznej [739]. Nacisk położony jest na uwrażliwienie na tradycyjne i religijne cechy ludzi z różnych kultur. Uwarunkowane kulturowo różnice w światopoglądach, systemach wartości, a tym samym w celach życiowych, są często przyczyną nieporozumień w spotkaniach międzykulturowych (uprzedzenia kulturowe). Odnosi się to nie tylko do leczenia chorych, ale także do sposobu, w jaki personel postępuje ze sobą i do zasad przewodnich instytucji [665].

Trwała i codzienna poprawa opieki psychiatryczno-psychoterapeutycznej i psychosocjalnej nad migrantami może być zagwarantowana tylko wtedy, gdy placówki opracują wiążące działania na rzecz otwarcia międzykulturowego i przydzielą te działania również personelowi (urzędnikom ds. migracji). Wpływ aspektów specyficznych dla kultury i migracji na etiologię, pa-

**210 - Rozdział 5** - Interfejsy w opiece psychiatrycznej dla osób z ciężkimi

chorobami psychicznym

thoplastyka i nasilenie zaburzeń psychicznych jest na ogół bezdyskusyjne [740]. Udane przykłady dobrych praktyk w Niemczech zostały opublikowane, ale nie zostały jeszcze wystarczająco ocenione [673; 673].

**5.2** **Terapie psychospołeczne dla dzieci i młodzieży**

**5.2.1 Wprowadzenie**

**Dzieci i młodzież jako pacjenci w ich społecznym kontekście - uzasadnienie**

**podejścia psychospołeczne**

**Włączenie rodziców i rodzin w** leczenie dzieci i młodzieży jest zazwyczaj konieczne i zostało w dużej mierze włączone do strategii leczenia. Aktualne wytyczne AWMF w zakresie psychiatrii i psychoterapii dzieci i młodzieży [741], z których większość nadal znajduje się na poziomie S1, w różnym stopniu odnoszą się do metod włączających rodzinę - na przykład są one oceniane na poziomie 1 dla zaburzeń związanych z substancjami. Wytyczne S2 dotyczące zaburzeń osobowości

1. w odniesieniu do dzieci i młodzieży stwierdza: "Należy podkreślić formy interwencji w przypadku granicznych zaburzeń osobowości, które dotyczą zarówno pacjentów, jak i ich środowiska rodzinnego" w odniesieniu do Timmons-Mitchell i współpracowników (2006).

W psychiatrii niemowląt i małych dzieci metody leczenia psychospołecznego skierowane do rodziców są oczywiście środkiem z wyboru; przegląd sytuacji w Niemczech prezentują Hebebrand i von Klitzing (2009) [743].

Naukowy Komitet Doradczy ds. Psychoterapii (2009) [744] uznał **terapię systemową** za procedurę opartą na dowodach. Po przejrzeniu 84 publikacji dotyczących łącznie 55 badań i 2 metaanaliz z zakresu psychoterapii dziecięcej i młodzieżowej, terapii rodzinnej lub systemowej uważa się za wskazane i oparte   
  
  
na dowodach dla zaburzeń afektywnych, zaburzeń odżywiania i innych zaburzeń zachowania z zaburzeniami fizycznymi, dla zaburzeń zachowania z zaburzeniami fizycznymi oraz dla zaburzeń zachowania z zaburzeniami fizycznymi.

początek w dzieciństwie i okresie dojrzewania (zwłaszcza zaburzenia zachowania społecznego) oraz zaburzenia związane z substancjami. W tym miejscu nale y zauwa yć, e w szczególności terapia wielosystemowa (MST) ma dobre podstawy dowodowe, w tym długoterminowe efekty, które nie ograniczają się do interwencji w rodzinie, ale obejmują szersze środowisko ycia dzieci (szkoła, sąsiedztwo, rówieśnicy) lub starają się wpływać na nią poprzez interwencje. Dostępne są dwa przeglądy Cochrane'a [745; 746], które przy ostrożnej ocenie ze względu na niejednorodność danych zaświadczają, że MST jest co najmniej tak samo skuteczny jak inne interwencje dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza tych z zaburzeniami zachowania społecznego, oraz że nadaje się do skrócenia czasu spędzanego w placówkach (zarówno w szpitalach, jak i w systemie karnym), tzn. do zaoszczędzenia kosztów dla całego społeczeństwa, bez wykazywania żadnych szkodliwych skutków. Ponieważ terapie systemowe są ustanowione jako procedury psycho-terapeutyczne, a nie jako psychochosocjalna forma terapii, zgodnie z procedurą niniejszej wytycznej S3, istniejące dowody dotyczące terapii rodzinnej nie są już omawiane oddzielnie w tym rozdziale.

Podczas gdy **głównym wskazaniem do** leczenia psychospołecznego u dorosłych jest psychozy, a tutaj głównie psychozy o charakterze schizofrenicznym, sytuacja jest wyraźnie inna u dzieci i młodzieży. Młodzież z zaburzeniami zachowań społeczno-behawioralnymi (często połączonymi z zaburzeniami nadpobudliwości psychoruchowej) stanowi tu liczbowo grupę o największej potrzebie interwencji psychospołecznej i od wielu lat cieszy się dużym zainteresowaniem badawczym, tak więc sytuację badawczą można tu określić jako zadowalającą (np. [747]), choć tylko kilka badań dowodzi skuteczności tej interwencji w sposób rzetelny naukowo. W późniejszych podrozdziałach omówiona zostanie zatem specyfika zaburzeń tylko w przypadku, gdy badania na to wskażą. Podobnie jak w przypadku dorosłych, uzależnieni lub zagrożeni uzależnieniem nastolatkowie również mają liczne potrzeby interwencyjne we wszystkich obszarach uczestnictwa.

Metody leczenia psychospołecznego, które wykraczają poza rodzinę, są zawarte w wytycznych S1.

**5.2** - Terapie psychospołeczne dla dzieci i młodzieży

O badaniach nad podejściami psychospołecznymi wspomina się sporadycznie w DGKJP (2007) [741], ale głównie bez oceny dostępnych dowodów. Tak więc w przypadku dzieci i młodzieży chodzi bardziej o "podejście psychospołeczne" niż o procedury - o nakreślenie krajobrazu badawczego i sytuacji opieki nad dziećmi i młodzieżą w psychiatrii/psychoterapii na ten temat.

**Pomoc na rzecz uczestnictwa dzieci i młodzieży w Niemczech**

**Sytuacja prawna w zakresie dostępu do pomocy psychospołecznej** jest skomplikowana dla dzieci i młodzieży. Większość wytycznych S1 AWMF dotyczących psychiatrii i psychoterapii dzieci i młodzieży posiada podrozdział "Pomoc dla młodzieży i działania rehabilitacyjne", tzn. odnoszą się do pomocy dla młodzieży, a tym samym do odpowiedzialności gmin za integrację młodzieży chorej psychicznie. W przypadku dzieci i nieletnich chorych psychicznie, które są jednocześnie w sposób oczywisty upośledzone umysłowo lub przynajmniej zagrożone upośledzeniem umysłowym (tzn. nie są w stanie uczestniczyć lub przyczyniać się do działalności społecznej w sposób odpowiadający ich wiekowi), istnieje ustawowe prawo do pomocy indywidualnej w zakresie uczestnictwa w opiece ambulatoryjnej, dziennej i stacjonarnej (art. 35 a księgi VIII kodeksu społecznego). Szacuje się, że 14-20% pacjentów psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej wymaga w pełni hospitalizowanego środka pomocy społecznej dla młodzieży po wypisie (przegląd w [748]). W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji zaleca się zapoznanie się z oświadczeniem Komisji Stowarzyszeń Psychiatrycznych Dzieci i Młodzieży w sprawie przewodnika integracyjnego [749].. Istnieją badania efektywności związane z dobrostanem **młodzieży. Reprezentatywne są tu** dwa badania: Badanie Efektów Opieki Społecznej nad Młodzieżą [750], które zostało przeprowadzone z pomocą psychiatrów młodzieżowych, oraz trwające badanie EVAS [751], w ramach którego przeprowadzono również badania kata-mnestyczne i analizy szeregów czasowych. Wszystkie badania nie koncentrują się jednak na wynikach dotyczących dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w wąskim tego słowa znaczeniu, które są jednak nadreprezentowane wśród dzieci i młodzieży przebywających w stacjonarnej opiece nad młodzieżą, z doświadczeniem psychiatrycznym lub bez takiego doświadczenia [752].

W obszarze ambulatoryjnym istnieje możliwość leczenia medycznego, wieloprofesjonalnego w ramach **"Umowy o psychiatrii społecznej"** z psychiatrami   
dzieci i młodzieży oraz innymi psychiatrami dzieci i młodzieży posiadającymi kwalifikacje psychiatryczne (umowa zgodnie z § 85 ust. 2 zdanie 4 i § 43a SGB V), która obowiązuje od 2009 roku. Ponadto, ambulatoryjna terapia zajęciowa może być prowadzona zgodnie z dyrektywą w sprawie produktów leczniczych.

Z punktu widzenia psychiatrii dorosłych, **granice wieku pomiędzy systemami są** powracającym tematem. Podczas gdy odpowiedzialność za pełne leczenie kliniczne w warunkach szpitalnych z reguły kończy się po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia i ukończeniu tylko rozpoczętych terapii (z wyjątkiem pacjentów ze znacznymi opóźnieniami w dojrzewaniu), ambulatoryjne leczenie psychiatryczne młodzieży, np. społeczne leczenie psychiatryczne, może być prowadzone do 21 roku życia, a środek pomocy społecznej dla młodzieży zgodnie z VIII Księgą Kodeksu Społecznego jako "pomoc dla młodych dorosłych" może być prowadzony do 25 roku życia. W wielu miejscach istnieje duża potrzeba poprawy w zakresie projektowania przejść od dorastania do usług wsparcia psychospołecznego dla dorosłych. Obecnie testowane są koncepcje planowania pomocy ambulatoryjnej jako model tych przejść i prowadzone są interdyscyplinarne "oddziały dorastania" w sektorze pacjentów szpitalnych. .Drogi dostępu i **kontekst rehabilitacji medycznej** dzieci i młodzieży w Niemczech są opisane w wytycznej "Rehabilitacja psychospołeczna" Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Psychosomatyki i Psychoterapii, obowiązującej do końca 2011 roku [741]. Wytyczna objaśnia diagnozę według ICF oraz zajmuje się prawnymi przesłankami i procedurami składania wniosków o rehabilitację medyczną w ramach SGB IX. Nie zbadano podstawy dowodowej procedur rehabilitacyjnych. Problemy z ustaleniem wskazań, kiedy kryteria ICF nie zostały jeszcze zweryfikowane pod kątem dzieci i młodzieży, a także problemy związane z odpowiedzialnością zostały szczegółowo opisane w 13. raporcie rządu federalnego na temat dzieci i młodzieży. Zamiast terminu "rehabilitacja", termin "habilitacja" został zaproponowany przez wybitnych psychiatrów dziecięcych i młodzieżowych,

1. **Rozdział 5** - Interfejsy w opiece psychiatrycznej dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi

jako dzieci i młodzież zajmują się swoją początkową integracją ze społeczeństwem, aby pewnego dnia stać się autonomicznymi, pełnoprawnymi dorosłymi w zakresie edukacji, mieszkalnictwa, relacji rodzinnych i pracy.

**Integracja** chorych psychicznie młodych ludzi w **świecie pracy jest w** Niemczech zaniedbaną dziedziną, w której brak jest danych. Obecnie istnieją projekty modelowe z udziałem agencji zatrudnienia w zakresie

 Planowanie pomocy dla młodych ludzi w przechodzeniu do życia zawodowego. Jednoczesne finansowanie działań rehabilitacyjnych systemu opieki zdrowotnej zgodnie z SGB V i świadczeń agencji zatrudnienia nie było dotychczas możliwe.

Sytuacja w zakresie danych jest również bardzo niezadowalająca w odniesieniu do integracji **szkolnej,** zwłaszcza że strategie integracji różnią się znacznie w ramach poszczególnych struktur federalnych i nie wszystkie kraje związkowe posiadają szkoły dla chorych. W związku z wymogami integracyjnymi Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych komisja ad hoc Stałej Konferencji Ministrów Edukacji i Kultury bada obecnie możliwe modele różnych rodzajów niepełnosprawności.

**5.2.2** **Praktyki oparte na dowodach w terapiach psychospołecznych dla dzieci i młodzieży**

**Szkolenie w zakresie umiejętności społecznych**

Wiele badań wskazuje na ścisły związek między niskimi kompetencjami społecznymi a zaburzeniami psychicznymi u dzieci i młodzieży (przegląd w [754]). Udowodniono wpływ kompetencji społecznych na akceptację rówieśników oraz na zapobieganie zaburzeniom depresyjnym. W zaburzeniach autystycznych, fobii społecznej, zaburzeniach zachowań społecznych i zaburzeniach hiperkinetycznych, obniżona kompetencja społeczna lub zniekształcone postrzeganie kompetencji społecznych, w porównaniu z wiekiem, jest częścią diagnozy w różnych formach. W związku z tym opracowano różne programy, które skupiają się na konkretnych zaburzeniach.

Melfsen i współpracownicy (2006) zalecają, w związku z fobią społeczną, aby przed rozpoczęciem szkolenia

kompetencji społecznych i wyrównywania deficytów przed ćwiczeniami konfrontacji terapii behawioralnej [755]. TISS został zatwierdzony jako narzędzie diagnostyczne dla dzieci i młodzieży z problemami behawioralnymi [754]. Interwencje oparte na dowodach obejmują SET-C (Social Effectiveness   
  
Therapy for Children) dla dzieci z fobią społeczną ze \

składową rówieśniczą [756], trening kontroli gniewu [757], trening umiejętności rozwiązywania problemów [758] i program zapobiegania przestępczości [759], a także inne podobne szkolenia umiejętności społecznych. Większość z tych interwencji zapożyczona jest z technik poznawczo-behawioralnych, a niektóre pochodzą z procedur dla dorosłych opisanych w rozdziale poświęconym szkoleniu umiejętności społecznych. Van Manen i jego współpracownicy (2004) opisują zwiększoną skuteczność programów umiejętności społecznych dla dzieci agresywnych z dodatkowym programem interwencji społeczno-poznawczych [760], choć rozmiary efektów tych programów są na ogół niewielkie.

**Interwencje rodzicielskie, programy rodzicielskie i psychoedukacja**

Według przeglądu przeprowadzonego przez Mc Clellana i Werry'ego (2003) [761], różne **programy szkoleniowe dla rodziców, w** większości oparte na metodach behawioralnych, mogą być uznane za **skuteczne**, **szczególnie dla młodszych dzieci.** Prowadzenie rodziców w operacyjnym wzmacnianiu zmian w zachowaniu dzieci okazało się lepsze lub co najmniej równoważne z różnymi standardowymi metodami leczenia, takimi jak psychodynamiczna terapia dziecięca lub terapia skoncentrowana na kliencie, albo lepsze niż brak terapii. Udowodniono to zarówno w przypadku zaburzeń zachowań społecznych (wówczas również w połączeniu ze wzmocnieniem edukacyjnie pozytywnych postaw rodzicielskich, przegląd w [762]), jak i zaburzeń lękowych, a także istnieją bardzo pozytywne wskazania do zaburzeń autystycznych (przegląd w [763]). W przypadku zaburzeń koncentracji uwagi szkolenie rodziców, ale także szkolne interwencje poznawczo-behawioralne są uznawane za empirycznie potwierdzone [764; 765].

Prawie wszystkie kursy szkoleniowe dla rodziców obejmują również psychoedukację specyficzną dla zaburzeń.

**5.2** - Terapie psychospołeczne dla dzieci i młodzieży

[W badaniach indywidualnych był on również stosowany poza pierwszymi psychozami. Wykazano, że procedura ta jest skuteczna również w przypadku anorexia nervosa, na przykład w postaci terapii grupowej rodziców [766].

**Leczenie w domu**

Poza wspomnianą wyżej terapią wielosystemową grupy Henggelera, w Niemczech i Europie opracowano **metody leczenia domowego, w szczególności dla dzieci z zaburzeniami zachowania społecznego** (zaburzeniem o dużej skłonności do przewlekłości i wysokich kosztach społecznych), które oceniono jako równie skuteczne jak leczenie szpitalne i dzienne [767-769] z sukcesem katamnestycznym po roku.

1. Ta ostatnia interwencja była mniej intensywna niż ta w grupie badawczej Henggelera i została przeprowadzona przez nadzorowany personel pielęgniarski. W Niemczech badanie INCANT (europejskie wieloośrodkowe badanie dla nastolatków uzależnionych od narkotyków i zagrożonych) testuje obecnie możliwość przeniesienia podejścia MDFT Liddle'a w warunkach domowych [770], po tym jak badanie pilotażowe przyniosło obiecujące wyniki [771].

**Połączone podejścia**

Jeden z najwcześniejszych dowodów na **skuteczność**

**Połączone podejście oparte na rodzicach i dzieciach** pochodzi z Kazdina i współpracowników [772], następnie Pfiffner i Pfiffner oraz McBur-nett (1997) [773], którzy wykazali poprawę efektu poprzez zaangażowanie rodziców. Garland i współpracownicy (2008) skorzystali z procedury Delphi, aby znaleźć

**wspólne elementy opartych na dowodach naukowych interwencji psychospołecznych w zakresie zaburzeń społeczno-behawioralnych.**

Podstawę dowodową dla tych podejść wykazano w wielu przeglądach [774]. Wszystkie podejścia charakteryzowały się interwencjami z udziałem rodziców i/lub szkoleniem umiejętności społecznych zorientowanym na dziecko. Kombinacje obu były szczególnie skuteczne pod względem skutecznego wyznaczania granic, szkolenia w zakresie rozwiązywania problemów/samozbrojenia, psychoedukacji, przenoszenia zadań do środowiska domowego, odgrywania ról i zadań behawioralnych, \

modeli zachowania, rozprowadzania materiałów do samokształcenia i kontroli docelowych.

Włączenie **interwencji w szkołach** obiecuje znaczny wzrost efektywności dla dzieci i młodzieży. Program RECAP (Reaching Educators, Children and Parents [775]) jest przykładem ocenianego programu. Program, wywodzący się z ocenianych procedur, łączy w sobie interwencje poszczególnych grup oraz klas, nauczycieli i rodziców w okresie 9 miesięcy i wykazał dobry wpływ zarówno na zaburzenia eksternalizacyjne, jak i internalizacyjne w porównaniu z brakiem interwencji.

W celu poprawy uogólnienia programów szkolenia kompetencji społecznych i szkolenia rodziców, a także w celu profilaktyki rozprzestrzeniania się agresywności, opracowano program FAST (Families and Schools Together) dla dzieci z problemami zachowań społecznych już w wieku przedszkolnym.

1. Uzupełnia ona interwencje rodziców i dzieci o ćwiczenia dla rówieśników w klasie oraz dodatkowe, zindywidualizowane zarządzanie przypadkami. Po początkowo wyraźnych, ale niewielkich rozmiarach efektów [762], kompleksowy program pokazuje teraz wyraźne efekty w ciągu jednego roku [776].

Dla dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi Pfiffner i in. (2007) opracowali procedurę zintegrowaną z kształceniem o trwałych pozytywnych efektach [777]. W Niemczech założenie wspieranej przez rząd federalny "Centralnej Sieci ADHD" oraz zawarcie umów o świadczenie opieki zintegrowanej w zakresie zaburzeń zgodnie z § 140a i nast. Niemieckiego Kodeksu Socjalnego, Księga V (SGB V) stworzyły odpowiednią podstawę dla szerokiego, skoordynowanego i interdyscyplinarnego stosowania procedur opartych na dowodach [753].

Wytyczne amerykańskiego stowarzyszenia zawodowego AACAP [778] zalecają stosowanie procedur opartych na dowodach w kontekście przedszkolnym, szkolnym lub sądowym, wzywają do zintegrowanych i dobrze skoordynowanych interwencji na wszystkich poziomach systemowych danej społeczności jako standardu opartego na dowodach, a jednocześnie wskazują na potrzebę ciągłości leczenia przy zmianie systemów. Takie zintegrowane podejście jest jeszcze w powijakach w Niemczech. Inicjatywy lokalne są liczne, ale publikacje na temat efektów nie są jeszcze dostępne.

1. **Rozdział 5** - Interfejsy w opiece psychiatrycznej dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi

Niewiele jest badań na temat kombinacji różnych interwencji psychospołecznych z Niemiec. Niemieckie badanie na temat dzieci można uznać za orientacyjne, w którym porównano terapię poznawczo-behawioralną z treningiem umiejętności społecznych (Training mit aggressiven Kin-dern autorstwa Petermanna i Petermanna 2008, TAK) w połączeniu ze środkiem wsparcia dla młodzieży (grupa terapeutyczna, pomoc ambulatoryjna lub stacjonarna) z samym TAK i stwierdzono nieznaczne ogólne skutki.

dla kombinacji [779]. Besier i in. (2009) ocenili pozytywne efekty poradnictwa psychiatrycznego dla młodzieży w placówkach lecznictwa zamkniętego, połączonego z ofertą psychoedukacyjną dla edukatorów, np. w odniesieniu do zmniejszonego wykorzystania stacjonarnych interwencji kryzysowych [752]. W Niemczech ustanowiono również oceniane procedury dotyczące szkół dla dzieci z zaburzeniami nadpobudliwości psychoruchowej (patrz wyżej). W przypadku innych zaburzeń procedury łączone nie są jeszcze znane z Niemiec, z wyjątkiem badań pilotażowych (w przypadku dzieci autystycznych patrz [780]).

**5.2.3** **Podsumowanie**

Szczególną cechą leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży jest to, że bezpośrednie otoczenie dziecka musi być zaangażowane od samego początku, bardziej niż u dorosłych. Ponadto szczególne cechy dzieci i młodzieży dorastającej w różnym wieku i na różnych etapach rozwoju wymagają specjalnych procedur i interwencji. Leczenie i rehabilitacja dzieci i młodzieży odbywa się w sposób multimodalny, dlatego też istotną rolę odgrywają również podejścia i interwencje psychochosocjalne. Wśród przedstawionych tu metod terapii psychospołecznych, opartych na dowodach naukowych, można wymienić różne programy szkoleniowe w zakresie umiejętności społecznych z cięciem specyficznym dla danego zaburzenia, w ścisłej zgodności z technikami poznawczo-behawioralnymi rozpowszechnionymi w dziedzinie terapii osób dorosłych. Programy szkoleń dla rodziców są uważane za szczególnie skuteczne w przypadku młodszych dzieci.

Podejście psychoedukacyjne odgrywa tu nie bez znaczenia. Różne interwencje w warunkach domowych, jak np. leczenie domowe, były i są oceniane w Niemczech również w odniesieniu do zaburzeń opisanych. Poprzednie badania sugerują łączone interwencje, które są skierowane do rodziców i dzieci oraz młodzieży, a także uwzględniają i wpływają na warunki nierodzinne (np. interwencje w środowisku szkolnym).

**5.3** **Terapie psychospołeczne w starszym wieku**

**5.3.1** **Wprowadzenie**

Demencja i depresja są najczęstszymi chorobami psychicznymi w podeszłym wieku. Do chwili obecnej istnieje tylko kilka randomizowanych, kontrolowanych badań na temat osób starszych z tymi chorobami, które badają, czy interwencje w środowisku społecznym lub zmiany w interakcji pacjentów z ich otoczeniem mogą mieć terapeutyczny wpływ na objawy i przebieg choroby.

Projekty badań są skomplikowane ze względu na fakt, że w demencji, ale także w depresji w starszym wieku, należy spodziewać się bardzo różnych profili upośledzenia poznawczego i afektywnego, współwystępowania somatycznego (np. pogorszenia percepcji sensorycznej, bólu, upośledzenia stanu ogólnego), a także szczególnych cech środowiska życia (otoczenie domu, wspólnota mieszkaniowa, zakład opieki stacjonarnej). Ponadto istnieje potrzeba opracowania instrumentów, które dokładniej odzwierciedlałyby sukces interwencji niefarmakologicznych. W kontekście podeszłego wieku, demencji i depresji, poszerzenie światów doświadczeń i wyników osiągniętych dzięki interwencji socjoterapeutycznej może być cenną pomocą zgodnie z dobrą praktyką kliniczną.

Porozumienie *American Geriatrics Society i American Association for Geriatric Psychiatry [781]* ustanowiło cele dla strategii interwencyjnych w zakresie depresji u osób starszych oraz

 **5.3** Terapie **psychospołeczne** w starszym wieku\

Zaburzenia behawioralne w demencji dla pacjentów w domach opieki. Pacjentom należy zaoferować zindywidualizowane zajęcia, które są dla nich istotne i wykonywane w sposób niezależny; należy promować interakcje społeczne, a ciągłość autobiografii powinna być zachowana w miarę możliwości poprzez powiązanie z praktykowanymi i sprawdzonymi rolami (praca biograficzna). Podejście to należy rozszerzyć o cele polegające na pozytywnym wpływie na jakość życia pacjentów i opiekunów oraz na pomocy w zminimalizowaniu obciążeń dla opiekunów. Poszczególne elementy terapii zawarte w socjoterapii demencji można podzielić na ćwiczenia poznawcze i procedury zorientowane na aktywność, procedury zorientowane na emocje (terapia walidacyjna i terapia wspomnień) oraz szkolenia rodzinne [782], które są również łączone w obecnych podejściach interwencyjnych. Długofalowe korzyści wynikające z różnych strategii leczenia nie zostały jeszcze wystarczająco udowodnione, co doprowadziło do wezwania do bardziej randomizowanych badań klinicznych [782]. Trudności te zostały również uwzględnione przy opracowywaniu europejskich kryteriów dowodowych dla interwencji psychospołecznych [783].

Dane empiryczne dotyczące stosowania w środowisku domowym strategii leczenia społeczno-terapeutycznego szczególnie w przypadku starszych pacjentów z depresją są niezadowalające, a ich poprawa jest pilnie potrzebna. W porównaniu do niniejszych badań sformułowano zatem jedynie zalecenia dotyczące interwencji psychoterapeutycznych, w szczególności metod terapii poznawczo-behawioralnej, natomiast interwencje socjoterapeutyczne, takie jak terapia zajęciowa czy aktywizacja fizyczna, nie są zalecane jako terapie podstawowe [784;785].

**5.3.2** **Dowody na terapie psychospołeczne w opiece nad chorymi na demencję**

**Zadaniem terapeuty** w leczeniu demencji jest pełne szacunku i empatii badanie roli społecznej pacjenta.

i szukać działań odpowiadających ich obecnym zasobom oraz szkolić je poprzez bezbłędne uczenie się [786]. Ma to na celu podniesienie jakości ich życia, wzmocnienie ich wizerunku oraz wsparcie i odciążenie opiekunów [786].

Zgodnie z dobrą praktyką kliniczną, **ukierunkowane zaangażowanie opiekunów** w proces terapeutyczny jest istotnym filarem terapii i kluczowym czynnikiem stabilizującym sukces terapeutyczny. Ich szkolenie w zakresie strategii zorientowanych na klienta i multimodalnych (np. promujących niezależność lub ograniczających zachowania stanowiące wyzwanie) jest coraz częściej postrzegane jako interwencja terapeutyczna o własnej wartości [787;788]. Jednak samo **podejście** czysto **psychoedukacyjne nie jest** wystarczające w leczeniu [789]. Analiza oparta na ograniczonych dostępnych danych sugeruje, że konieczne jest połączenie z interwencjami behawioralnymi [790]. Konieczne jest zadawanie pytań o etyczną adekwatność i dopuszczalność interwencji niefarmakologicznych ze strony chorych [791].

**Termin "szkolenie" ma** szczególne znaczenie w przypadku demencji: osoby cierpiące na demencję mogą również szkolić się z powodzeniem, ale szkolenie powinno odbywać się w życiu codziennym i być ukierunkowane na potrzeby i potrzeby jednostki w życiu codziennym. O ile wpływ procedur stymulacji poznawczej na parametry behawioralne można jeszcze wykazać po kilku miesiącach [792; 793; 794], o tyle treningu poznawczego w węższym znaczeniu należy zaniechać w miarę postępu procesu demencji [795].

Podejścia terapeutyczne mające na celu **modyfikację zachowań** pacjentów z demencją często składają się z elementów kilku metod terapii. Dotychczasowe badania nie dostarczyły wystarczających dowodów skuteczności poza węższym okresem terapii [796]. W metaanalizie przeprowadzonej przez Livingston i wsp. 2005, podobnie jak w przypadku innych procedur dotyczących demencji, krytycznie stwierdza się, że ważność jest ograniczona ze względu na jakość kontrolowanych badań i dużą liczbę indywidualnych przypadków [794]. Większość z nich



**216 - Rozdział 5** - Interfejsy w opiece psychiatrycznej dla osób z ciężkimi chorobami psychicznym

Najwięcej doświadczenia zdobyto w technice **operowego uczenia się**. Do podstawowych celów należy redukcja widocznych zachowań (np. agresji, płaczu) oraz osiągnięcie większej samodzielności w codziennych czynnościach (np. kąpieli lub ubieraniu się). Po wstępnym profesjonalnym doradztwie, interwencje te mogą być również realizowane przez przeszkolonych członków rodziny lub profesjonalny personel pielęgniarski w domu.

* W **rzeczywistości terapia orientacyjna** (ROT) ma na celu poprawę zdolności chorych na demencję do orientacji poprzez stałe powtarzanie informacji (np. o sobie, miejscu i godzinie) (poziom dowodowy IIb, stopień zalecenia C zgodnie z wytyczną S3 dotyczącą demencji, [10]). Terapia odbywa się albo w grupach szkolnych przypominających klasę, albo zindywidualizowanych. W życiu codziennym można przeprowadzać różne interwencje zorientowane na rzeczywistość, począwszy od indywidualnej orientacji biograficznej, a skończywszy na treningu cech sensorycznych. Do tej pory nie ma prawie żadnych badań kontrolowanych w sposób randomizowany [797-799]. W badaniu kontrolowanym w sposób randomizowany, łączącym **elementy kilku metod, wykazano, że** program szkolenia w zakresie **czynności życia codziennego, metod relaksacyjnych i aktywizacji** poprzez ukierunkowane zajęcia rekreacyjne w warunkach domowych, prowadzony przez przeszkolonych opiekunów **i** dostosowany do konkretnego chorego, doprowadził do znacznego zmniejszenia widoczności zachowań i znacznego zmniejszenia obciążenia opiekunów w okresie 4 miesięcy [800-802]. Pierwsze randomizowane, kontrolowane badanie wpływu zindywidualizowanej i szeroko zakrojonej **terapii zajęciowej w** warunkach domowych w ciągu 5 tygodni wykazało również, że umiejętności codziennego życia chorych na demencję wzrosły, zmniejszyło się obciążenie członków rodziny, poprawiła się jakość życia i samopoczucie opiekunów [792; 793].

W **terapii reminiscencyjnej** osoby cierpiące na demencję zachęca się do pamiętania i mówienia o przeszłości, również za pomocą pomocy pomocy pamięciowych, takich jak przedmioty, muzyka i zdjęcia. Może odbywać się w grupach, natomiast terapia przypominająca może być stosowana w   
  
warunkach grupowych. praca nad własną biografią  
odbywa się w ramach poszczególnych sesji. Pacjent jest zachęcany i wspierany, aby ustalić chronologię swoich wspomnień. Metaanaliza 4 bardzo niejednorodnych badań wykazała wpływ na nastrój i poznanie podczas obserwacji [803]. W wytycznej S3 dotyczącej demencji wspomina się o terapii reminiscencyjnej z użyciem RED i zaleca się ją jako sprawdzoną metodę poznawczą (poziom dowodowy IIb, stopień zalecenia C) [10].

**Walidacja** jest połączeniem zasad postępowania z elementami terapii reminiscencyjnej. Nie ma naukowego dowodu na skuteczność [794]. W wytycznej S3 dotyczącej demencji sformułowano ogólne stwierdzenie, że walidacja zachowań i opieki nad pamięcią może być wykorzystywana do zapobiegania i leczenia objawów psychologicznych i behawioralnych.

Podstawowym założeniem **Symulowanej Terapii Obecności** (SPT), opracowanej z myślą o mieszkańcach domów opieki cierpiących na demencję, jest to, że bliski krewny jest czynnikiem stabilizującym do czasu przyjęcia pacjenta do domu i dlatego jego obecność może być bardzo pomocna dla pacjenta, gdy wprowadza się on do domu. Dlatego też SPT stara się stworzyć sytuację, w której osoba z demencją może doświadczyć krewnego w stanie obecnym. W tym celu za pomocą indywidualnej płyty CD inscenizuje się telefoniczny "dialog", w którym krewny mówi swoją część "dialogu", ale część pacjenta pozostaje wolna. Daje to pacjentowi możliwość aktywnej reakcji w tych lukach. Dialog ten dotyczy pozytywnych wspomnień autobiograficznych z pracy, rodziny czy młodzieży. Celem jest zapewnienie pacjentowi wyższej jakości życia dzięki znajomej osobie i pamięci o pozytywnych doświadczeniach. Skuteczność SPT nie została jeszcze wykazana w badaniach kontrolowanych [794].

**Terapia samopomocowa** (SET) jest bardziej specyficzna diagnostycznie niż dotychczasowe metody i zorientowana jest na profil deficytowy pacjentów z demencją typu Alzheimera. Może być rozumiany jako procedura szkolenia neuropsychologicznego mającego na celu zachowanie tożsamości osobistej [804]. Terapia koncentruje się na

**5.3** Terapie **psychospołeczne** w starszym wieku

koncentruje się na zmianach w sobie związanych z chorobą i uwzględnia postępujący charakter procesu chorobowego. System SET jest wyraźnie powiązany z indywidualnymi kompetencjami o mniejszym stopniu upośledzenia i w związku z tym ma na celu ułatwienie poczucia osiągnięć. Randomizowane badania kontrolowane nad SET nie są jeszcze dostępne.

Wraz ze wzrostem stopnia nasilenia choroby coraz częściej stosuje się **integracyjne koncepcje terapii społecznej w** leczeniu pacjentów z demencją, które wykorzystują metody terapii środowiskowej i behawioralnej. **Terapia środowiskowa** obejmuje zmianę całego środowiska życia w kierunku zwiększonej stymulacji i promocji ewentualnych uśpionych zdolności. W przypadku osób cierpiących na demencję, lepszą "czytelność" otoczenia, a tym samym wyższy stopień autonomii, można osiągnąć poprzez ukierunkowane dostosowanie otoczenia do zaburzeń pamięci i orientacji. W przypadku **stymulacji wielozmysłowej**, zwanej "Snoezelen" jako metoda terapeutyczna, ukierunkowana pomoc w przetwarzaniu wrażeń zmysłowych (dotykowych, przedsionkowych, proprioceptywnych, wizualnych, akustycznych, zapachowych) ma być przekazywana w luźnej atmosferze. W małym, randomizowanym badaniu kontrolowanym u mieszkańców domów opieki z wyraźniejszą de-mence można wykazać istotny wpływ Snoezelen na aktywność życiową i minimalizację apatii i pobudzenia [805; 806]. Dla tej metody, jak i dla **aromaterapii** baza dowodowa jest wciąż niewielka [807; 808: 809]. Celem wspólnym dla wszystkich jest poprawa jakości życia i zwiększenie interakcji społecznych. Poziomem zalecanym w wytycznej S3 dotyczącej demencji dla tych procedur jest C, poziomy dowodowe podane są jako IIb i Ib [10]. W leczeniu objawów depresyjnych u pacjentów z demencją, **edukacja...**

Stosowanie leczenia demencji **i programów wsparcia przez opiekunów i opiekunów jest** skuteczne i powinno być stosowane (stwierdzenie zawarte w wytycznej S3 dotyczącej demencji [10]).

**Muzykoterapia** [810] jest jedną z interwencji, które świadomie i konkretnie odnoszą się do emocjonalności i kreatywności chorych na demencję. W przypadku muzykoterapii, która w swoim aktywnym wariancie zachęca do udziału pacjentów z demencją Leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi za pomocą instrumentu, \

własnego głosu pacjenta lub, jako modyfikacja recepcyjna, poprzez słuchanie indywidualnie dobranej muzyki ze znaczeniem, co jest związane ze starymi skłonnościami pacjenta, przyniosło efekty w badaniach, w tym w pierwszych randomizowanych badaniach kontrolowanych [811; 812; 813] (klasa zalecenia C, odpowiednio poziom IIa i III, [10]). Obejmują one minimalizację wzburzenia i agresywnych zachowań [814; 815] oraz poprawę percepcji międzyludzkiej [812]. W badaniu Ballarda muzyka osobista została wdrożona w kompleksowym programie zawodowym dla pacjenta, w którym pielęgniarki pracowały również z elementami szkolenia w zakresie codziennych czynności i interakcji społecznych.

1. Nierzadko zdarza się, że muzyka redukuje w ten sposób impuls akustyczny, aby pojawić się w inny sposób. U pacjentów z zaburzeniami mowy śpiew zachęca do powszechnego korzystania z mowy. Jeśli chodzi o skuteczność terapii sztuką, brak jest danych wystarczających do oceny.

W przypadku zwiększonego niepokoju wieczorem i zaburzeń snu można zastosować **terapię światłem** (3.000-6.000 luksów przez 30 minut rano), aby zrestrukturyzować rytm dzienny w pierwszej połowie dnia oprócz wyraźnej **struktury dziennej z** aktywnością społeczną i ruchową [817; 818]. Jednak wytyczne S3 dotyczące demencji nie widzą wystarczającego efektu terapeutycznego terapii światłem (brak zalecenia, poziom Ib, [10]).

Do tej pory **wpływ regularnej aktywności fizycznej** u osób już cierpiących na demencję był badany tylko w kilku badaniach [819]. Wykazano na przykład, że trening ruchowy stabilizuje aktywność w życiu codziennym [820] i może pozytywnie wpływać na sprawność fizyczną, umiejętności życia codziennego, poznanie i zachowanie [821]. W wytycznej S3 dotyczącej demencji stwierdza się, że istnieją dowody na to, że aktywacja fizyczna przyczynia się do utrzymania codziennych funkcji, mobilności i równowagi. Jego użycie może być oferowane, ale nie ma wystarczających dowodów na konkretne procedury aktywacji fizycznej [10]. Należy jednak zauważyć, że w grupie wiekowej pacjentów z demencją sukces tych działań

Zastosowanie tej metody może być również uzależnione od stanu serca, a tym samym ogólnej zdolności uczestników do aktywacji [822]. Jest on również ograniczony przez stan układu mięśniowo-szkieletowego uczestników. Podczas testowania 3 różnych interwencji (trening psychomotoryczny, trening pamięci i trening umiejętności) - indywidualnie lub w połączeniu - najbardziej wyrazisty efekt widoczny był w połączeniu z treningiem pamięci i psychomotorycznym, natomiast podczas ćwiczeń fizycznych z odpowiadających im poszczególnych funkcji nie przyniosły zadowalającego efektu [823]. Specyficzny trening fizyczny u chorych na demencję może również zwiększyć zdolność do dzielenia uwagi, a tym samym zminimalizować ryzyko upadku demencji [824; 825]. W przypadku pobudzenia psycho-motorycznego, np. tzw. "zachowania wędrownego" u chorych na demencję przebywających w domach opieki, badania wskazują, że chodzenie może zmniejszyć nie tylko pobudzenie, ale i objawy depresyjne [826;827]. Brakuje jak dotąd badań nad skutecznym wpływem psychospołecznym "zachowań chodzenia" w środowisku domowym [796]. W przeglądzie wymieniono 10 badań dotyczących różnych podejść do leczenia zwiększonej potrzeby przemieszczania się [791], przy czym metodologicznie słabe dowody na efekt celowego stosowania aktywności fizycznej i wielozmysłowej stymulacji są oczywiste.

można wykorzystać szkolenie opiekunów i stymulację poznawczą. Ponadto można stosować metody wielozmysłowe lub procedury muzykoterapii. Regularne ćwiczenia fizyczne mogą być również elementem leczenia. Cele interwencji obejmują wzmocnienie indywidualnej roli społecznej pacjenta zgodnie z jego zasobami, zachowanie codziennych zdolności, minimalizację zaburzeń zachowania, wzrost jakości życia, a także satysfakcji życiowej opiekunów. Indywidualne koncepcje leczenia łączą również elementy różnych form terapii. Szkolenie opiekunów często odgrywa centralną rolę. Interwencje psychospołeczne, edukacja i programy wsparcia dla opiekunów są ważną częścią oferty terapeutycznej i wymagają dalszej oceny

**5.3.3** **Podsumowanie**

Istnieją obecnie pewne dane empirycznei kilka losowo kontrolowanych rzeczy...badania nad skutkami działań socjoterapeutycznych w chorobach demencyjnych. W szczególności długoterminowe korzyści wynikające z różnych metod leczenia Strategie nie zostały jeszcze wystarczająco sprawdzone. Interwencje socjoterapeutyczne w leczeniu demencji są uzupełnieniem dla leku wspieranego przez przewodnik... terapia jest częścią kompleksowego leczenia

strategia leczenia. Do leczenia chorób psychicznych i objawy behawioralne u pacjentów z demencją mogą być stosowane procedury przypominające, jak również niepodzielne... kierownictwa, krewnych i członków rodziny, oraz

**219** **6**

**Widok na**

**6.1** **Środki realizacji wytycznych - 220**

**6.2** **Wskaźniki jakości - 220**

**6.3** **Uwzględnienie efektów kontrolnych systemu zasilania - 221**

**6.4** **Desideraty do badań - 222**

1. **Rozdział 6** – Perspektywy

**6.1 Środki służące realizacji wytycznych**

Wytyczne zyskują coraz większe znaczenie na całym' świecie, ale

Praktyka ich stosowania jest bardzo zróżnicowana w

w życiu codziennym [828]. Skuteczność wytycznej

w rutynowej opiece ostatecznie zależy w decydującym stopniu od jakości metodologicznej wytycznej jako całości, ale także od jej akceptacji i praktyczności przez użytkowników.

i wykonalnością wdrożenia przez użytkowników.

Konsekwentne stosowanie wytycznych i

wdrażanie zaleceń często oznacza

że należy zmienić procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Oznacza to, że

nie tylko jakość metodologiczną wytycznej

Należy również wziąć pod uwagę przyczyny poznawcze i emocjonalne, które stoją na przeszkodzie realizacji zaleceń zawartych w wytycznych. Ponadto, mogą wystąpić - zamierzone i niezamierzone

- efekty kontroli systemu opieki zdrowotnej

może utrudniać lub sprzyjać realizacji. Realizacja jest zatem równie ważna

w trakcie opracowywania wytycznych.

Obecnie znanych jest wiele procedur, które mogą ułatwić wdrożenie wytycznych.

może ułatwić wdrożenie wytycznych. Na przykład, teorie poznawcze mogą być wykorzystywane do stymulowania chęci uczenia się, zdobywania kompetencji i racjonalizacji.

uczenie się, zdobywanie kompetencji i racjonalne

działanie. Ponadto teorie behawioralne (które koncentrują się na zmianach wynikających z zewnętrznych wpływów i kontroli), teorie społeczne (które badają reakcję na naciski społeczne na poziomie wyników lub ze strony zespołu) oraz teorie koncentrujące się na potrzebie zmian mogą być wykorzystane do ułatwienia wdrażania wytycznych.

(które badają reakcję na presję społeczną na poziomie wyników lub ze strony zespołu), teorie sprzedaży (które wykorzystują reakcje na przyciągające uwagę działania marketingowe)

i teorie organizacji (które badają

adaptacje do zmian w otoczeniu organizacyjnym)

warunki organizacyjne) mogą być wykorzystane (Selbmann 2005 za Grol 1998,

Grol i Grimshaw 1999 [828; 829; 830]). Zgodnie z tymi teoriami, oprócz

bierne rozpowszechnianie (dissemination) wytycznej, audyty

powinny również obejmować audyty sprawdzające stan realizacji zaleceń zawartych w wytycznych.

rekomendacje, informacje zwrotne (benchmarki) w kontekście porównań między różnymi instytucjami, a także

środki na rzecz uczestnictwa pacjentów i ich krewnych

i ich krewnych [831].

Niniejsze wytyczne składają się z kilku elementów, które pozwalają użytkownikom w różnym stopniu zaangażować się w zalecenia.

aby w różnym stopniu zaangażować się w realizację zaleceń. Jest on opublikowany w formie książkowej w   
  
pełnym brzmieniu wraz z podstawowymi dowodami i skróconymi zaleceniami.

skrócona wersja zaleceń. Ponadto streszczenie będzie dostępne w Internecie

jak również szczegółową bazę dowodową.

( 7 Sprawozdanie z wytycznymi)  
  
**6.2 Wskaźniki jakości**

Wskaźniki jakości, które odzwierciedlają jakość leczenia i opieki określonej w wytycznych, są niezbędnymi instrumentami wdrażania wytycznych.

jakość leczenia i opieki zgodnie z definicją zawartą w wytycznych. Ogólną jakość leczenia i opieki definiuje się jako "stopień, w jakim

jako "zakres, w jakim usługi opieki zdrowotnej dla jednostek i populacji

jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądanych wyników zdrowotnych i są

i są zgodne z aktualną wiedzą na temat

pole" [832]. Jakość

opieki nad osobami z ciężkimi chorobami psychicznymi zależy od tego, czy są one w stanie uzyskać dostęp do terapii.

osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi otrzymują potrzebne im interwencje terapeutyczne oraz że interwencje te są

są przeprowadzane w taki sposób, aby pozytywne

opisane w badaniach rzeczywiście występują.

Ocena, czy leczenie jest wysokiej jakości

leczenie nie może być zasadniczo dokonywane w ramach rutynowej opieki za pomocą oddzielnych badań, lecz musi opierać się na

ale musi opierać się na środkach

które odzwierciedlają złożone zjawisko jakości leczenia

zjawisko jak najlepiej. Wskaźniki jakości, które są

oparte na zaleceniach wytycznych są środkami

opieki, które mogą być wykorzystane do oceny jakości.

jakość. Jednakże wymierność

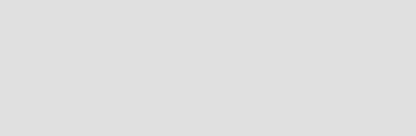
leczenia ciężkich chorób psychicznych jest jednym z głównych problemów w ocenie rozwoju i możliwości zastosowania wskaźników jakości.

wskaźników jakości.

Kluczowe wyniki leczenia psychiatrycznego, takie jak redukcja objawów i subiektywne pogorszenie lub jakość życia, nie mogą być mierzone rutynowo.

Jakość życia nie może być mierzona za pomocą rutynowych danych,

ale poprzez zastosowanie skomplikowanych przyrządów pomiarowych. Zastosowanie tych

**221** **6**

**6.3. Rozważenie** skutków kontrolnych systemu zasilania

Jednakże instrumenty te wiążą się zazwyczaj z dużym nakładem pracy personelu przy gromadzeniu danych oraz wysokimi wymaganiami w zakresie analizy i interpretacji danych.

Wskaźniki jakości dotyczące kwestii psychospołecznych w przypadku ciężkiej choroby psychicznej mają ograniczenia pod względem **wymierności** i **ważności,** ponieważ wyniki zdrowotne zależą od indywidualnych czynników dotyczących pacjenta, przebiegu choroby oraz cech socjodemograficznych, takich jak pochodzenie, klasa społeczna, zasoby finansowe, zaangażowanie psychospołeczne oraz systemy wsparcia rodziny. Jakość jest odzwierciedlona w charakterze interakcji pomiędzy dotkniętymi osobami i poszczególnymi składnikami, podsystemami oraz ogólnym systemem leczenia i opieki. Fakt, że miała miejsce interwencja zalecana przez wytyczne, nie może mówić nic o jej stosowności w poszczególnych przypadkach i jakości jej realizacji. Dlatego też wskaźniki jakości na poziomie jakości strukturalnej i procesowej dostarczają informacji o jakości, ale przede wszystkim o różnicach między poszczególnymi regionami, placówkami i systemami opieki, co powinno być powodem do dalszego badania. Niewiele jest piśmiennictwa na temat wskaźników jakości leczenia [833].

Propozycje są dostępne jako podstawa do doboru wskaźników jakości leczenia psychospołecznego osób z ciężką chorobą psychiczną [833; 834]. Wskaźniki jakości powinny zostać uzgodnione przez zainteresowane strony i, w razie potrzeby, dostosowane do regionalnej specyfiki danego otoczenia. Przy ocenie opieki psychospołecznej można by na przykład uwzględnić następujące wskaźniki jakości:

—Średnia roczna skumulowana długość pobytu w

leczenie psychiatryczne w warunkach szpitalnych

—Wskaźnik readmisji szpitala w granicach

w ciągu 30 dni od wypisu

—Praca na pierwszym rynku pracy

—Wizyta w grupie samopomocy

—Zespołowe środowiskowe leczenie psychiatryczne

—Zaspokajanie popytu w sektorze mieszkaniowym

—Wsparcie poprzez zarządzanie przypadkami

—Zaangażowanie krewnych w leczenie  
Psychoedukacja

—Wsparcie w ramach wspieranych

Zatrudnienie

* Zaproponuj program samokształcenia w zakresie choroby

Jednakże podczas opracowywania niniejszej wytycznej nie skoordynowano i nie uzgodniono żadnych wskaźników jakości [835; 836].

Zwraca się uwagę, że określenie wskaźników jakości do pomiaru zgodności z wytyczną i jakości traktowania, jak również powiązanie z innymi projektami może być przygotowane na poziomie ponadregionalnym, ale za faktyczną realizację wytycznej odpowiada dana instytucja [828].

**6.3** **Uwzględnienie skutków kontrolnych systemu zasilania**

Czy formy finansowania na poziomie strukturalnym i procesowym mają skutek hamujący? Jak można sprawić, by zarządzanie systemem opieki zdrowotnej sprzyjało realizacji wytycznych? W Niemczech system opieki zdrowotnej i społecznej ma kilka cech, które odróżniają go od systemów w innych krajach. Rozdrobnienie znacznie wzrosło w ostatnich dziesięcioleciach, ponieważ większość zróżnicowania usług w zakresie zdrowia psychicznego została ponownie wprowadzona poprzez finansowanie instytucjonalne, które tworzy obstrukcyjne interfejsy. W analizach tej wytycznej praktycznej wskazuje się na przykład, że przejście od życia w domach spokojnej starości do form opieki o większej samodzielności (poza grupami mieszkalnymi, życie wspierane ambulatoryjnie) aż do samodzielności nie jest zbyt udane, tzn. większość klientów pozostaje w formie opieki stacjonarnej w domu spokojnej starości, gdy "zaczynają" tam pracować.

Badania dotyczące zatrudnienia wspomaganego - z wnioskiem: "*najpierw miejsce, potem szkolenie*".

- dotyczy nie tylko *indywidualnej interwencji* psychospołecznej, ale także odnosi się do ogólnej potrzeby leczenia.

1. **Rozdział 6** - Perspektywy

paradygmat. Ten paradygmat może być również przydatny w innych dziedzinach.

Przykład: Na początku lat siedemdziesiątych XX wieku istniał tylko stacjonarny dom mieszkalny pod względem kosztów. W tym okresie powstały różne projekty dezynfekcji, np. w Heilbronn, gdzie wybudowano dom mieszkalny na 100 miejsc [837]. Opieka została zapewniona przez mobilny zespół. Klienci przychodzili do swoich terapeutów lub odwiedzali domy w mieszkaniach. W ten sposób intensywność opieki (w tym dyżurów i, w razie potrzeby, ruchomych dyżurów nocnych w mieszkaniach) może być indywidualnie regulowana w zakresie od 100 do 0 %.

* Klient mógł pozostać w "swoim mieszkaniu" na podstawie umowy najmu, gdzie był zintegrowany w rzeczywistości i mógł się przenieść w wybranym przez siebie czasie. Po zwolnieniu, klient mógł pozostać w "swoim mieszkaniu" z umową najmu, gdzie został zintegrowany w rzeczywistych warunkach, a w razie potrzeby przenieść się w wybranym przez siebie czasie.

Dom" nie był przestrzennie zamkniętą nieruchomością o określonym przeznaczeniu, lecz organizacją, która łączyła indywidualnie "dozowaną" służbę integracyjną ze zdecentralizowanymi miejscami zamieszkania. Miejsca zamieszkania "domu" tworzyły stabilny stan: klient mógł "utrzymać" swoje mieszkanie po zwolnieniu, a agencja szukała odpowiednich zastępstw. Najważniejsze były względy związane z klientem. W oparciu o liczne doświadczenia praktyczne, projekty Aktion Psychisch Kranke dotyczące "podejścia zorientowanego na jednego syna", z krytyki "łańcucha rehabilitacji" [838; 839; 840; 841], rozwinęły wymagania dotyczące orientacji na osobę na poziomie pracy terapeutycznej i systemu opieki.

W Niemczech rezolucja "Konferencji Ministrów Pracy i Spraw Socjalnych Krajów Związkowych" (ASMK) umieszcza zmianę systemu opieki w agendzie politycznej, w oparciu o praktyczne i naukowe dowody empiryczne. Chodzi o *"reorientację (pomocy integracyjnej) [...] z pomocy zorientowanej głównie na instytucję na pomoc skoncentrowaną na osobie, w związku z czym obecna charakterystyka pomocy integracyjnej na środki ambulatoryjne, opiekę dzienną i stacjonarne nie ma już zastosowania [...].*

*jako usługi indywidualne (specjalistyczne) niezależne od miejsca świadczenia usługi".*

1. Oddzielenie funkcji służby integracyjnej od pomieszczeń instytucji zamieszkania lub pracy ma na celu promowanie stosowania podejścia ukierunkowanego na osobę (zintegrowane planowanie leczenia i rehabilitacji, konferencja w sprawie regionalnego planu pomocy) oraz zasady *"najpierw jedź, potem trenuj".*

Wdrażanie wytycznych jest również utrudnione przez fakt, że interesy związane z finansowaniem i interesami zorientowanymi na pacjenta często idą w różnych kierunkach. Nie ma jednolitej odpowiedzialności związanej z osobami (grupami) ubezpieczonymi za ocenę skutków i kosztów działań, które pacjenci otrzymują jednocześnie i kolejno. Kontrprzykładem może być niemieckie społeczne ubezpieczenie wypadkowe (DGUV, www.dguv. de). Leczenie, rehabilitacja, opieka i przechodzenie na emeryturę ofiar wypadków odbywają się z jednego źródła, co sprzyja trwałej jakości opieki i sprawia, że profilaktyka jest opłacalna [843].

**6.4** **Desideraty do badań**

Niniejsze wytyczne są skierowane do osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Chociaż grupa ta jest ograniczona liczbowo, to ma duże znaczenie. Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi są zazwyczaj przez długi czas zależne od systemu opieki. Znaczna część środków przeznaczana jest na leczenie osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Oprócz leczenia psychofarmakologicznego i psychoterapeutycznego interwencje psychospołeczne odgrywają dla tej grupy pacjentów szczególnie ważną rolę. Badania nad skutecznością są ważne. Randomizowane projekty badań kontrolowanych są złotym standardem w badaniu skuteczności i opłacalności interwencji.

1. Dotyczy to również interwencji psychospołecznych, które są interwencjami złożonymi.

Interwencja psychospołeczna to nie tylko interwencja psychospołeczna: czym dokładnie się zajmujemy

**223** **6**

**6.4-Desyderaty** do badań

Zaoferowałeś? Przez kogo? Z jaką kwalifikacją, w jakiej intensywności i czasie trwania? *Leczenie jak zwykle* (TAU) dzisiaj nie oznacza tego, co oznaczało 30 lat temu. Jeśli stan kontrolny, z którym dokonuje się porównania, staje się lepszy, bardziej złożony lub przynajmniej odmienny, może stać się trudniejszy do wykazania efektów interwencji. W odniesieniu do podejść do psychiatrii środowiskowej wiadomo, że na przykład podstawowe zasady psychiatrycznego leczenia zewnętrznego są coraz częściej stosowane w leczeniu rutynowym, dzięki czemu efekty badanych interwencji są mniej wykrywalne w czasie [119]. Wyzwania te należy wziąć pod uwagę podczas przeglądu dowodów i formułowania zaleceń dotyczących leczenia.

Koncepcyjne rozróżnienie między funkcją, realizacją instytucjonalną i finansowaniem przyczynia się również do odpowiedzi na pytanie: "Co dokładnie jest oferowane? Jedna funkcja może być realizowana przez różne instytucje, instytucja może pełnić różne funkcje. Funkcja może być finansowana jako część instytucji lub jako usługa związana z osobą, która jest realizowana jako usługa kompleksowa dla osób lub jako funkcja instytucji.

Jasność pojęciowa jest ważna dla badań w dziedzinie opieki. Na przykład, elementy, komponenty lub aspekty zarządzania przypadkami można znaleźć w wielu miejscach:

*— Zarządzanie przypadkami* lub "usługi psychiatryczne socjalne koordynowane przez opiekuna terapeutycznego" (podejście ukierunkowane na osobę):

– Socjoterapia, finansowana zgodnie z § 37a SGB V, realizowana instytucjonalnie w ramach odrębnej praktyki (zadanie: koordynacja i promocja korzystania z usług ambulatoryjnych w zakresie leczenia zgodnie z SGB V)

— Socjoterapia jako element leczenia szpitalnego wg Psych-PV (Psy-chiatrycznego Rozporządzenia Personelu) [845].

– Poradnictwo opiekuńcze, usługa zgodnie z § 7a SGB XI, realizowana i finansowana instytucjonalnie poprzez punkt wsparcia opiekuńczego zgodnie z § 92 c SGB XI   
— (wymóg: niezależne doradztwo w zakresie wszystkich niezbędnych w danym przypadku usług).

różnych usługodawców i dostawców, patrz § 7a ust. 1.2).

*— Case management*, finansowanie projektów, przynależność do regularnie finansowanej placówki psychiatrycznej (zadanie zależne od

Projekt, np. Atriumhaus Monachium) [577]

—Finansowane instytucjonalnie i realizowane j ako funkcja będąca częścią kompleksowej usługi składającej się z różnych funkcji, przykłady:

— IV-Project Psychosis Treatment UKE Hamburg-Eppendorf [846]. Odpowiedzialność krzyżowa 2 terapeutów referencyjnych oddziału ambulatoryjnego na pacjenta, finansowana w ramach rocznej kompleksowej stawki ryczałtowej na pacjenta, która obejmuje korzystanie ze wszystkich obszarów usług kliniki oraz, w razie potrzeby, leczenie ambulatoryjne przez specjalistę zewnętrznego w praktyce.

— Ukierunkowanych zespołów w klinice "budżetu regionalnego" [563].

— Włączony jest system terapeuty referencyjnego dla pacjentów hospitalizowanych do ambulatoryjnej opieki szpitalnej [847].

Aspekty zarządzania przypadkami można zatem znaleźć na różnych poziomach i kształtować usługi psychospołeczne na różne sposoby.

Paradygmat opieki psychiatrycznej zorientowanej na integrację społeczną należy postrzegać jako aktualny "kamień milowy" zgodnie z anglosaską tradycją badawczą na temat instytucjonalizmu: Zbiegając się w czasie z "Psychiatry Enquete" w 1975 roku, Wing opublikował obszerny przegląd zgromadzonej do tego czasu wiedzy empirycznej na temat "wpływu środowiska instytucjonalnego na osoby z chorobami psychicznymi". Jego przesłanie zostało przyjęte w Niemczech w odniesieniu do odejścia od instytucjonalnego paradygmatu w praktyce i badaniach, ale brak jest badań nad nową, wspólnotową rzeczywistością opieki psychiatrycznej, w której może pojawić się również "instytucjonalizm" [848].

Wyniki poszukiwań materiału dowodowego dla tej wytycznej pokazują, że *poszczególne interwencje* psychospołeczne mogą być dobrze zbadane przy użyciu klasycznego podejścia RCT. Jest to również możliwe w przypadku tzw. *interwencji systemowych,* tzn. gdy chodzi o wykazanie, że dana organizacja jest skuteczna.

1. **Rozdział 6** - Perspektywy

jest bardziej korzystna i skuteczna niż inne. W tym przypadku należy stosować konstrukcje klastrowe z randomizacją lub, w niektórych przypadkach, nierandomizowane próby kontrolowane. W skali międzynarodowej nie ulega wątpliwości, że nie tylko poszczególne interwencje psychospołeczne, ale także konstrukcja systemu opieki zdrowotnej jako całości musi być oparta na dowodach naukowych (*"usługi w zakresie zdrowia psychicznego oparte na dowodach*") [119; 849]. Jest to ważne zadanie dla badań nad służbą zdrowia [850; 851]. Badania w dziedzinie pielęgniarstwa mają również do odegrania szczególną rolę w ocenie skutków zabiegów pielęgnacyjnych.

* Oprócz wspomnianych interwencji, niniejsze wytyczne dotyczą również podstawowych zasad interwencji psychospołecznych. Należy wspomnieć o orientacji na powrót do zdrowia jako o podstawowej postawie w procesie terapeutycznym oraz o podejściu empowerment. Te podstawowe postawy są trudne do zbadania w projektach eksperymentalnych. Tam, gdzie została podjęta próba, np. w zakresie upodmiotowienia, podstawowa postawa sprowadza się do interwencji opisanej w sensie modułu szkoleniowego. Oczywiste staje się, że badania w dziedzinie ochrony zdrowia nie mogą i nie powinny odbywać się bez badań jakościowych [852]. Zrozumienie złożonych interwencji, w których poszczególne skuteczne elementy i mechanizmy działania są trudne do przedstawienia za pomocą randomizowanych badań, może przynieść korzyści w postaci sekwencyjnego lub nawet triangulacyjnego stosowania metod jakościowych [852; 853].

Jaki powinien być rezultat dobrych interwencji psychospołecznych? Jakie są tzw. "parametry wynikowe", za pomocą których można je mierzyć? Możliwy zakres jest szeroki: cechy związane z chorobą (np. nasilenie objawów), cechy związane z leczeniem (np. czas leczenia szpitalnego), cechy integracji społecznej (np. funkcje społeczne, sytuacja w zakresie zatrudnienia), zadowolenie i jakość życia (np. zadowolenie z leczenia) oraz efektywność kosztowa. W celu zwiększenia ogólnej porównywalności badań pożądana byłaby konwergencja parametrów wynikowych i harmonizacja stojących za nimi instrumentów pomiarowych. Niemniej jednak, musi być tu pewna dynamika. W czasach deinstytucjonalizacji skrócenie czasu leczenia szpitalnego miało kluczowe znaczenie i było ważniejsze.

Parametry wynikowe, inne parametry, takie jak integracja społeczna, wysuwają się na pierwszy plan w dzisiejszych warunkach z krótkim czasem leczenia szpitalnego i rozbudowanym systemem ambulatoryjnym. Stopień integracji społecznej jest głównym parametrem wynikowym interwencji psychospołecznych, ponieważ pomimo opieki środowiskowej, osoby chore psychicznie są nadal wykluczone z części społeczeństwa.

1. Określenie kryteriów wynikowych i opracowanie instrumentów, które dokładnie mierzą te parametry, to ważne zadania badawcze. W tym kontekście ważną rolę odgrywa dyskusja na temat znaczenia parametrów wynikowych dla pacjenta. Wyniki istotne dla pacjenta mogą być mierzone na podstawie tego, czy wpływają na procesy decyzyjne, w których uczestniczy pacjent. Zgodnie z definicją Instytutu Jakości i Efektywności Opieki Zdrowotnej (IQWiG) z 2006 r. wyniki istotne dla pacjenta można rozpoznać po ich wpływie na aspekty zdrowotne oraz na decyzje pacjenta i klinicysty, z wyjątkiem tzw. parametrów zastępczych i parametrów wyniku ekonomicznego. Ponadto obejmują one wszystkie częste i istotne niekorzystne skutki interwencji objętej badaniem [844].

Aby zwiększyć znaczenie badań dla pacjentów, pożądane jest większe zaangażowanie osób dotkniętych psychiatryką w projektowanie i prowadzenie badań. Uwzględnienie perspektywy osób z doświadczeniem psychiatrycznym może doprowadzić do zastosowania mniej parametrów wynikowych zorientowanych na symptomy i więcej kryteriów wynikowych w obszarze subiektywnej jakości życia, funkcji społecznych i upośledzeń oraz integracji społecznej.

Przegląd *interwencji systemowych* pokazuje, że baza dowodowa w zakresie podejścia do środowiskowej opieki psychiatrycznej jest dobra. Jednak prawie wszystkie badania zostały przeprowadzone poza granicami Niemiec. W Niemczech poczyniono stosunkowo niewiele wysiłków w celu uzasadnienia złożonych usług opieki nad chorymi psychicznie za pomocą eksperymentalnych badań naukowych. Istnieje również szeroki zakres dowodów w dziedzinie rehabilitacji zawodowej,

**225** **6**

**6.4-Desyderaty** do badań

zwłaszcza w odniesieniu do *podejścia do wspieranego zatrudnienia* z szybkim umieszczaniem w miejscu pracy w porównaniu z tradycyjną rehabilitacją zawodową. Ustalenia dotyczące mieszkań dla osób chorych psychicznie są jednak skąpe. Istnieją duże różnice regionalne w organizacji życia terapeutycznego [11]. Dotychczasowe ustalenia wykazały, że życie wspierane może mieć pozytywne skutki, niezależnie od formy poszczególnych interwencji. Obecnie nie można jednak stwierdzić, które grupy pacjentów odniosłyby największe korzyści z jakiej formy zakwaterowania, w jakich konkretnych warunkach.

Przyglądając się *poszczególnym interwencjom, istnieje* bogata baza danych na temat skuteczności interwencji psychoedukacyjnych. Podejścia trójstronne i podejście peer-to-peer wymagają pilnie dalszej oceny. W tym przypadku, porównywalnym do podejścia opartego na samopomocy, nie chodzi tylko o zbadanie skuteczności i wydajności poszczególnych usług. W 2003 roku niemiecka grupa ekspertów, składająca się z przedstawicieli nauki, polityki, ubezpieczeń społecznych, zawodów medycznych i samopomocy, określiła tematy istotne dla badań. Nowe formy samopomocy, takie jak korzystanie z "wirtualnej" samopomocy przez Internet, powinny być dokładniej zbadane. Duże znaczenie ma kwestia różnych potencjałów samopomocy wśród różnych grup ludzi, np. w zależności od wieku, klasy społecznej czy płci. Pytania zorientowane na zastosowanie powinny koncentrować się na aktywizacji potencjału samopomocy wśród osób dotkniętych chorobą i dotyczyć tego, jak można zaprojektować skuteczną współpracę pomiędzy samopomocy a specjalistami w systemie opieki zdrowotnej lub jak można dalej rozwijać udział i zaangażowanie stowarzyszeń samopomocy w systemie opieki zdrowotnej.

Nieodłącznym problemem badań nad samopomocą pozostaje brak możliwości przepisywania samopomocy. Dlatego też wykorzystanie eksperymentalnych projektów badawczych jest tu ograniczone. Badania z randomizowanym porównaniem i grupami interwencyjnymi są praktycznie niewykonalne [522].

Istnieją dobre dowody na kształcenie

umiejętności społecznych, dalsza praca powinna uwzględniać  
Należy w większym stopniu skoncentrować się na przenoszeniu wyuczonych umiejętności do codziennego życia. Obszary terapii artystycznej i terapii zajęciowej skorzystałyby z dalszych badań wysokiej jakości na dużych próbach. Nakładanie się efektów interwencji psychospołecznych z innymi efektami terapeutycznymi, np. leczeniem farmakologicznym lub psychoterapeutycznym, wymaga kosztownej (ale wartej zachodu) izolacji efektów [855]. Obecnie prowadzone są randomizowane badania kontrolowane w zakresie terapii artystycznych w leczeniu osób z ciężką chorobą psychiczną [415; 416]. Oczekiwane wyniki zapewnią dalszy wgląd w skuteczność tych terapii. W dziedzinie terapii sportowej i terapii zajęciowej nie przeprowadzono do tej pory żadnych losowo wybranych badań kontrolowanych dla ogólnej grupy docelowej osób z ciężką chorobą psychiczną uwzględnioną w niniejszych wytycznych. Podobnie jak w przypadku innych interwencji psychospołecznych, istnieją pojedyncze badania nad skutecznością terapii sportowej i wysiłkowej dla osób z określonymi zaburzeniami. Również w tym przypadku różnorodność środków terapii aktywnością fizyczną utrudnia wyciągnięcie ogólnych wniosków, a interwencje porównawcze są bardzo zróżnicowane. Jak dotąd, istnieją dobre dowody na skuteczność treningów wytrzymałościowych aerobowych dla różnych grup diagnostycznych.

Jeśli przyjrzymy się obecnemu stanowi wiedzy na temat skuteczności interwencji psychospołecznych dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, to okaże się, że dowody dostępne w poszczególnych obszarach różnią się siłą i w dużej mierze pochodzą z badań, które nie zostały przeprowadzone w krajach niemieckojęzycznych. Zróżnicowane kwestie, takie jak intensywność i czas trwania danej interwencji lub skuteczność specyficznych dla danej osoby modyfikacji niektórych wniosków, często pozostają obecnie bez odpowiedzi. Również w tym przypadku dalsze badania będą musiały znaleźć odpowiedzi na stare pytanie: "Która miara leczenia przez kogo, w jakim czasie, prowadzi do jakiego wyniku, w jakim czasie dla tej jednostki z tym specyficznym problemem w jakich warunkach? [856; 857]

**227**

**Literatura**

1. DGPPN. S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN. 16 ed. Darmstadt: Steinkopff; 2006.
2. S3-Leitlinie Bipolare Störungen. [http://www.leitlinie-bi- polar.de/](http://www.leitlinie-bi-polar.de/); 2011.
3. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Reihe: Interdisziplinäre S3-Praxis- leitlinien, Band 0. 1. ed. Berlin: Springer; 2010.
4. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines - direc­tions for a new program. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
5. AWMF online. AWMF-Regelwerk. <http://www.awmf.org/> leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung.html (abgeru­fen am 29.04.2011); 2011.
6. Kösters M, Weinmann S, Becker T. Psychosoziale Thera­pien bei der Schizophrenie. In: Voderholzer U, Hohagen F, editors. Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art 2010/2011. München: Urban & Fischer; 2011. p.

94-104.

1. ICD-10. Internationale Klassifikation der Krankheiten. 10. Revision. [http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagno- sen/icd10/index.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagno-sen/icd10/index.htm) ; 2010.
2. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry 2000;177:149-55.
3. DGPPN. S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psycho­therapie. Band 1. Behandlungsleitlinie Persönlichkeits­störungen. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2009.
4. DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Neurologie. S3-Leitli- nie Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. 1. ed.

Berlin: Springer; 2010.

1. Becker T, Reker T, Weig W. Praxisleitlinien in Psychiat­rie und Psychotherapie. Band 7 Behandlungsleitlinie. Psychosoziale Therapien. Darmstadt: Steinkopff; 2005.
2. DEGAM. S2-Leitlinie Demenz der Deutschen Gesell­schaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Düsseldorf: omikron publishing; 2008.

1. Jäckel D, Hoffmann H, Weig W. Praxisleitlinien Rehabili­tation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2010.
2. NICE. NICE Clinical Guideline 82 Schizophrenia. Appen­dix 17: Previous guideline methodology. <http://www>. nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43637/43637.pdf ; 2010.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-YtterY, Vist GE,

Liberati A, Schünemann HJ. GRADE Working Group.

Going from evidence to recommendations. BMJ 2008;336(7652):1049-51.

1. Muijen M, Holloway F, Goldman H. Mental health servi­ces. In: Hirsch SR, Weinberger DR, editors. Schizophre­nia. Oxford: Blackwell; 2003. p. 688-700.
2. Fakhoury W, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemi­ol 2002;37:301-15.
3. Hinterhuber H. Ethik in der Psychiatrie. In: Möller H-J,

Laux G, Kapfhammer H-P, editors. Psychiatrie, Psycho­somatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiat­rie, 4. erw. und vollständig neu bearbeitete Aufl. Berlin: 34

Springer; 2011. p. 51-77.

1. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ). Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft

für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ). <http://www.agj.de/> pdf/5/Kinder\_psychisch\_kranker\_Eltern %20 %282 %29. pdf (Zugriff am 30.03.2011); 2010.

1. Knuf A, Seibert U. Selbstbefähigung fördern - Emp­owerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2004.
2. ReichhartT, Kissling W, Scheuring E, Hamann J. Pa­tientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiatr Prax 2008;35:111-21.
3. Prins S. Empowerment und Rehabilitation schizophren Erkrankter aus Betroffenensicht. In: Becker T, Bäuml

J, Pitschel-Walz G, Weig W, editors. Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Köln: Ärzte-Verlag; 2007. p. 17-22.

1. Lauber C, Rössler W. Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. In: Rössler W, Lauber C, edi­tors. Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer; 2004. p. 146-56.
2. Theunissen G. Wege aus der Hospitalisierung: Emp­owerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1999.
3. Stevenson C, Jackson S. Finding solutions through empowerment: a preliminary study of a solution-orien­tated approach to nursing in acute psychiatric setting. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;(10):688-96.
4. Harp HT. Empowerment of mental health consu­mers in vocational rehabilitation. Pyschosoc Rehab J 1994;17(3):83-9.
5. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explanation. Psychiatr Serv 2001;52:482-5.
6. Corrigan P, Faber D, Rashid F, Leary M. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. Schizophr Res 1999;38:77-84.
7. Hansson L, Björkmann T. Empowerment in people with mental illness: reliability and validity of the swedish version of an empowerment scale. Scand J Caring Sci 2005;19:32-8.
8. Lloyd C, King R, Moore L. Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross­sectional study. Int J Soc Psychiatr 2010;56(3):220-9.
9. Rogers ES, Chamerlin J, Ellison ML, Crean T. A con­sumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatr Serv 1997;48:1042-7.
10. Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc C, Ricard N. Efficacy of a self-esteem module in the empower­ment of individuals with schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1999;187(7):406-13.
11. Borras L, Boucherie M, Mohr S, LecomteT, Perroud N, Huguelet P Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disor­ders. Eur Psychiatry 2009;24(5):307-16.

Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to aquire them. BMJ 2002;325:697-700.

1. Steinhausen S, Ommen O, Kowalski C, Pfaff H. Arzt­Patient-Kommunikation. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, editors. Lehrbuch Versorgungs­forschung: Systematik - Methodik - Anwendung. Stuttgart: Schattauer; 2011. p. 49-52.
2. Lehmann C, Koch U, Mehmert A. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychiatrische Be­lastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungs­angeboten bei Krebspatienten: Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter beson­derer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. Psychother Psych Med 2009;59(7):3-27.
3. Laine C, Davidoff F, Lewis CE. Important elements of outpatient care: A comparison of patients' and physici­ans' opinions. Ann Intern Med 1996;125:640-5.
4. Hamann J, Loh A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, Härter M, Heesen C. Partizipative Entscheidungsfin­dung, Implikationen des Modells des «Shared Decision Making« für Psychiatrie und Neurologie. Nervenarzt 2005;77:1071-8.
5. Scheibler F, Pfaff H. Shared Decision-Making: Der Patient als Partner im menschlichen Entscheidungspro­zess. Weinheim und München: Juventa Verlag; 2003.
6. Loh A, Simon D, Kristen L, Härter M. Patientenbeteili­gung bei medizinischen Entscheidungen. Dtsch Arztebl 2007;104(21):1483-8.
7. Donner-BanzhoffN. Partizipative Entscheidungsfin­dung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, editors. Lehrbuch der Versorgungsforschung: Syste­matik - Methodik - Anwendung. Stuttgart: Schattauer; 2011. p. 64-7.
8. Härter M. Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) - Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch.

Z Ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes 2004;98:89-92.

1. Härter M, Loh A, Spies C. Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2005.
2. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. J Ment Health 2004;13(5):493-505.
3. Young AS, Chinman M, Forquer SL, Knight EL, Vogel H, Miller A, Rowe M, Mintz J. Use of a consumer-led inter­vention to improve provider competencies. Psychiatr Serv 2005;56(8):967-75.
4. Lakeman R. Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi Study. J Ment Health

2010;19(1):62-74.

1. Deister A. Milieutherapie. In: Möller H-J, Laux G, Kapf- hammer H-P, editors. Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 2003. p. 772-91.
2. Linden M, Baudisch F, Popien C, Golombek J. Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. Psychother Psych Med 2006;56:390-6.
3. Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S. Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Milieugestaltung. 2. durchgesehe­ne und ergänzte Auflage ed. Bern: Verlag Hans Huber; 2004.
4. Wing JK, Brown GW. Insitutionalism and schizophrenia. London: Cambridge University Press; 1970.
5. Kellam SG, Goldberg SC, Schooler NR, Berman A, Schmelzer JL. Ward atmosphere and outcome of treatment of acute schizophrenia. J Psychiatr Res 1967;5(2):145-63.
6. Klass DB, Grove GA, Strizich M. Ward treatment milieu and posthospital functioning. Arch Gen Psychiatr 1977;34:1047-52.
7. Barton R. Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. In: Finzen A, editor. Hospitalisierungs­schäden in psychiatrischen Krankenhäusern. München: Piper Verlag; 1974. p. 11-79.
8. Abroms GM. Defining milieu therapy. Arch Gen Psychia­try 1969;21:553-61.
9. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. Psychiatry 1978;41(4):327-35.
10. Tuck I, Keels MC. Milieu therapy: A review of develop­ment of this concept and its implications for psychiatric nursing. Issues Ment Health Nurs 1992;13:51-8.
11. Ellsworth RB, Maroney R, Klett W, Gordon H, Gunn R. Mi­lieu characteristics of successful psychiatric treatment programs. Am J Orthopsychiatry 1971;41:427-41.
12. Ellsworth RB, Collins JF, Casey NA, Schoonover RA, Hickey RH, Hyer L, Twemlow SW, Nesselroad JR. Some characteristics of effective psychiatric treatment pro­grams. J Consult Clin Psychol 1979;47(5):799-817.
13. Moos R, Shelton R, Petty C. Perceived ward climate and treatment outcome. J Abnorm Psychol 1973;82:291-8.
14. Ellsworth RB. Characteristics of effective treatment milieus. In: Gunderson JG, Will OA, Mosher LR, editors. Principles and practice of milieu therapy. New York: Jason Aronson; 1983. p. 87-123.
15. Vaglum P, Friis S, Irion T, Johns S, Karterud S, Larsen F, Vaglum S. Treatment response of severe and nonsevere personality disorders in a therapeutic community day unit. J Pers Disord 1990;4:161-72.
16. Friedman AS, Glickman NW, Kovach JA. Comparisons of perceptions of the environments of adolescent drug treatment residential and outpatient programs by staff versus clients and by sex of staff and clients. Am J Drug Alcohol Abuse 1986;12:31-52.
17. Moos RH. Evaluating treatment environments:The qua­lity of psychiatric and substance abuse programs. 2nd Edition ed. New Brunswick: Transaction Publisher; 1997.
18. Peterson KA, Swindle RW, Phibbs CS, Recine B, Moos RH. Determinants of readmission following inpatient substance abuse treatment: A national study of VA programs. Med Care 1994;32:535-40.
19. Pederson G, Karterud S. Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. Nord J Psychiatry 2007;61:271-8.
20. Moos RH. Evaluating Treatment Environments. New York: Wiley; 1974.
21. Engel RR, Knab B, v Doblhoff-Thun C. Stationsbeurtei­lungsbogen SBB. Weinheim: Beltz Test; 1983.
22. Collins JF, Ellsworth RB, Casey NA, Hickey RB, Hyer L. Treatment characteristics of effective psychiatric pro­grams. Hosp Community Psychiatry 1984;35(6):601-5.
23. Heim E. Praxis der Milieutherapie. Berlin: Springer; 1984.
24. Delaney KR. Milieu Therapy: ATherapeutic Loophole. Perspect Psychiatr Care 1997;33(2):19-28.
25. Sullivan HS. The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 1931;88:519-40.
26. Menninger WC. Psychiatric hospital therapy designed to meet unconscious needs. Am J Psychiatry 1936;93:347- 60.
27. Cumming J, Cumming E. Ego and Milieu. Theory and practice of Environment Therapy. Chicago: Atherton; 1962.
28. Hinshelwood RD. Psychoanalytic Origins and Today's Work. The Cassel Heritage. In: Campling P, Haigh R, edi­tors. Therapeutic communities. Past, Present and Future. London: Jessica Kingsley Publishers; 1999. p. 39-49.
29. Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Anderssen N. Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway. Issues Ment Health Nurs 2009;30:151-8.
30. Bloor M, McKeganey N, Fronkert D. One Foot in Eden. London: Routledge; 1988.
31. Lees J, Manning N, Rawlings B.Therapeutic Community Effectiveness: A Systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Per­sonality Disorders and Mentally Disordered Offenders (CRD Report no. 17). York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 1999.
32. Rutter D,Tyrer P.The value of therapeutic communities in the treatment of personality disorder: a suitable place for treatment? J Psychiatr Prac 2003;9(4):291-302.
33. Jones M. Social psychiatry in the community in hospi­tals, and prisons. Illinois: Thomas; 1962.
34. Jones M. Beyond the Therapeutic Community. New Haven: Yale University Press; 1986.
35. Hodge S, Barr W, Göpfert M, Hellin K, Horne A, Kirk­caldy A. Qualitative findings from a mixed methods evaluation of once-weekly therapeutic community day services for people with personality disorders. J Ment Health 2010;19(1):43-51.
36. Loat M. Sharing the struggle: An exploration of mutual support processes in a therapeutic community. Thera­peutic Communities. Int J Therap Supp Organizations 2006;27(2):211-28.
37. Anthony WA. Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosoc Rehab J 1993;16(4):11-23.
38. Cranach M v. Von Rehabilitation zu Recovery - zur Wei­terentwicklung des Rehabilitationsbegriffs. In: Becker T, Bäuml J, Pitschel-Walz G, Weig W, editors. Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Köln: Ärzte-Verlag; 2007. p. 333-9.
39. Kelly M, Gamble C. Exploring the concept of reco­very in schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs

2005;12:245-51.

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011;199:445-52.
2. Le Boutillier C., Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. Psychiatr Serv 2011;62(12):1470-6.
3. Amering M, Schmolke M. Recovery - Das Ende der Un­heilbarkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007.
4. Turner D. Mapping the routes to recovery. Ment Health Today 2002;July:29-30.
5. Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
6. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus (Review). Am J Psychiatry 2005;162(3):441-9.
7. Schrank B, Amering M. «Recovery« in der Psychiatrie. Neuropsychiatr 2007;21(1):45-50.
8. Wilken JP. Understanding recovery from psychosis: a growing body of knowledge. Tidsskrift for Norsk Psyko- logforening 2007;44:658-66.
9. Crane-Ross D, Lutz WJ, Roth D. Consumer and case manager perspectives of service empowerment: rela­tionship to mental health recovery. J Behav Health Serv Res 2006;33:142-55.
10. Corrigan PW. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disorders. Psychiatr Serv 2006;57:1493-6.
11. Warner R. Recovery from Schizophrenia and the recove­ry model. Curr Opin Psychiatry 2009;22:374-80.
12. NICE. Schizophrenia. Core interventions in the treat­ment and management of schizophrenia in adults in primary and secundary care. NICE Clinical Guideline 82. London. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk): 2009.
13. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. An empirical conceptualization of the recovery orientation. Schizophr Res 2005;75:119-28.
14. Knuf A, Bridler S. Recovery konkret. Psychiatr Prax 2008;4:26-9.
15. Repper J, Perkins R. Social inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice. London: Balliere Tindall; 2003.
16. Coleman R. Recovery: An Alien Concept. Gloucester: Handsell Publishing; 1999.
17. Barbic S, Krupa T, Armstrong I. A randomized control­led trial of the effectiveness of a modified Recovery Workbook Program: Preliminary Findings. Psychiatr Serv 2009;60(4):491-7.
18. BeckerT, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Ver­sorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008.
19. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treat­ment for people with severe mental disorders. Cochra­ne Database Syst Rev 1998;2:CD001089.
20. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, Johnson T. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. Lancet

1992;339(8805):1311-4.

1. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Data­base Syst Rev 2010;CD007906. DOI: 10.1002/14651858. CD007906.pub2.
2. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. Schizophr Bull

1998;24(1):37-74.

1. Harvey C, Killaspy H, Martino S, White S, Priebe S, Wright C, Johnson S. A comparison of the implementation

of Assertive Community Treatment in Melbourne, Australia and London, England. Epidemiol Psychiatr Sci 2011;20(151):161.

1. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered per­sonality. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD000270; PMID: 10796336.
2. Zinkler M. Psychiatrische Fachpflege und gemeinde­psychiatrische Versorgung am Beispiel London. Wiener Med Wochenschr 2006;156:118-21.
3. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Re­ad P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. BMJ 1998;316(7125):106-9.
4. Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C.

A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. Br J Psychiatry 1993;163:49-54.

1. Gater R, Goldberg D, Jackson G, Jennett N, Lowson K, Ratcliffe J, Saraf T, Warner R. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. Psychol Med 1997;27(6):1325-36.
2. Burns T. End of the road for treatment-as-usual studies? Br J Psychiatry 2009;195(1):5-6.
3. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ 2007;335(7615):336.
4. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ 2006;332:815-20.
5. Lobban F, Taylor L, Chandler C,Tyler E, Kindermann P, Kolamunnage-Dona R, Gamble C, Peters S, Pontin E, Sellwood W, Morriss RK. Enhanced relapse prevention for bipolar disorder by community mental health teams: cluster feasibility randomised trial. Br J Psychiatry 2010;196:59-63.
6. Sammut R, Leff J. The effect of reprovision on the acute services. In: Leff J, editor. Care in the community: illu­sion or reality. Chichester: Wiley; 1997. p. 121-36.
7. Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Nervenarzt 2005;76:809-21.
8. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD001087; PMID: 17054133.
9. Fenton FR,Tessier L, Struening EL. A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1979;36(10):1073-9.
10. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. Aust N Z J Psychiatry 1983;17:160-7.
11. Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. BMJ

1992;304(6829):749-54.

1. Pasamanick B, Scarpitti FR, Lefton MDS, Wernert JJ, McPheeters H. Home versus hospital care for schizo­phrenics. J Am Med Association 1964;187:177-81.
2. Stein LI, Test MA, Marx AJ. Alternative to the hospital: a controlled study. Am J Psychiatry 1975;132:517-22.
3. Hoult J. Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. Soc Sci Med 1984;18(11):1005.
4. Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyler CR. Randomi­zed trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry 1998;155(4):516-22.
5. Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. Arch Gen Psychiatry 1980;37(4):400-5.
6. Fenton FR,Tessier L. A two-year follow-up of a compara­tive trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. Can J Psychiatry 1984;29(3):205-11.
7. Knapp M, Marks I, Wolstenholme J, Beecham J, Astin J, Audini B, Connolly J, Watts V. Home-based versus ho­spital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. Br J Psychiatry 1998;172:506-12.
8. Ford R, Minghella E, Chalmers C. Cost consequences of home-based and inpatient-based acute psychiatric treatment: results of an implementation study. J Ment Health 2001;10:467-76.
9. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKen­zie N, White IR, Thompson M, Bebbington P. Randomi­sed controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. Br Med J 2005;331:599.
10. McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, Thompson M, Bebbington P. Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. Epidemiol Psychiatr Soc 2009;18(1):54-8.
11. ThornicroftG,Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of commu­nity and hospital care. Br J Psychiatry 2004;185:283-90.

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

1. Thornicroft G,Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe Health Evidence Net­work (HEN); 2003.
2. Cotton M-A, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, Nolan F. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. BMC Psychia­try 2007;7(52): [http://www.biomedcentral.com/1471- 244X-7-52](http://www.biomedcentral.com/1471-244X-7-52).
3. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treat­ment: I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980;37:392-7.
4. Calsyn RJ, Yonker RD, Lemming MR, Morse GA, Klinken­berg WD. Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. Crim Behav Ment Health 2005;15(4):236-48.
5. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, Ackerson TH. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. Am J Orthopsy­chiatry 1998;68(2):201-15.
6. Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PW, Xie H, McGuire TG, Drake RE, McHugo GJ, Keller AM, Zubkoff M. Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Health Serv Res 1998;33:1285-308.
7. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided Assertive Community Treatment. Psychiatr Serv 1996;47(7):744-50.
8. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, Drake RE, McDonel Herr EC. Moving Assertive Community Treatment into standard practise. Psychiatr Serv 2001;52(6):771-9.
9. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a Mental Health Pro­gram Model. J Consult Clin Psychol 1994;62(4):670-8.
10. McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of Assertive Community Treatment: Judgement of the Experts. J Ment Health Administration 1995;22(2):113-25.
11. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J,

Watt H, Wright C. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technology Assessment 2001;5(15):1-139.

1. Ziguras SJ, Stuart GW. A Meta-Analysis of the Effective­ness of Mental Health Case Management over 20 Years. Psychiatr Serv 2000;51(11):1410-21.
2. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventi­ons to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry 2002;159(10):1653-64.
3. Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A Review of the Lite­rature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons with mental

illness who have been homeless. Am J Orthopsychiatry

2007;77(3):350-61.

Cold well CM, Bender WS. The effectiveness ofassertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. Am J Psychiatry

2007;164(3)393-9.

Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occuring severe mental and substance use disorders. J Subst Abuse Treat 2008;34:123-38.

Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Data­base Syst Rev 2008;CD001088; PMID: 11034697. Hemmings CP. Community services for people with intellectual disabilities and mental health problems. Curr Opin Psychiatry 2008;21:459-62.

Harrison-Read P, Lucas B, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Sim- monds S, Knapp M, Lowin A, Patel A, Hickman M. Heavy Users of Acute Psychiatric Beds: Randomized Controlled Trial of Enhanced Community Management in an outer London Borough. Psychol Med 2002;32:403-16.

Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. Psychiatr Serv 2006;57(10):1406-15.

Schonebaum AD, Boyd JK, Dudek KJ. A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. Psychiatr Serv 2006;57(10):1416-20. Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employ­ment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. Schizophr Bull 2006;32(2):378-95.

Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive Community Treatment in the Netherlands: A Randomized Controlled Trial. Acta Psychiatr Scand 2007;116:105-12.

Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. Br J Psychiatry 2009;195:81-2.

King R. Intensive Case Management: a critical re-apprai­sal of the scientific evidence for effectiveness. Adm Poli­cy Ment Health & Ment Health Serv Res 2006;33:529-35. Ohm G, Lambert M, Weatherly JN. Assertive Commu­nity Treatment psychotischer Patienten. In: Weatherly JN, Lägel R, editors. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2009. p. 183-9.

Längle G. Neue Modelle der Vernetzung. In: Schmidt­Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V., editors. Kooperation und Verantwortung in der Ge­meindepsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2009. p. 205-12.

1. Melzer D, Hale S, Malik SJ, Hogman GA, Wood S. Com­munity Care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. BMJ 1991;303:1023-6.
2. Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophr Bull 1982;8:655-74.
3. Johnson S, Prosser D, Bindmann J, Szmukler G. Con­tinuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemiol 1997;32(3):137-42.
4. Thornicroft G. The concept of Case Management for long-term mental illness. Int Rev Psychiatry 1991;3:125-32.
5. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case manage­ment for people with severe mental disorders. Cochra­ne Database Syst Rev 2000;2:CD000050.
6. Holloway F. Case Management for the mentally ill: looking at the evidence. Int J Soc Psychiatr 1991;37:2-13.
7. Moore SA. A social work practice model of case management: The case management grid. Social Work 1990;35:444-8.
8. Kanter J. Clinical Case Management: definition, principles, components. Hosp Community Psychiatry

1989;40:361-8.

1. Weick A, Rapp C, Sullivan WP, Kisthardt WA. Strengths perspective for social work practice. Social Work

1989;34:350-4.

1. Sullivan WP. Reclaiming the community:The strengths perspective and deinstitutionalization. Social Work 1992;37:204-9.
2. Rapp CA. Theory, principles, and methods of the strengths model of case management. In: Harris M, Bergman HC, editors. Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice. Langhorn: Harwood Academic Publishers; 1993. p. 143-64.
3. Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Cohen BF.The chro­nically mentally ill case management - more than a response to a dysfunctional system. Community Ment Health J 1988;24:219-28.
4. Anthony WA, Forbess R, Cohen MR. Rehabilitation orien­ted case management. In: Harris M, Bergman H, editors. Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice. Langhorn: Harwood Academic Publishers;

1993. p. 99-118.

1. Shern DL, Surles RC,Waizer J. Designing community treatment systems for the most seriously mentally ill: A state administrative perspective. J Soc Issues 1989;45:105-17.
2. Surles RC, Blanch AK, Shern DL, Donahue SA. Case Management as a strategy for systems change. Health Affairs 1992;11:151-63.
3. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treat­ment for people with severe mental disorders. Cochra­ne Database Syst Rev 2000;2:CD001089.
4. Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC. Assessing the eviden­ce on case management. Br J Psychiatry 2002;181:17-21.
5. BurnsT, Creed F, FahyT,Thompson S,TyrerP, White I. Intensive versus Standard Case Management for

Severe Psychotic Illness: A Randomized Trial. Lancet

1999;353:2185-9.

1. Holloway F, Carson J. Intensive Case Management for the severely mentally ill. Controlled trial. Br J Psychiatry 1998;172:19-22.
2. Issakidis C, Sanderson K, Teesson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive Case Management in Australia: a randomi­zed controlled trial. Acta Psychiatr Scand 1999;99:360-7.
3. Maylath E, Stark FM. Würde Managed Care die psychia­trische Versorgung in der Bundesrepublik in Deutsch­land verbessern? Psych 1999;25(12):744-51.
4. RekerT, Eikelmann B. Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. Psychiat Prax 2004;31(2):251-5.
5. Becker DR, Drake RE. Individual placement and sup­port: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. Community Ment Health J 1994;30(2):193-206.
6. Hatfield B, Huxley P, Mohamad H. Accomodation and employment: a survey into the circumstances and expressed needs of users of mental health services in a northern town. Br J Soc Work 1992;22:61-73.
7. Shepherd G, Murray A, Muijen M. Relativ values: the dif­fering views of users, family carers and professionals on services for people with schizophrenia in the commu­nity. London: The Sainsbury Centre for Mental Health; 1994.
8. Angermeyer MC, Matschinger H. Angehörige benötigen mehr Informationen und entlastende Angebote. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mit­gliedern des Berufsverbandes über die Belastungen und Bedürfnisse psychisch Kranker. Psychosoz Umschau 1996;11(2):I-III.
9. Richter D, Eikelmann B, RekerT. Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen 2006;68(11):704-7.
10. Watzke S, Galvao A, Hühne M, Gawlik B, Brieger P. Beruf­liche Rehabilitation psychisch Kranker. <http://www>. zsp-salzwedel.de/fileadmin/nowack/inhalte/zsp/Vor- trag\_DrBrieger.pdf 2008; (abgerufen am 17.05.2011).
11. Müller P, Worm M. Unemployment in psychiatric pa­tients. Psychiatr Prax 1987;14(1):18-21.
12. Harding CM, Strauss JS, Hafez H, Liberman PB. Work and mental illness I. Toward an integration of the rehabilita­tion process. J Nerv Ment Dis 1988;175:317-26.
13. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake R, Dain BJ. Work and nonvocational domains of functio­ning in persons with severe mental illness: A longitudi­nal analysis. J Nerv Ment Dis 1997;185(7):410-25.
14. Eklund M, Hansson L, Ahlqvist C.The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. Community Ment Health J 2004;40(5):465-77.
15. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? J Consult Clin Psychol 2001;69(3):489-501.

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

1. Engels D. Berufliche und soziale Integration psychisch Behinderter in den neuen Bundesländern. Forschungs­bericht (Vol. 258). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 1996.
2. Ciompi L, Ague C, Dauwalder J. Ein Forschungspro­gramm über die Rehabilitation psychisch Kranker. I Konzepte und methodische Probleme. Nervenarzt

1977;48:12-8.

1. RekerT, Eikelmann B, Schonauer K, Folkerts H. Arbeits­rehabilitation chronisch psychisch Kranker. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über 3 Jahre. Psychiat Prax 1998;25:76-82.
2. MatschnigT, Frottier P, Seyringer M-E, Frühwald S. Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen - ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. Psychiat Prax

2008;35:271-8.

1. Bond GR, Drake R, Mueser K, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatr Serv 1997;48:335-46.
2. Becker GR, Drake RE. A working life. The individual pla­cement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center; 1993.
3. Bond GR. Supported employment: evidence for an evi­dence based practice. Psychiatr Rehab J 2004;27:345-59.
4. Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT. Research on the individual placement and support model of suppor­ted employment. Psychiatric Quarterly 1999;70(4):289- 301.
5. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2001;2:CD003080.
6. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: sys­tematic review. BMJ 2001;322(7280):204-8.
7. Meyer T. Persönliche Budgets zur «Teilhabe am Arbeits­leben«. Eine Gegenüberstellung theoretischer Reali­sierungsmöglichkeiten und konkreter Praxis. impulse 2006;40:10-8.
8. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabili­tation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Nerv Ment Dis 2003;8:515-23.
9. Tsang HW, Pearson V. Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. Schizophr Bull 2001;27(1):139-48.
10. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on rando­mized controlled trials of evidence-based supported employment. Psychiatr Rehab J 2008;4:280-90.
11. Burns TJ, Catty T, Becker R, Drake A, Fioritti M, Knapp C, Lauber W, Rössler T, Tomov JvB. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007;370(9593):1146-52.
12. Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefitsfrom sup­ported employment: a meta-analytic study. Schizophr Bull 2011;37(2):370-80.

Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, Essock SM, Becker DR, Wolfe R, Swain K. The Hartford Study of supported employment for persons with severe mental illness. J Consult Clin Psychol 2004;72:479-90.

Lehman AF, Goldberg RW, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, McDonnell K. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatr 2002;59:165-72.

Cook JA, Leff HS, BlylerCR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, Toprac MG, McFarlane WR, Shafer MS, Blan- kertz LE, Dudek K, Razzano LA, Grey DD, Burke-Miller J. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 2005;62:505-12.

Cook JA, Lehman AF, Drake R. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, con­trolled trial of supported employment. Am J Psychiatry 2005;162(10):1948-56.

McGurk SR, Mueser KT, Feldman MA, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 Year Outcomes of a randomise controlled trial. Am J Psychiatry 2007;164:437-41.

McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. A cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one year results from a randomised controlled trial. Schizophr Bull 2005;31:898-909.

Howard LM, Heslin M, Leese M, McCrone P, Rice C, Jar- rett M, Spokes T. Supported employment: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010;196:404-11.

Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupa­tion, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. Soc Psychiatr Epidemiol 2004;39:686-94.

Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work- related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;12:624-31.

Watzke S, Galvao A, Brieger P. Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany:

A controlled study. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemiol 2009;44:523-31.

Haerlin C. Beschäftigungstherapie nach Akutstadium.

In: Jentschura G, Janz HW, editors. Beschäftigungsthera­pie. Stuttgart: Thieme; 1979. p. 106-19.

Reker T. Psychiatrische Arbeitstherapie - Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. Psychiat Prax 1999;26(1):12-5.

Längle G, Köster M, Mayenberger M, Günthner A. Der therapeutische Arbeitsversuch - Eine Annäherung an die Arbeitswelt für Psychiatriepatienten. Psychiat Prax 2000;27:176-82.

Wiedl KH, Kemper K, Längle G, Höhl W, Salize H-J, Machleidt W, Weig W. Arbeitstherapie bei schizophre­nen Patienten: Keine oder doch differenzielle Effekte? Psychiat Prax 2006;33:383-9.

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

1. Längle G, Bayer W, Köster M, Salize HJ, Höhl W, Mach- leidt W, Wiedl KH, Buchkremer G. Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeuti- scher Maßnahmen ? - Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. Psychiat Prax 2006;33:34-41.
2. Bayer W, Köster M, Salize HK, Höhl W, Machleidt W, Wiedl KH, Buchkremer G, Längle G. Längerfristige Auswirkun­gen stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maß­nahmen auf die berufliche Integration schizophrener Patienten. Psychiat Prax 2008;35:170-4.
3. Salize HJ, Schuh C, Krause M, Reichenbacher M, Stamm K, Längle G, und die KN-Schizophrenie-Projektgruppe Arbeitsrehabilitation. Senken arbeitsrehabilitative Maß­nahmen während stationärpsychiatrischer Behandlung langfristig die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie? Ergebnisse einer kontrollierten Multi­zenterstudie. Psychiat Prax 2007;34:246-8.
4. RekerT. Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psy­chisch Kranke und Behinderte. Forschungsbericht 257, Sozialforschung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 1996.
5. RekerT, Eikelmann B. Work therapy for schizophrenic patients: Results of a 3-year prospective study in Germa­ny. Eur Arch Clin Neurosci 1997;247:314-9.
6. Bell M, Milstein R, Lysaker P. Pay as an incentive in work participation by patients with severe mental illness. Hosp Community Psychiatry 1993;44:684-6.
7. Blankertz L, Robinson S. Adding a vocational fo­cus to mental health rehabilitation. Psychiatr Serv 1996;47(11):1216-22.
8. Haerlin C. Basiswissen: Berufliche Beratung psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2010.
9. Shepherd G, Murray A. Residential Care. In: Thornicroft G, Szmukler G, editors. Textbook of Community Psychia­try. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 309-20.
10. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozial­ordnung Familie und Frauen. Grundsätze zur Versor­gung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. München: Bayrisches Staatsmininsterium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen; 2007.
11. Leff J, Gooch C.Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: Prospective Follow-Up Study of Long Stay Patients Discharged From Two Psychiatric Hospitals. Am J Psychiatry 1996;153:1318-24.
12. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A. Residential care in Italy. Br J Psychiatry 2002;181:220-5.
13. Bauer M, Kunze H, Cranach M v, Fritze J, Becker T. Psy­chiatric Reform in Germany. Acta Psychiatr Scand Suppl 2001;104(410):27-34.
14. KaiserW, Hoffmann K, Isermann M, Priebe S. Langzeit­patienten im Betreuten Wohnen nach der Enthospitali- sierung - Teil V der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatr Prax 2001;28:235-43.
15. Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R, David C, Elliott HJ. Twenty-four hour care for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:CD004409.

Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2006;4:CD000453; PMID:12519544. KyleT, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. Health Soc Care Community 2008;16(1):1-15.

Lipton FR, Nutt S, Sabatini A. Housing the homeless mentally ill: a longitudinal study of a treatment appro­ach. Hosp Community Psychiatry 1988;39(1):40-5.

Dickey B, Gonzalez O, Latimer E, Powers K, Schutt R, Goldfinger S. Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing. Psychiatr Serv 1996;47(2):152-8.

Seidman LJ, Schutt RK, Caplan B, Tolomiczenko GS, Turner WM, Goldfinger SM. The effect of housing inter­ventions on neuropsychological functioning among homeless persons with mental illness. Psychiatr Serv 2003;54(6):905-8.

Schutt RK, Goldfinger S, Penk WE. Satisfaction with resi­dence and with life: when homeless mentally ill persons are housed. Eval Program Plann 1997;20(2):185-94. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. Health Soc Work 2004;27(4):262- 73.

Taylor TL, Killaspy H, Wright C,Turton P,White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisova L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry 2009;9:55.

Bitter D, Entenfellner A, Matsching T, Frottier T, Früh­wald S. Da-Heim im Heim?! Bedeutet Ent-Hospitali- sierung auch Ent-Institutionalisierung? Psychiatr Prax 2009;36:261-9.

Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V, Hallam A, Fenyo A, Marks IM, Connolly J, Audini B, Muijen M. Service use and costs of home-based versus hospital- based care for people with serious mental illness. Br J Psychiatry 1994;165(2):195-203.

Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore R, Knapp M. Hou­sing services for people with mental disorders in Eng­land: patient characteristics, care provision and costs. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemiol 2009;44(10):805-14. Kallert TW, Leisse M, Winiecki P. Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. J Pub Health 2007;15(1):29-42.

Franz M, Meyer T, Ehlers F, Gallhofer B. Schwer chronisch kranke schizophrene Langzeitpatienten. Welche Merkmale beeinflussen den Prozess der Enthospitalisie- rung? Teil 4 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Krankenhauspsychiatrie 2001;12(Sonderheft 2):95-100.

1. Leisse M, KallertTW. Individueller Hilfebedarf und Platzierung in gemeindepsychiatrischen Versorgungs­angeboten. Nervenarzt 2003;74(9):755-61.
2. Richter D. Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbünden des Landschaftsverbands West­falen-Lippe. Psychiatr Prax 2010;37:127-33.
3. Moos M, Wolfersdorf M. Wohnen und Rehabilitation.

In: Becker T, Bäuml J, Pitschel-Walz G, Weig W, editors. Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Köln: Ärzte-Verlag; 2007. p. 189-206.

1. Kunze H. Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Nervenarzt 1977;48:83-8.
2. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Bechdolf A, Behrendt B,

Bender M, Berger H, Bergmann F, Conradt B, D'Amelio R, Froböse T, Gunia H, Heinz A, Hornung WP, Hornung­Knobel S, Jensen M, Juckel G, Kissling W, Klingberg S, Kohler T, Lägel R, Luderer H-J, Mönter N, Mösch E, Plei- ninger-Hoffmann M, Puffe M, Rentrop M, Rummel-Kluge C, Chirazi-Stark F-MS, Schaub A, Schönell H, Sibum B, Stengler K, Wiedemann G, Wienberg G. Psychoeduka­tion bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe «Psychoeduaktion bei schizophre­nen Erkrankungen«. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage ed. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2008.

1. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. Schizophr Bull 1980;6:490-515.
2. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family Psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J Marital Fam Ther 2003;29(2):223-45.
3. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizo­phrenia. New York: Guilford; 1984.
4. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizo­phrenia. Br J Psychiatry 1989;154:58-66.
5. Wynne LC. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand 1994;384:125-32.
6. Wynne LC, McDaniel SH, Weber TT. Professional politics and the concepts of family therapy, family consultation, and systems consultation. Fam Process 1987;26(2):153-66.
7. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. Schizophr Bull 1996;22(1):41-50.
8. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Effectiveness of two models of brief family education: Retention of gains by family members with serious mental illness.

Am J Orthopsychiatry 1997;67(2):177-86.

1. Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman RM. Pilot study of the effectiveness of the Family-to-Family EducationProgram. Psychiatr Serv 2001;52(7):965-7.
2. Jensen M, Chirazi-Stark F-MS. Diagnoseübergreifende psychoedukative Gruppen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, editors. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankun­gen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe «Psychoedu- aktion bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 163-75.
3. WHO. World Health Organization (WHO) Mental Health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Denmark: WHO; 2005.
4. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psychiatr Soc 2005;14:1-3.
5. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. Psychiatr Serv 2005;56(11):1441-3.
6. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizo­phrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002;2:CD002831; PMID: 11034771.
7. Lincoln TM, Wilhelm K, NestoriucY. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. Schizophr Res 2007;96(1-3):232-45.
8. Bäuml J, Kissling W, Pitschel-Walz G. Psychoedukati­ve Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. Nervenheilkunde 1996;6(15):145-50.
9. Hornung WP, Holle R, Schulze Monking H, Klingberg S, Buchkremer G. Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Ergebnisse einer 1-Jahres-Katamnese. Nervenarzt 1995;66:828-34.
10. Merinder LB, ViuffAG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemiol 1999;34(6):287-94.
11. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP.The im­pact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psychiatry

1996;168(2):199-204.

1. Xiang Y, Weng Y, Li W, Gao L, Chen G, Xie L, Chang Y,

Tang W-K, Ungvari G. Training patients with schi­zophrenia with the community re-entry module: A controlled study. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemiol

2006;41 (6) :464-9.

1. Vreeland B, Minsky S, Yanos PT, Menza M, Gara M, Kim E, Toto AM, Allen L. Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. Psychiatr Serv 2006;57(6):822-8.
2. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizo­phrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. Acta Psychiatr Scand 2000;102:81-97.
3. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. Schizophr Bull 2001;27(1):73-92.
4. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family interven­tion and cognitive behaviour therapy. Psychol Med

2002;32(5):763-82.

1. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Effi­cacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull

2006;32(Suppl1):S64-S80.

1. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family inter­vention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev

2006;4:CD000088.

1. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family inter­vention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010;12:CD000088.
2. Falloon IR. Family Management of Schizophrenia: A controlled study of clinical, social, family and economics benefits. Baltimore: John Hopkins University Press; 1985.
3. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M, Family Intervention Working Group. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeduaction for schizophrenia. Psychiatr Serv 2006;57(12):1784-91.
4. Aguglia E, Pascolo-Fabrici E, Bertossi F, Bassi M. Psy­choeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian commu­nity psychiatric network. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2007;3:7.
5. Carra G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo CL. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci

2007;257(1) :23-30.

1. McFarlane WR, Hornby H, Dixon L, McNary S. Psy­choeducational multifamily groups: research and implementation in the United States. In: McFarlane WR, editor. Multifamily group treatment for severe psychia­tric disorders. New York: Guilford; 2002. p. 43-60.
2. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schi­zophrenia. Qual Life Res 2007;16:739-47.
3. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-Garcia M. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. Soc Psychiarty Psychiatr Epidemiol 2009;44(5):343-8.
4. Kuipers E, Leff J, Lam DH. Family workfor schizophrenia - a practical guide. London: Gaskell Press/Royal College of Psychiatrics; 1992.
5. NasrT, Kausar R. Psychoeducation and the family bur­den in schizophrenia: a randomised controlled trial. Ann Gen Psychiatry 2009;8:17.
6. Chien WT, Wong KF. A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. Psychiatr Serv 2007;58(7):1003-6.
7. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple-fa­mily groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995;52(8):679-87.
8. Chan SW, Yip B,Tso S, Cheng B, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. Patient Educ Couns 2009;75:67-76.
9. Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. Eur Arch Psy­chiatry Clin Neurosci 2002;252(3):115-9.
10. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Ran­domised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ 1999;318(7177):149-53.
11. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parra- mon G, Corominas J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recur­rences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003;60(4):402-7.
12. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Martinez-Aran
13. Group psychoeducation for stabilised bipolar disor­ders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2009;194:260-5.
14. Colom F, Vieta E. Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
15. Scott J, Colom F, Popova E, Benabarre A, Cruz N, Valenti M, Goikolea JM, Sanchez-Moreno J, Asenjo MA, Vieta E. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructu­red group support for bipolar disorders: A cost-benefit analysis. J Clin Psychiatry 2009;70(3):378-86.
16. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Torrent C, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Comes M. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. Bipolar Disord 2004;6:294-8.
17. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho­education in bipolar disorders: effect on expressed emotion. Psychiatry Res 1997;72:17-22.
18. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psy­choeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2003;60(9):904-12.
19. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, Torrent C, Martinez-Aran A, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Salamero M, Vieta E. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008;10:511-9.
20. Rea MM,Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment ver­sus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 2003;71(3):482-92.
21. Bauml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry 2007;68(6):854-61.
22. Pitschel-WalzG, Bäuml J, BenderW, Engel RR,Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry

2006;67(3):443-52.

1. Hornung WP, Feldmann R, Schonauer K, Schafer A, Monking HS, Klingberg S, Buchkremer G. Psychoeduka­tiv-psychotherapeutische Behandlung von schizophre­nen Patienten und ihren Bezugspersonen. II. Ergän­zende Befunde der 2-Jahres-Katamnese. Nervenarzt 1999;70(5):444-9.
2. Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Monking H, Hornung WP. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-gi­vers: results of a 2-year follow-up. Acta Psychiatr Scand

1997;96(6):483-91.

1. Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, Reker T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons - Results of a five-year follow-up. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999;249(3):162-7.
2. Hahlweg K, Dürr H, Schröder B. Familienbetreuung als verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophy­laxe bei schizophrenen Patienten. In: Krausz M, Naber D, editors. Integrative Schizophrenietherapie. Basel: Karger; 2000. p. 86-112.
3. Bechdolf A, KnostB, Kuntermann C, Schiller S, Kloster­kötter J, Hambrecht M, Pukrop R. A randomized compa­rison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2004;110:21-8.
4. Bechdolf A, Köhn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J.

A randomized comparison of group cognitive-beha­vioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months.

Acta Psychiatr Scand 2005;112:173-9.

1. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in Schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophr Bull 2006;32(4):765-75.
2. Kissling W, Seemann U. Psychoedukation im Rahmen der Integrierten Versorgung. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, editors. Psychoedukation bei schizophrenen Erkran­kungen. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 263-9.
3. Lägel R, Puffe M. Psychoedukative Modelle außerhalb von Klinik und Institutsambulanz - Erfahrungen aus einem Modellprojekt. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, editors. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankun­gen. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 244-51.
4. Wienberg G, Sibum B. Psychoedukation im gemeinde­psychiatrischen Verbund. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, editors. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankun­gen. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 252-62.
5. Wienberg G. Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen - Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.
6. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Helbig A, Popp HKW. «Peer to Peer«-Psychoedukation. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, editors. Psychoeduaktion bei schizophre­nen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 308-14.
7. Rummel C, Hansen WP, Helbig A, Pitschel-Walz G. Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: A new approach. J Clin Psychiatry 2005;66:1580-5.
8. Elgeti H, Lisowsky B. Jetzt helfen wir uns selbst! - Eva­luation eines Schulungsprojektes der Familienselbsthil­fe Psychiatrie. Psychiatr Prax 2010;37:252-4.
9. Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukative Therapie.

In: Arolt V, Kersting A, editors. Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin: Springer Verlag; 2010. p. 121-34.

1. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. Schizophr Bull 2006;32:12-23.
2. Meier VJ, Hope DA. Assessment of social skills. In:

Bellack AS, Hersen M, editors. Behavioral Assessment. Needham Heigths: Allyn & Bacon; 1998. p. 232-55.

1. Morrison RL, Bellack AS. Social skills training. In: Bellack AS, editor. Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation. Orlando: Grune & Stratton; 1984. p. 247-79.
2. Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. Psychiatr Rehab J 2004;27(4):375-91.
3. Bellack AS, Mueser K. Psychosocial treatment of schizo­phrenia. Schizophr Bull 1993;19:317-36.
4. Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am J Psychiatry 2001;158(2):163-75.
5. Liberman RP, Mueser K, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophr Bull 1986;12(4):631-47.
6. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integra­ted psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? Schizophr Bull 2006;32(Suppl1):S81-S93.
7. Penn DL, Roberts DL, Combs D, Sterne A. The develop­ment of the Social and Interaction Training Program for schizophrenia spectrum disorders. Psychiatr Serv 2007;58(4):449-51.
8. Combs D, Adams SD, Penn DL. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schi­zophrenia spectrum disorders: preliminary findings. Schizophr Res 2007;91:112-6.
9. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K,Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J. Supplementing clinic-ba­sed skills training with manual-based community sup­port sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2002;159(5):829-37.
10. Liberman RP, Glynn SM, Blair KE. In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. Psychiatry 2002;65:137-55.
11. Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. Arch Gen Psychiatr 2006;63(4):426-32.
12. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Peri- voliotis D, Pedrelli P, Patterson T, Jeste DV. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills trai­ning for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. Am J Psychiatry 2005;162(3)520-9.
13. Bartels SJ, Forester B, Mueser KT. Enhanced skills training and health care management for older adults with severe mental illness. Community Ment Health J 2004;40:75-90.
14. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older adult patients with schi­zophrenia. J Psychother Pract Res 2000;9:149-56.
15. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman T, Vaccaro JV, Keuehnel TG. Innovations in skills training for the seriously mental ill : the UCLA Social and Independent living Skills Moduls. Innov Res 1993;2:43-60.
16. Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila- Fraga W, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial interven­tion study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Am J Geriatr Psychiatry 2003;11(1):17-23.
17. Cavanagh S. Pflege nach Orem. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1995.
18. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C. Psychological treat­ments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychol Med 2002;32(5):783-91.
19. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1996;153(12):1585-92.
20. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schi­zophrenia. Am J Psychiatry 1998;155(8):1087-91.
21. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. J Consult Clin Psychol 2008;76(3):491-504.
22. Hodel B, Kern RS, Brenner HD. Emotional Management Training (EMT) in persons with treatment-resistent schizophrenia: first results. Schizophr Res 2004;68:107-8.
23. Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD. Improving recrea­tional, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2001;52:1439-41.
24. Roder V, Brenner HD, Müller D. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. Acta Psychiatr Scand 2002;105:363-71.
25. Horan W, Kern RS, Shokat-Fadai K, Sergi MJ, Wynn JK, Green MF. Social cognitive skills training in schizophre­nia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. Schizophr Res 2009;107:47-54.
26. Galderisi S, Piegari G, Mucci A, Acerra A, Luciano L, Ra- basca AF, Santucci F, Valente A, Volpe M, Mastantuono P, Maj M. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009;260(4):305-15.
27. Xiang YT, Weng YZ, Li WY, Gao L, Chen GL, Xie L, Chang YL, Tang WK, Ungvari GS. Efficacy of the Community Re­Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. Br J Psychiatry

2007;190:49-56.

1. Kern RS, Green MF, Mitchell S, Kopelowicz A. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia. Am J Psychiatry 2005;162(3):513-9.
2. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomi­zed trial on cognition and behavior. Arch Gen Psychiatry 2004;61:866-76.
3. Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. Durability and me­chanism of effects of Cognitive Enhancement Therapy. Psychiatr Serv 2006;57(12):1751-7.
4. Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, Savitz A, Liberman RP, Berten S, Starobin H. Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia. Schizophr Bull 2009;35(1):222-32.
5. Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schi­zophrenia: A family-assisted, skills training approach. Schizophr Bull 2003;29(2):211-27.
6. Moriana JA, Alarcon A, Herruzo J. In-home psycholo­gical skills training for patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2006;57(2):260-2.
7. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Link PC, Perivo- liotis D, Gottlieb JD, Patterson TL, Jeste DV. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. J Clin Psychiatry 2007;68(5):730-7.
8. Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Schizophr Res 2006;86(1-3):291-9.
9. Campbell AM, McCreadie R. Occupational therapy is effective for chronic schizophrenic day-patients. Br J Occupational Ther 1983;46:327-9.
10. Brown MA, Munford AM. Life skills training for chronic schizophrenics. J Nerv Ment Dis 1983;171(8):466-70.
11. Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2008;2:CD000381, PMID: 10796353.
12. Mausbach BT, Cardenas V, McKibbin C, Jeste DV, Patterson TL. Reducing emergency medical services use in patients with chronic psychotic disorders: results from the FAST intervention study. Behav Res Ther 2008;46(1):145-53.

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

1. Gigantesco A, Vittorielli M, Pioli R, Falloon I, Rossi G, Morosini P. The VADO approach in psychiatric rehabi­litation: A randomized controlled trial. Psychiatr Serv 2006;57(12):1778-83.
2. Oster GD, Gould P. Zeichnen in Diagnostik und Therapie. Eine Anleitung. Paderborn: Junfermann; 1999.
3. Wilke E. Tanztherapie.Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Huber; 2007.
4. Heimes S. Künstlerische Therapien. Ein intermedialer Ansatz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2010.
5. Spreti von F, Martius P, Förstl H. Kunsttherapie bei psy­chischen Störungen. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005.
6. Hörmann K. KünstlerischeTherapien - Begriffserklä­rung. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 2008;19(4):153-9.
7. Petersen P. Künstlerische Therapien: Wege zur psycho­sozialen Gesundheit. Dtsch Arztebl 2000;97(14):A- 903-A-906.
8. Karkou V, Sanderson P. Arts Therapies. A Research-Based Map of the Field. Edinburgh: Elsevier at Churchill Living­stone; 2006.
9. Goodill S. An Indroduction to Medical Dance/Move- ment Therapy. Health Care in Motion. Springfield: Charles C. Thomas; 2005.
10. Strauß B, Wittmann WW. Wie hilft Psychotherapie? In: Senf W, Broda M, editors. Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltensthe­rapie, Systemische Therapie. 2. neu bearb. u. erw. Aufl. Stuttgart, Berlin: Thieme; 2000. p. 734-45.
11. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley; 1994. p. 270-376.
12. Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe; 1994.
13. Hillecke T, Wilker F-W. Ein heuristisches Wirkfaktoren­modell der Musiktherapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2007;28(1):62-85.
14. Smeijsters H. De kunsten van het leven. Diemen:Veen Magazines; 2008.
15. Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe; 2000.
16. Fuchs T. Reiz und Responsivität. In: Hampe R, Martius P, Ritschl D, Spreti Fv, Stalder PB, editors. Kunstreiz. Neuro- biologische Aspekte künstlerischer Therapien. Berlin: Frank & Timme; 2009. p. 77-90.
17. Margraf J, Schneider S. Lehrbuch derVerhaltensthera- pie. Band I. Berlin: Springer; 2008.
18. Müller P. Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen - historische Entwicklung, Effizienz und gegenwärtig Anerkanntes. Fortschr Neurol Psychiat 1991;59:277-85.
19. Kates J, Rockland LW. Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient. Am J Psychother 1994;48:543-61.
20. Smeisters H. Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe; 1999.
21. Oerter U, Scheytt-Hälzner N, Kächele H. Musiktherapie in der Psychiatrie. Nervenheilkunde 2001;8:428-33.

Born R. Der kompetente Patient: Die subjektive Wahr­nehmung und Verarbeitung Künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik. Eine Patientenbefra­gung zur Kunsttherapie. Frankfurt: Peter Lang; 2006. Glöckler M, Schürholz J,Treichler M. Anthroposophische Medizin. In: Zentrum zur Dokumentation für Naturheil­verfahren, Forschungsinstitut Freie Berufe Lüneburg, editors. Dokumentation der besonderen Therapie­richtungen und natürlichen Heilweisen in Europa, Vol.1. Essen: VGM; 1991. p. 215-336.

Green BL, Wehling C,Talsky GJ. Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. Hosp Community Psychiatry 1987;38(9):988-91.

Richardson P, Jones K, Evans C, Stevens P, Rowe A. Ex­ploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. J Ment Health 2007;16(4):483-91. Röhricht F, Priebe F. Effect of body-oriented psychologi­cal therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. Psychol Med 2006;36:669-78. Yang W-Y, Li Z, Weng Y-Z, Zhang H-Y, Ma B. Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizo­phrenia. Hong Kong J Psychiatry 1998;8(1):38-40.

Talwar N, Crawford MJ, Maratos A, Nur U, McDermott O, Procter S. Music therapy for in-patients with schizo­phrenia: exploratory randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;189:405-9.

Ulrich G, Houtmans T, Gold C. The additional thera­peutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. Acta Psychiatr Scand 2007;116(5):362-70.

Eschen JT. Zur Abgrenzung vontherapeutisch orientier­ter Arbeit mit Musik in der Sozialpädagogik zur Musik­therapie. In: Finkel K, editor. Handbuch Musik- und Sozialpädagogik. Regensburg: Bosse; 1979. p. 513-4.

Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2005;2:CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.

Maratos A, Crawford M. Composing ourselves: What role might music therapy have in promoting recovery from acute schizophrenia? London West Mental Health R&D Consortium's 9th Annual Conference; 2004.

Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. Br J Psychiatry 1994;165:38-44.

Ulrich G. The added value of group music therapy with schizophrenic patients: A randomised study. Heerlen, NL: Open Universiteit; 2005.

Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009;29:193-207.

Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev 2008;1:CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.

1. Radulovic R, Cvetkovic M, Pejovic M. Complementa­ry musical therapy and medicamentous therapy in treatment of depressive disorders. WPA Thematic Confe­rence Jerusalem; 1997.
2. von Spreti F, Martius P. Kunsttherapie. In: Möller H-J,

Laux G, Kapfhammer H-P, editors. Psychiatrie, Psychoso­matik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie.

4., erw. und vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011. p. 1079-83.

1. Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2005;4:CD003728. DOI: 10.1002/14651858.
2. DGFT. Was ist Theater- und Dramatherapie? <http://www>. dgft.de/go.php?menue=startseite; 2010.
3. Ruddy R, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophre­nia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2007;1:CD005378. DOI:10.1002/14651858.
4. Zhou Y,Tang W. A controlled study of psychodrama to improve self-esteem in patients with schizophrenia. Chinese Ment Health J 2002;16:669-71.
5. Qu Y, Li Y, Xiao G.The efficacy ofdramatherapy in chro­nic schizophrenia. Chinese J Psychiatry 2000;33(4):237-9.
6. Nitsun M, Stapleton JH, Bender MP. Movement and drama therapy with long stay schizophrenics. Br J Med Psychol 1974;47:101-19.
7. Whetstone WR. Social dramatics: social skills deve­lopment for the chronically mentally ill. J Adv Nurs 1986;11(1):67-74.
8. Gutride ME, Goldstein AP, Hunter GF.The use of modeling and role playing to increase social interac­tion among asocial psychiatric patients. J Consult Clin Psychol 1973;40:408-15.
9. Ritter M, Graff K. EffectsofDance/Movement Therapy: A meta-analysis. Arts Psychotherapy 1996;23(3):249-60.
10. Xia J, GrantTJ. Dance therapy for schizophrenia. Cochra­ne Database Syst Rev 2009;1:CD006868.
11. Gold C, Rolvsjord R, Aaro LE, AarreT, Tjemsland L, Stige
12. Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: protocol for a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2005;5:39.
13. Crawford J, Killapsy H, Kalaitzaki E, Barrett B, Byford S, Patterson S, Soteriou T, O'Neill FA, Clayton K, Maratos A, Barnes TR, Osborne D, Johnson T, King M, Tyrer P, Waller D. The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. BMC Psychiatry 2010;10(65).
14. Erkkila J, Gold C, Fachner J, Ala-Ruona E, Punkanen M, Vanhala M. The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomi­sed controlled trial. BMC Psychiatry 2008;8:50.
15. Hamberger C. Kunsttherapie in Krankenhäusern ... ein Fortsetzungsbericht. 25. Mitgliederrundbrief des DFKGT (1/2008). Köln: Claus Richter Verlag; 2008.
16. DFKGT, BAG. Zahlen, Fakten, Daten zu den künstleri­schen Therapien in Deutschland. Köln: Faltblatt des Landschaftsverbandes Rheinland; 2002.
17. Kächele H, Oerter U, Scheytt-Hölzer N, Schmidt HU. Mu­siktherapie in der deutschen Psychosomatik. Kranken­versorgung, Weiterbildung und Forschung. Psychothe­rapeut 2003;48:155-65.
18. Martius P, von Spreti F, Henningsen P. Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Urban & Fischer; 2008.
19. Kunzmann B, Aldridge D, Gruber H, Hamberger C, Wichelhaus B. Gesetzlicher Rahmen des Fallpauschalen­gesetzes - Qualitätssicherung und Erfassung psychoso­zialer Leistungen. Initiativen und Entwicklungen für die Künstlerischen Therapien. Musik-, Tanz- und Kunstthera­pie 2005;16(2):87-94.
20. DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumenta­tion und Information. DIMDI: Medizinwissen. Kapitel 9: ERGÄNZENDE MASSNAHMEN, Psychosoziale, psycho­somatische, neuropsychologische und psychotherapeu- tischeTherapie. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/> prozeduren/ops301/opshtml2010/block-9-40... 9-41.htm (abgerufen am 11.10.2010); 2010.
21. DRV. Klassifikation TherapeutischerLeistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). Berlin: <http://www>. deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/ contentblob/35530/publicationFile/2102/ktl\_2007\_pdf (abgerufen am 11.10.2010); 2007.
22. G-BA. Anhang 2 zu Anlage 1 der Regelungen zum Quali­tätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R). <http://www.g-ba>. de/downloads/17-98-2680/Vb-Qualit%C3%A4tsbericht- Anl1-Anh2-2009-03-19.pdf (abgerufen am 15.06.2010); 2009.
23. Felber W, Reuster T. Soziotherapie und Psychophar­maka. In: Reuster T, Bach O, editors. Ergotherapie und Psychiatrie. Perspektiven aktueller Forschung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2002. p. 35-40.
24. Witschi T. Ergotherapie. In: Rössler W, Lauber C, editors. Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Sprin­ger; 2004. p. 355-63.
25. Habermann C, Unterberger J, Broocks A. Ergotherapie, Kreativtherapie, Körper- und Sporttherapie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H-P, editors. Psychiatrie und Psychotherapie. Allgemeine Psychiatrie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008. p. 883-910.
26. Marotzki U. Zwischen medizinischer Diagnose und Le­bensweltorientierung. Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
27. Deutscher Verband der Ergotherapeuten. <http://www>. dve.info/fachthemen/definition-ergotherapie.html ; 2007.
28. Miesen M. Berufsprofil Ergotherapie. Idstein: Schulz Kirchner Verlag; 2004.
29. Scheiber I. Ergotherapie in der Psychiatrie. Köln: Stam; 1995.
30. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.
31. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für schi­zophrene Patienten. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1992.
32. Hayes RL, Halford WK. Generalization of occupational therapy effects in psychiatric rehabilitation. Am J Occu­pational Ther 1993;47(2):161-7.
33. Cook S, Chambers E, Coleman JH. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot ranomized controlled trial. Clin Rehabil

2009;23:40-52.

1. ReusterT. Effektivität der Ergotherapie im psychiatri­schen Krankenhaus. Mit einer Synopse zu Geschichte, Stand und aktueller Entwicklung der psychiatrischen Ergotherapie. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2006.
2. Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiat­rischen Krankenhaus. In: Reuster T, Bach O, editors. Ergotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2002. p. 41-68.
3. Buchain PC, Vizzotto ADB, Neto JH, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr

2003;25(1):26-30.

1. Falk-Kessler J. Skills training or occupational therapy for persistent schizophrenia (Letter to the editor). Am J Psychiatry 1999;156:1293-4.
2. Drake M, Tubbs C, Titus J, Street L, Giroux P, Groat B, Andrews DL, Davis R, Tennant R, Edwards AB, Hester P. Skills training or occupational therapy for persistent schizophrenia. Am J Psychiatry 1999;156(8):1294.
3. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R.Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. Psychiatr Serv 1998;49(10):1313-6.
4. WykesT, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The Effects of Neurocognitive Remediation on Executive Processing in Patients With Schizophrenia. Schizophr Bull 1999;25(2):291-307.
5. Wykes T, Reeder C, Williams C, Corner J, Rice C, Everitt B. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophre­nia. Schizophr Res 2003;61:163-74.
6. Bayer W, Koester M, Salize HJ, Hoehl W, MachleidtW, Wiedl KH, Buchkremer G, Laengle G. Längerfristige Aus­wirkungen stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Integration schizophre­ner Patienten. Psychiatr Prax 2008;35(4):170-4.
7. Duncombe LW. Comparing learning of cooking in home and clinic for people with schizophrenia. Am J Occupa­tional Ther 2004;58:272-8.
8. Mairs H, BradshawT. Life skills training in schizophrenia. Br J Occupational Ther 2004;67:217-24.
9. Cook S, Howe A. Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. Br J Occupational Ther 2003;66(6):236-46.
10. Knobloch J, Fritz A. Erklärungsansätze für psychische Effekte von Bewegungsprogrammen. In: Hölter G, editor. In Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung. Reihe «Motorik«. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann; 1993. p. 3-51.
11. Hölter G, Deimel H, Degener H, Schwiertz H, Welsche M. Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung. Köln: Deutscher Ärzte­Verlag; 2011.
12. DVGS. <http://www.dvgs.de/index.php7article_> id38&clang=0; 2011.
13. Haltenhof H, Brack M. Therapie psychischer Störungen durch Bewegungstherapie. Phys Med Rehab Kuror 2004;14:200-6.
14. Hölter G. Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In: Hölter G, editor. Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung. Reihe «Motorik«. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann; 1993. p. 12-33.
15. Huber G. «Sporttherapie«. Sport mit Sondergruppen.

Ein Handbuch. In: Rieder H, Huber G, Werle J, editors. Reihe Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Band 108. Schorndorf: Karl Hofmann; 1996. p. 69-80.

1. Schüle K, Huber G. Grundlegende Sporttherapie, Prävention, Ambulante und Stationäre Rehabilitation. München, Jena: Urban & Fischer; 2004.
2. Heimbeck A, Hölter G. Bewegungstherapie und Depres­sion - Evaluationsstudie zu einer unspezifischen und einer störungsorientierten bewegungstherapeutischen Förderung im klinischen Kontext. Psychother Psych Med 2011;61:200-7.
3. Heimbeck A. Bewegungsorientierte Interventionen und Depressive Erkrankungen. Ein Prä-Post-Vergleich von zwei unterschiedlich akzentuierten bewegungs­therapeutischen Interventionen. Universität Dortmund: Dissertation; 2008.
4. Röhricht F. Body-oriented Psychotherapy in Mental Illness. A Manual for Research and Practice. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; 2000.
5. Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hut­chinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. Psychiatr Serv 2005;56(3):324-31.
6. Brown S, Birtwistle J, Roe L,Thompson C.The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychol Med 1999;29:697-701.
7. Davidson SJ, Judd F, Jolley D, Hocking B,Thompson S, Hyland B. Cardiovascular risk factors for people with mental illness. Aust N Z J Psychiatry 2001;35(2):196-202.
8. Elmslie JL, Mann JI, Silverstone JT, Williams SM, Romans SE. Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2001;62(6):486- 91.
9. Röhricht F. Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based prac­tice: A clinical perspective. Body, Movement and Dance in Psychotherapy 2009;4(2):135-56.

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

1. Goertzel V, May PR, Salkin J, SchoopT. Body-ego techni­que: An approach to the schizophrenic patients. J Nerv Ment Dis 1965;141(1):53-60.
2. May PR, Wexler M, Salkin J, SchoopT. Non-verbal tech­niques in the re-establishment of body image and self identity - a preliminary report. Res Rep 1963;16:68-82.
3. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise Therapy for Schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010;DOI:10.1002/14651858. CD00412.
4. Beebe LH,Tian L, Morris N, Goodwin A, Swant Allen

S, Kuldau J. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. Issues Ment Health Nurs 2005;26:661-76.

1. Duraiswamy G,Thirthalli J, Nagendra HR, Gangad- har BN. Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia - a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2007;116(3):226-32.
2. Marzolini S, Jesen B, Melville P. Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: A multidiscipli­nary approach. Ment Health Phys Activity 2009;2:29-36.
3. Pajonk FG, WobrockT, Gruber O, Scherk H, Berner D,

Kaizl I, Kierer A, Müller S, Oest M, Meyer T, Backens M, Schneider-Axmann T. Hippocampal plasticity in respon­se to exercise in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2010;67(2):133-43.

1. Hatlova B, Basny sen Z. Kinesiotherapy - therapy using two different types of exercises in curing schizophrenic patients. In: International Society of Comparative physi­cal Education and Sport, editor. Physical Activity for Life: East and West, South and North. Proceedings of the 9th Biennial Conference. Aachen: Meyer & Meyer; 1995. p. 426-9.
2. Knobloch J, Deimel H, Ehleringer-Kosmol M. Eine Studie zur Förderung sozialer Kompetenz schizophrener Patienten durch Bewegung. In: Hölter G, editor. Moto­therapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung. Reihe «Motorik«, Band 13. Schorndorf: Hofmann; 1993. p. 140-52.
3. Deusinger IM. Cognitive performance concepts of the elderly. A contribution to basic gerontologic research. Z Gerontologie 1986;19(5):300-8.
4. Deimel H. Sporttherapie bei psychisch Kranken. Psychi- atr Prax 1980;7:97-103.
5. Maurer-Groeli YA. Körperzentrierte Gruppenpsychothe­rapie bei akut schizophren Erkrankten. Eine Untersu­chung mittels Ich-Funktionen Rating nach Bellak. Archiv der Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1976;221:259-71.
6. Maurer-Groeli YA. Gruppentherapie mit Schizophrenen. Zur Einführung und Begründung der körperzentrierten Gruppenpsychotherapie mit schizophren Kranken. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 1975;117(2):309-24.
7. Bellak L, Hervich M, Gediman HK. Ego Functions in Schi­zophrenics, Neurotics and Normals. New York: J. Wiley; 1973.

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev 2009;3:CD004366. DOI: 10.1002/14651858.pub4. Greist JH, Klein MH, Eischens RR, Faris J, Gurman AS, Morgan WP. Running as treatment for depression. Compr Psychiatry 1979;20(1):41-54.

Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Effects ofaerobic exercise on depression: a controlled study. Br Med J 1985;291:109.

Martinsen EW, Hoffart A, Sollberg O. Comparing aerobic with anaerobic forms of exercise in the treatment of cli­nical depression: a randomized trial. Compr Psychiatry

1989;30(4) :324-31.

Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, Waugh R, Napolitano MA, Forman LM, Appelbaum M, Doraiswamy PM, Krishnan KR.

Effects of exercise training on older patients with major depression. Arch Internal Med 1999;159(19):2349-56. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswa- my M, Moore K, Craighead WE, Baldewicz TT, Krishnan KR. Exercise treatment for major depression. Mainte­nance of therapeutic benefit at 10 months. J Neurosurg Psychiatry 2000;65(4):541-6.

Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. Br J Sports Med 2007;41(1):29-33.

Veale D, Le Fevre K, Pantelis C, de Souza V, Mann A, Sar- geant A. Aerobic exercise in the adjunctive treatment of depression: a randomized controlled trial. J R Soc Med

2011;85(9)541-4.

Pinchasov BB. Mood and energy regulation in seasonal and non-seasonal depression before and after midday treatment with physical exercise and bright light. Psy­chiatry Res 2000;94(1):29-42.

Pelham TW, Campagna PD, Ritvo PG, Birnie WA. The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric re­habilitation program. Psychosoc Rehab J 1993;16:75-84. Ernst C. Antidepressant effects of exercise: Evidence for an adult-neurogenesis hypothesis? J Psychiatry Neuro- sci 2006;31(2):84-92.

Borgetto B. Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber; 2004. Rothbauer J, Spießl H, Schön D. Angehörigen-Infor- mationstage. Einstellungen und Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten. Psychiatr Prax 2001;28:118-22.

Fähndrich E, Kempf M, Kieser C, Schütze S. Die Ange­hörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am All­gemeinkrankenhaus. Psychiatr Prax 2001;28:115-7. Schmid R, Schielein T, Jakob W, Spießl H. Entlassungs­briefe an Angehörige von psychisch Kranken. Vermitt­lung von Unterstützungsangeboten und Psychoeduka­tion. Psychiatr Prax 2008;35:302-5.

1. Spießl H, Straube D, Neulinger H, Hübner-Liebermann B, Schön D. Patienteninformationsblatt bei Entlassung aus der psychiatrischen Klinik. Krankenhauspsychiatrie 2001;12:129-30.
2. Schmid R, Cording C, Spießl H. Bedeutung emotionaler Belastungen für die Angehörigenarbeit. Hintergründe und praktische Konsequenzen. Psychneuro 2007;33:34- 42.
3. Schmid R, Spießl H, Vukovich A, Cording C. Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatri­sche Institutionen. Fortschr Neurol Psychiat 2003;71:118- 28.
4. Wishman MA. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. J Abnorm Psychol 2007;116(3):638-43.
5. Ostacher MJ, Nierenberg AA, losifescu DV, Eidelman P, Lund HG, Ametrano RM, Kaczynski R, Calabrese J, Miklo- witz DJ, Sachs G, Perlick DA. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2008;118(1):49-56.
6. Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link
7. Ketter T, Wisniewski S, Wolff N, Sachs G. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. J Nerv Ment Dis 2008;196(6):484-91.
8. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. Schizophr Bull 2004;30(3):665-75.
9. Lenz A. Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2008.
10. Hyde JA. Bipolar illness and the family. Psychiatric Quar­terly 2001;72(2):109-18.
11. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanage­menttherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2006.
12. Scheidhauer H, Schärer L, Biedermann C, Freisen A, Langosch JM. Entwicklung eines Selbstmanagement­Trainingsprogrammes in Selbsthilfegruppen bei Patien­ten mit bipolaren Störungen. [www.patient-als-partner](http://www.patient-als-partner). de/tagung2004/tagung/Poster/32\_Scheidhauer.pdf; 2004.
13. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. Schizophr Bull 2006;32:32-43.
14. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ 2007;355:24-7.
15. Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depres­sive disorders and depressive symptoms: a systematic review. Ann Gen Psychiatry 2008;7(13):doi: 10.1186/1744- 859X-7-13.
16. Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J, Schmidt U, Sharp D, Weightman A, Williams
17. Self-help books for depression: how can practitioners

and patients make the right choice? Br J Gen Pract

2005;55(514):387-92.

1. Gregory RJ, Canning SS, Lee TW, Wise JC. Cognitive bibliotherapy for depression: a meta-analysis. Professio­nal Psychol Res Prax 2004;35:275-80.
2. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta­analysis. J Behav Ther Experi Psychiatry 1997;28(2):139- 47.
3. Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analy­sis and meta-regression. Psychol Med 2007;37(9):1217-28.
4. Fanner D, Urquhart C. Bibliotherapy for mental health service users Part 1: a systematic review. Health Info Libr J 2008;25:237-52.
5. Finn J. An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability. Health Soc Work 1999;24:220-31.
6. Sikorski C, Luppa M, Kersting A, König H-H, Riedel-Heller SG. Effektivität computer- und internetgestützter kogni­tiver Verhaltenstherapie bei Depression. Ein systemati­scher Literaturüberblick. Psychiatr Prax 2011;38(2):61-8.
7. Wright JH, Wright AS, Albano AM, Basco MR, Goldsmith LJ, Raffield T, Otto MW. Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while redu­cing therapist time. Am J Psychiatry 2005;162(6):1158-64.
8. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, Sharp D, Araya R, Hollinghurst S, Peters TJ. Therapist- delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. Lancet 2009;374:628-34.
9. Venmark K, Lenndin J, Bjärehed J, Carlsson M, Karlsson J, Öberg J, Carlbring P, Eriksson S, Andersson G. Internet administered guided self-help versus individualized e­mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression. Behav Res Ther 2010;48:368-76.
10. Perini S, Titov N, Andrews G. Clinician-assisted internet- based treatments is effective for depression: randomi­zed controlled trial. Aust N Z J Psychiatry 2009;43:571-8.
11. Schrank B, Seyringer ME, Berger P, Katschnig H, Amering H. Schizophrenie und Psychose im Internet. Psychiatr Prax 2006;(33):277-81.
12. Wenzel J. Vertraulichkeit und Anonymität im Internet. Problematik von Datensicherheit und Datenschutz mit Lösungsansätzen. In: Etzersdorfer E, Fiedler G, Witte M, editors. Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2003. p. 56-70.
13. Becker K, El-Faddagh M, Schmidt MH. Cybersuizid oder Werther-Effekt online: Suizidchatrooms und -foren im Internet. Kindheit und Entwicklung 2004;13(1):14-25.
14. Schielein T, Schmid R, Dobmeier M, Spießl H. Selbsthilfe aus dem Cyberspace? Psychiatr Prax 2008;35:28-32.
15. Haker H, Lauber C, Rössler W. Internet forums: a self­help approach for individuals with schizophrenia? Acta Psychiatr Scand 2005;112:474-7.

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

1. Borgetto B. Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfe­gruppen. Pub Health Forum 2007;15(55):doi:10.1016/j. phf.2007.03.004.
2. Borgetto B. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2002.
3. Gaber E, Hundertmark-Mayser J. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen - Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Ergebnisse eines Telefonischen Gesund- heitssurveys 2003. Gesundheitswesen 2005;67:620-9.
4. Hundertmark-Mayser J, Möller B. Selbsthilfe im Gesund­heitsbereich. <http://www.gbe-bund.de> (abgerufen am 22.03.2011); 2004.
5. Klytta C, Wilz G. Selbstbestimmt aber professionell geleitet? Zur Effektivität und Definition von Selbsthilfe­gruppen. Gesundheitswesen 2007;69:88-97.
6. Segal SP, Silverman CJ, Temkin TL. Self-help and com­munity mental health agency outcomes: A recovery- focused randomized controlled trial. Psychiatr Serv 2010;61(9):905-10.
7. Burti L, Amaddeo F, Ambrosi M, Bonetto C, Cristofalo D, Ruggeri M, Tansella M. Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outco­me? A study in an Italian Community-Based Psychiatric Service. Community Ment Health J 2005;41(6):705-20.
8. Leung J, Arthur DG. Clients and facilitators' experiences of participating in a Hong Kong self-help group for people recovering from mental illness. Int J Ment Health Nurs 2004;13:232-41.
9. Höflich A, Matzat J, Meyer F, Knickenberg RJ, Bleichner F, Merkle W, Reimer C, Franke W, Beutel M. Inanspruch­nahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psy­chotherapeutische Behandlung. Psychotherapie und Psychologische Medizin 2007;57:213-20.
10. Schulze Mönking H. Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994;29(3):149-54.
11. Vogel R. Gesprächs-Selbsthilfegruppen. Interviews mit Aussteigern und Dabeigebliebenen. Dissertation an der TU Berlin: Fachbereich Gesellschafts- und Planungswis­senschaften, Berlin; 1990.
12. Wohlfahrt N, Breitkopf H. Selbsthilfegruppen und sozia­le Arbeit. Freiburg: Lambertus; 1995.
13. Leonardo da Vinci pilot projects. Curriculum zur Ausbil­dung von Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie. [http://www.krisenpension.de/download/ex-in/ausbil- dung.pdf](http://www.krisenpension.de/download/ex-in/ausbil-dung.pdf) (abgerufen am 17.03.2011); 2011.
14. Davidson L, Chinman M, Kloss B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. Clin Psychol Sci Pract 1999;6:165-87.
15. Utschakowski J. EX-IN-Psychiatrieerfahrung als Kompe­tenz - Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, editors. Kooperation und Verantwortung

in der Gemeindepsychiatrie. Tagungsbericht Kassel,

3./4. November 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2009. p. 248-54.

Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. Schizophr Bull 2006;32(3):443-50.

Salyers MP, McGuire AB, Rollins AL, Bond GR, Mueser KT, Macy VR. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. Community Ment Health J 2010;46(4) :319-29.

Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer-based and regular Case Management for clients with severe mental illness. Psychiatr Serv 2006;57(8):1179-84.

Rummel-Kluge C, Stiegler-Kotzor M, Schwarz C, Hansen WP, Kissling W. Peer-counseling in schizophrenia: pa­tients consult patients. Patient Educ Couns 2008;70:357- 62.

Rodewischer Thesen - Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25.05.1963 in Rodewisch im Vogtland. Zeitschrift für gesellschaftliche Hygiene 1965;11:61-5.

Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psych­iatrie in der BRD - Zur psychiatrischen und psycho- therapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Bundestagsdrucksache 7/42000 und 7/4202; 1975.

Klecha D, Borchhardt D. Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 2007.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Be­hinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheits­organisation (WHO). [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de). Köln: DIMDI; 2004. Voges B, Becker T. Sozial- und Gemeindepsychiatrie, psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation. In: Berger M, editor. Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie. München: Elsevier GmbH, Urban und Fischer; 2009. p. 237-62.

Internationale statistische Klassifikation der Krank­heiten und verwandter Gesundheitsprobleme. (ICD 10) 10. Revision.ed. DIMDI: <http://www.dimdi.de/static/de/> klassi/diagnosen/ls-icdhtml.htm ; 2010.

Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganz­heitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologi­sche Medizin 2005;16(2):3-12.

Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/ stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull 1984;10:300-12.

Rüesch P, Neuenschwander M. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Rössler W, editor. Psychiatri­sche Rehabilitation. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer; 2004. p. 7-20.

Katschnig H, Donat H, Fleischhacker WW, Meise U. 4x8 Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie. Linz: Edition pro mente; 2002.

1. BeauchampTL, Childress JF. Principles of Biomédical Ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Vollmann J. Ethische Probleme in der Psychiatrie. In: Berger M, editor. Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie. München: Elsevier Urban & Fischer; 2009. p. 1083-91.
3. Baumann B. Die Feststellung des Einverständnisses zur Behandlung bei Patienten in Neurologie und Psychiatrie - Vorschlag eines gestuften Entscheidungsablaufes. Fortschr Neurol Psychiat 2003;71:205-10.
4. Helmchen H. Einwilligung nach Aufklärung («informed consent«) in der Psychiatrie - Europäische Standards und Unterschiede, Probleme und Empfehlungen. Fortschr Neurol Psychiat 1997;65:23-33.
5. SteinertT. Ethische Einstellungen zu Zwangsunter­bringung und -behandlung schizophrener Patienten. Psychiatr Prax 2007;2:186-90.
6. Kirsch P, SteinertT. Natürlicher Wille, Einwilligungsfähig­keit und Geschäftsfähigkeit. Begriffliche Definitionen, Abgrenzungen und relevante Anwendungsbereiche. Krankenhauspsychiatrie 2006;17:96-102.
7. BARe.V. Die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. Frankfurt/Main: www.bar-frankfurt.de;2010.
8. Sozialgesetzbuch. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de> (Zugriff am 18.02.2011); 2011.
9. Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesund­heitsbehörden i. A. der Gesundheitsministerkonferenz. Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psych­iatrie in den letzten 25 Jahren. <http://www.berlin.de/> imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichun- gen/bericht25jpsychiatrie.pdf?start&ts=bericht25jpsy- chiatrie.pdf (Zugriff am 13.02.2011); 2003.
10. Fritze J. Integrierte Versorgung: Was istdas?Wiefunk- tioniert das? In: Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Vorderholzer U, editors. Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer; 2005. p. 73-6.
11. Schroeder-Printzen J. Rechtliche Rahmenbedingungen neuer Versorgungsformen. In: Weatherly JN, Lägel R, editors. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2009. p. 87-98.
12. Möws V, Lägel R. Projekt zur Integrierten Versorgung in Mecklenburg Vorpommern: «Psychiatrisch-Psychothera­peutisches Netzwerk«. In: Weatherly JN, Lägel R, editors. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaft­liche Verlagsgesellschaft; 2009. p. 135-44.
13. Deister A, Zeichner D, Roick C. Ein Regionales Budget für die Psychiatrie. Erste Erfahrungen aus einem Modell­projekt. PsychoNeuro 2004;30(5):285-8.
14. RoickC, Deister A, Zeichner D, BirkerT, König H-H, Angermeyer MC. Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Psychiatr Prax 2005;32:1-8.
15. Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, BirkerT,

Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, König H-H.

Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmo­dells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax 2008;35:279-85.

1. König H-H, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner
2. Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C. Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeldsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. Psychiatr Prax 2010;37:34-42.
3. Melchinger H. Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes «Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker« der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen.

Baden-Baden: NOMOS; 1998.

1. Lambert M, Naber D, BockT, Meigel-Schleif C, Orton HD. Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen, das Hamburger Modell. In: Amelung
2. Bergmann F, Hauth I, Jaleel E, Falkai P, Meier U, Reichmann H, Roth-Sackenheim C, editors. Innovative Konzepte im Versorgungsmanagemnt von ZNS-Patien- ten. Berlin: Medizinisch Wissenschafltliche Verlagsge­sellschaft; 2010. p. 113-37.
3. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Kran­kenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richt­linien) in der Fassung vom 23. August 2001. Bundesan­zeiger 2001;Nr. 217 (S23735).
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. Rahmenempfehlungen zur ambulanten Reha­bilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004. [www.bar-frankfurt](http://www.bar-frankfurt). de ; 2004.
5. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehablitiation BAR. RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsemp­fehlungen für die praktische Umsetzung. <http://www>. bagrpk.de/download/110701-BAR-RPK-Handlungsemp- fehlung.pdf; 2005.
6. Horn A. Integrative Psychiatrische Behandlung am Ale- xianer-Krankenhaus in Krefeld - Klinische Akutbehand­lung ohne Krankenhausbett. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H, AKTION PSYCHISCH KRANKE, editors. Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie­Verlag gGmbH; 2002. p. 294-310.
7. Munz I, Ott M, Jahn H, Rauscher A, Jäger M, Kilian R, Frasch K. Vergleich stationär-psychiatrischer Routine­behandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung («Home Treatment«). Psychiatr Prax 2011;38(3):123-8.
8. Diethelm A. Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH) - ein Beispiel personenzentrierter Or­ganisation psychiatrischer Akutversorgung. In: Schmidt­Zadel R, Kunze H, AKTION PSYCHISCH KRANKE, editors.

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbe­handlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie Verlag gGmbH; 2002. p. 130-43.

1. Lambert M, BockT, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, Bussopulos A, Frieling M, Schödlbauer M, Burlon M, Huber CG, Ohm G, Pakrasi M, Chirazi-Stark S, Naber D, Schimmelmann GB. Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care: A 12-Month Trial in Patients With First- and Multip­le-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). J Clin Psychiatry 2010;71(10):1313-23.
2. Atriumhaus. Jahresbericht. [www.atriumhaus-muen- chen.de](http://www.atriumhaus-muen-chen.de) ; 2007.
3. Schleuning G, Welschehold M. Modellprojekt Psychia­trisches Case Management. Sektorbezogene Unter­suchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koor­dinierten Betreuung und Behandlung im außerstationä­ren Bereich. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft GmbH & Co; 2000.
4. Löcherbach P. Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. Vortrag im Augsburger Nachsorge­symposium am 24.05.2003; 2003.
5. Wendt W-R. Case Management - Stand und Position in der Bundesrepublik. In: Löcherbach P, editor. Case-Ma­nagement - Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied: Luchterhand; 2002. p. 13-36.
6. Aktion Psychisch Kranke e. V. Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung. (01. Mai 2000-31. Dezember 2002). Bonn: [http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0003\_Ab- schlussbericht\_Impl\_gesamt](http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0003_Ab-schlussbericht_Impl_gesamt). pdf; 2003.
7. Rössler W, Löffler W, Fätkenheuer B, Riecher-Rössler A. Does case management reduce the rehospitalization rate? Acta Psychiatr Scand 1992;86:445-9.
8. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W. Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. Psychiatr Serv 2001;52(5):631-6.
9. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, Roberts C, Hill E, Wiersma D,

Bond GR, Huxley P, Tyrer P. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpa­tient care. Health Technol Assess 2001;5(21):1-75.

1. Eikelmann B, Reker T, Albers M. Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1999.
2. KallertTW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P, Ocvar L, Raboch J, Starkova-Kalisova L, Koch R, Schützwohl M. Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomi­zed controlled trial. J Clin Psychiatry 2007;68(2):278-87.
3. Kallert TW, Matthes C, Glöckner M, Eichler T, Koch R, Schützwohl M. Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungs­angebot? Psychiatr Prax 2004;31:409-19.

KallertTW, Schönherr R, Schnippa S, Matthes C, Glöck­ner M, Schützwohl M. Direkte Kosten akutpsychiatri­scher tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. Psychiatr Prax 2005;32:132-41.

Faulbaum-Decke W, Weatherly JN. Das Projekt «GAPSY« - Rückzugsräume. In: Weatherly JN, Lägel R, editors. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaft­liche Verlagsgesellschaft; 2009. p. 231-6.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhaus­behandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Bundesanzeiger 2003;188:22-577.

Spindler J, SchelhaseT. Krankenhauslandschaft im Um­bruch. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik; 2009.

Bölt U, Graf T. Stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Reha­bilitationseinrichtungen 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik; 2009.

Alwan N, Johnstone P, Zolese G. Length of hospitali­zation for people with severe mental illness. Coch­rane Database Syst Rev 2008;DOI: 10.1002/14651858. CD000384.pub2.

Aktion Psychisch Kranke e. V. Evaluation der Psychiatrie­Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV- Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn: Psychiatrie; 2005. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. RPK- Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrich­tungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Frankfurt: [http://www.bar-frankfurt.de/upload/RPK- Empfehlungsvereinba](http://www.bar-frankfurt.de/upload/RPK-Empfehlungsvereinba) rung\_153.pdf; 2005.

Schmidt-Zadel R, Pörksen N. Aktion Psychisch Kranke: Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2002.

Bundesministerium für Gesundheit. Berufliche Re­habilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Eine Bilanz des Erreichten und Möglichen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 119. Baden-Baden: Nomos Verlagsge­sellschaft; 1999.

Albrecht D, Bramesfeld A. Das Angebot an gemeinde­nahen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. Gesundheitswesen 2004;66:492-8.

BIH- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Jahresbericht 2008/2009: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf. Wies­baden: Universum-Verlag; 2008.

Ruffert L. Zuverdienst und Zuverdienstfirmen. In: Meck­lenburg H, Storck JW, editors. Handbuch berufliche

Integration und Rehabilitation: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychi­atrie-Verlag; 2008. p. 252-7.

1. Hoffmann H. Das Berner Job Coach Projekt. In: Schmidt­Zadel R, Pörksen N, Aktion Psychisch Kranke e. V., editors. Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäf­tigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigun­gen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2002. p. 105-29.
2. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD). Jahres­bericht 2007. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD); Forschung und Lehre; 2007.
3. Catty JS, Bunstead Z, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD001710.
4. Schmiedebach HP, BeddiesT, Schulz J, Priebe S. Wohnen und Arbeit als Kriterien einer sozialen Integration psychisch Kranker - Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000. Psychiatr Prax 2002;29:285-94.
5. Egetmeyer A, FellerT, Schäfer-Walkmann S. Die schwä­bische Heimenquete des Bezirks Schwaben. Gutachten. Augsburg: Bezirk Schwaben; Stabsstelle Psychiatrie; 2003.
6. Becker J. Betreutes Wohnen in Familien - ein Weg zur Inklusion. In: Rosemann M, Konrad M, editors. Hand­buch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2011. p. 267-76.
7. Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz: Gesetz zur Re­gelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertrags­gesetz - WBVG). <http://www.gesetze-im-internet.de/> wbvg/BJNR231910009.html; 2009.
8. Bramesfeld A, Holler G. Der Einfluss der Ausführungs­praxis des Bundessozialhilfegesetzes auf die Deins- titutionalisierung psychisch Kranker. Psychiatr Prax 2004;31:387-94.
9. Peukert R. Abmeldungen aus dem betreuten Wohnen Hessen: Ankündigung von Heranziehung von Ein­kommen und Vermögen: Wirkungen-Konsequenzen. Sozialpsychiatrische Informationen 2010;1:26-30.
10. Völlm B, Becker H, Kunstmann W. Psychiatrische Mor­bidität bei allein stehenden wohnungslosen Männern. Psychiatr Prax 2004;31:236-40.
11. Torchella I, Anbrecht F, Buchkremer G, Längle G. Woh­nungslose Frauen mit psychischer Erkrankung - eine Feldstudie. Psychiatr Prax 2004;31:228-35.
12. Kellinghaus C, Eikelmann B, Ohrmann P, RekerT. Wohnungslos und psychisch krank. Überblick über den Forschungsstand und eigene Ergebnisse zu einer doppelt benachteiligten Randgruppe. Fortschr Neurol Psychiat 1999;67:108-21.
13. Fichtner MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel A, Quadflieg N, Wittchen HU, Wölz J. Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Ger­many. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1996;246:185-96.
14. Böker-Scharnhölz M. Wohnungslos und psychisch krank. In: Rosemann M, Konrad M, editors. Handbuch betreutes Wohnen. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2011. p. 159-68.
15. Quadflieg N, Fichter MM. Ist die Zuweisung dauerhaften Wohnraums an Obdachlose eine effektive Maßnahme? Eine prospektive Studie über drei Jahre zum Verlauf psychischer Beschwerden. Psychiatr Prax 2007;34:276- 82.
16. Längle G, Mayenberger M, Günther A. Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? Rehabilita­tion 2001;40:21-7.
17. Angermeyer M, Riedel-Heller S, Roick C. Besonderheiten des deutschen psychosozialen Versorgungssystems aus psychiatrischer Perspektive. In: Pawils S, Koch U, editors. Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungs­tendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer; 2006. p. 113-22.
18. Tansella M,Thornicroft G.The principles underlying community psychiatry. In: Thornicroft G, Szmukler G, editors. Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Ox­ford University Press; 2001. p. 155-65.
19. Rosemann M. Engagierte Leistungserbringer überneh­men regionale Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V, editors. Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsy­chiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2009. p. 84-93.
20. Böker-Scharnhölz M. Gemeinsame Qualitätsstandards - die BAG GPV. In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V., editors. Kooperation und Verant­wortung in der Gemeindepsychiatrie. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag;
21. p. 384-90.
22. Elgeti H. Der Sozialpsychiatrische Verbund im Großraum Hannover. Vortrag auf der Tagung «Lebensqualität und Versorgungsqualität - Orientierungen für gemeinde­psychiatrisches Handeln« am 18.11.1998. Hannover: Akademie für Sozialmedizin e. V.; 1998.
23. Elgeti H. Dialoge - Daten - Diskurse: Zur Qualitätsent­wicklung psychiatrischer Hilfen. Sozialpsychiatrische Informationen 2003;33(1):24-9.
24. Elgeti H, Schlieckau L, Sueße T. Qualitätsentwicklung mit regionalen Zielvereinbarungen - geht das? Zwi­schenbericht über ein Projekt in der Region Hannover. In: Elgeti H, editor. Psychiatrie in Niedersachsen - Jahr­buch 2011, Band 4. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2011. p. 134-42.
25. Peukert R. Was ist «Sozialraumorientierte Gemeinde­psychiatrie«. In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V., editors. Kooperation und Verant­wortung in der Gemeindepsychiatrie. Tagungsbericht Kassel vom 3./4. November 2008. Bonn: Psychiatrie-Ver­lag gGmbH; 2009. p. 114-28.
26. Fahlbusch JI. Sozialraum - korrigierter Wettbewerb.

In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V., editors. Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Tagungsbericht Kassel vom 3./4. November 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2009. p. 404-7.

1. Lenz A. Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttin­gen: Hogrefe; 2010.
2. Lenz A. Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern - Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Expertise, Juni
3. <http://www.dji.de/bibs/13_KJB-Expertise_Lenz_> suchtkranke\_Eltern\_pdf (Zugriff am 30.03.2011);2009.
4. Jungbauer J, Kuhn J, Lenz A. Zur Prävalenz von Eltern­schaft bei schizophrenen Patienten. Gesundheitswesen 2010;73(5):286-9.
5. McGrath P, Hearle J, Jenner L, PK, Drummond A, Barla JM. The fertility and fecundity of parents with psychosis. Acta Psychiatr Scand 1999;99:441-6.
6. Craig T, Bromet EJ. Parents with psychosis. Ann Clin Psychiatry 2004;16:35-9.
7. Bundespsychotherapeutenkammer. BPtK-Newsletter.

Ausgabe I: 3-4; 2007.

1. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. Psychol Bull 1990;108:50-76.
2. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America. New York: The Free Press; 1991.
3. Niemi LT, Suvisaari JM,Tuulio-Henrickson A, Lönnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizo­phrenia: Evidence from high-risk studies. Schizophr Res 2003;60:239-58.
4. Weissmann MM, Gammon GD, John KR, Merikangas KR, Warner V, Prusoff D, Shomomskas D. Children of depres­sed parents. Arch Gen Psychiatry 1987;44:847-53.
5. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorders: Effects on children. Psychol Med 1984;14:853-80.
6. SameroffA. Early indicators of developmental risk:

The Rochester Longitudinal Study. Schizophr Bull 1987;1:3-24.

1. Lenz A. Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe; 2005.
2. Cummings EM, Davis PT. Maternal depression and child development. J Child Psychol Psychiatry 1994;35:73-112.
3. Kuhn J, Lenz A. Coping bei Kindern schizophren er­krankter Eltern - eine täuschend gute Bewältigung.

Prax Kinderpsychol K 2008;57:735-56.

1. Hellmich M. Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern. Psychosoz Umschau 2009;2:5-6.
2. Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung 2009. Bun­desministerium für Inneres. Berlin: Bonifatius GmbH; 2011.
3. MachleidtW, Koch E, Calliess IT, Schepker R, Salman R. Die Sonnenberger Leitlinien - Eine Programmatik zur Öffnung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ver­sorgung für Menschen mit Migrationshintergrund. In: Machleidt W, Heinz A, editors. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier; 2011. p. 135-43.
4. Behrens K, Calliess IT. Migration biography and culture as determinants of diagnostic and therapeutic processes in mentally ill immigrants A systematic dif­ferentiation based on a qualitative content analysis of treatment courses. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:162-8.
5. Brucks U,Wahl WB. Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambu­lanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M, editors. Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt: Mabuse; 2003. p. 15-34.
6. Behrens K, Calliess IT. Psychotherapeutischer Bezie­hungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt. Psycho­therapeutenjournal 2011;1:12-20.
7. Erikson E. Identity and the life cycle. New York: Inter­national University Press; 1959.
8. Lockenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selecti­vity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. J Personality 2004;72(6):1395-424.
9. Kirmayer LJ. Beyond the'new cross-cultural psycho­logy': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. Transcult Psychiatry 2006;43(1):126-44.
10. MachleidtW, Callies IT. Psychiatrisch-psychotherapeu­tische Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: Berger M, editor. Psychische Erkran­kungen: Klinik und Therapie. München, Jena: Urban & Fischer; 2008. p. 1161-83.
11. Keller A, Baune BT. Impact of social factors on health status and help seeking behaviour among migrants and Germans. J Pub Health 2005;13:22-9.
12. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A. Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. Bundesge­sundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheits­schutz 2006;49:873-83.
13. Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J. Neural circuits invol­ved in imitation and perspective-taking. Neuroimage 2006;31(1):429-39.
14. Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schi­zophrenia. Curr Opin Psychiatry 2007;20:111-5.
15. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migra­tion: A Meta-Analysis and Review. Am J Psychiatry

2005;162(1):12-24.

1. Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders - Overview with relation to depression. Br J Psychiatry 2004;184:10-20.
2. Jablensky A, Sartorius N, Ehrenberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia - Mani­festations, Incidence and Course in Different Cultures - A World-Health-Organization 10-Country Study. Psychol Med 1992;20(Suppl):1-97.
3. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HD. Ethnic Density of Neighborhoods and Inci­dence of Psychotic Disorders Among Immigrants. Am J Psychiatry 2008;165(1):66-73.
4. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychiatr Prax 2009;36:16-22.
5. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychiatr Prax 2010;37:225-32.
6. Igel U, Brähler E, Grande G. Der Einfluss von Diskriminie­rungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten. Psychiatr Prax 2010;37:183-90.
7. Entralgo PN. Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin. München: Kindler; 1969.
8. Simmel G. Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Berlin: Duncker & Humblot; 1908.
9. Devereux G. Angst und Methode in den Verhaltenswis­senschaften. Frankfurt: Ullstein; 1976.
10. Pfeiffer WM. Kulturpsychiatrische Aspekte der Migra­tion. In: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM, editors. Psycholo­gie und Pathologie der Migration. Freiburg: Lambertus; 1995. p. 17-30.
11. Tseng WS, Streltzer J. Cultural Competence in Clinical Psychiatry. Washington: American psychiatric Publi­shing; 2004.
12. Brucks U, von Salisch E, Wahl WB. Soziale Lage und ärzt­liche Sprechstunde. Hamburg: EBV Rissen; 1987.
13. Rüger U. Über unreflektiertes Funktionalisieren in der Psychotherapie. PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie 2009;131:31-41.
14. Gün AK. Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie - Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Freiburg: Lambertus Verlag; 2007.
15. Koch E, Brucks U, Strate P. Stationäre Psychotherapie bei Migranten - zur Methodik einer kontinuierlichen Selbstüberprüfung des Therapiekonzeptes. In: Mattke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K, editors.

Vom Allgemeinen zum Besonderen - Störungsspezi­fische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften VAS; 2002. p. 286-94.

1. Brucks U. Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Bern: Hans Huber Verlag; 1998.
2. Maoz B, Rabin S, Katz H, Matalon A. Der zwischen­menschliche Ansatz in der Medizin: Die Arzt-Patienten­Beziehung. Berlin: Logos; 2006.
3. Koch E. Probleme der Arzt-Patient-Beziehung - all­gemeine und interkulturelle Aspekte. Balint-Journal 2000;1:103-8.
4. Koch E. Arzt-Patient-Beziehung und Transkulturel­le Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen

2011;41(1):26-9.

1. Pfeiffer MW. Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: Thieme Verlag; 1994.
2. Herbrand F. Fit für fremde Kulturen. Interkulturelles Trai­ning für Führungskräfte. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt; 2002.
3. Berninghausen J, Hecht-El Minshawi B. Interkulturelle Kompetenz - Managing Cultural Diversity. Trainings­Handbuch. 3. Auflage ed. Bremen, Boston: Kellner; 2010.
4. Kumbruck C, Derboven W. Interkulturelles Training. Trai­ningsmanual zur Förderung interkultureller Kompeten­zen in der Arbeit. 2. Auflage ed. Heidelberg: Springer; 2009.
5. Grosch H, Leenen WR. Bausteine zur Grundlegung inter­kulturellen Lernens. In: Bundeszentrale für politische Bildung, editor. Interkulturelles Lernen. Arbeitshilfen für die politische Bildung. Bonn: 1998. p. 29-46.
6. Seidel R. Interkulturelle Kompetenz. In: Machleidt W, Heinz A, editors. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier; 2011. p. 161-9.
7. Oesterreich C, Hegemann T. Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. PiD - Psychotherapie im Dialog 2010;11(4):319-25.
8. Hofstede G. Lokales Denken, globales Handeln, Kultu­ren, Zusammenarbeit und Management. München: dtv; 1997.
9. Calliess IT, MachleidtW, Behrens K. Akkulturationsstile und migrationsspezifische Konfliktlagen bei suizidalen Krisen von Migranten: Ein Fallbericht zur Entwicklung von Behandlungsstrategien zwischen Autonomie und Bezogenheit. Suizidprophylaxe 2007;34:12-7.
10. Calliess IT, Ziegenbein M, Gosman L, Schmauß M,

Berger M, Machleidt W. Interkulturelle Kompetenz in der Facharztausbildung von Psychiatern in Deutsch­land: Ergebnisse einer Umfrage. GMS Z Med Ausbild 2008;25(3):Doc92.

1. Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Bräh- ler E, Senf W. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:155-61.
2. Gül V, Kolb S, Saglam S. Somatisierungsstörungen und psychische Komorbidität. Diagnose und Therapieoptio­nen am Beispiel türkischer Patienten in Deutschland. PsychoNeuro 2008;34:213-5.
3. Schouler-Ocak M, Haasen C. Sucht und Migration. Sucht 2008;54:268-70.
4. Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Pa­tienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychia­trischen Einrichtungen - Pilotstudie der Arbeitsgruppe «Psychiatrie und Migration« der Bundesdirektorenkon­ferenz. Nervenarzt 2008;79:328-39.
5. Wohlfahrt E, Zaumseil M. Transkulturelle Psychiatrie - interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2006.
6. Assion HJ. Migration und seelische Gesundheit. Berlin: Springer; 2005.
7. Merbach M, Wittig U, Brähler E. Anxiety and depres­sion by Polish and Vietnamese migrants in Leipzig depending on their adaptation process. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:146-54.
8. Koch E, KüchenhoffB, Schouler-OcakM. Inanspruch­nahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In: Machleidt W, Heinz A, editors. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier;
9. p. 489-98.
10. Koch U, Brähler E. Migration and health - a subject of high priority. Psychother Psychosom Med Psychol

2008;58:105-6.

1. Linder J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Mental health care for migrants. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:123-9.
2. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Nationaler Integrations­plan. Berlin: Presse- und Informationsamt der Bundes­regierung; 2007.
3. Razum O, Zeeb H, Schenk L. Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Migration und Gesundheit. Dtsch Arztebl 2008;47:A2520-1.
4. Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Ger­man pilot study of psychiatric inpatients with histories of migration. Nervenarzt 2008;79:328-39.
5. Schouler-Ocak M, Hartkamp N, Koch E, Schepker R,

Bretz HJ, Hauth I, Heinz A. Patients with a history of immigration in inpatient psychiatric clinics - repre­sentative country-wide survey of the «Psychiatry and Immigration« Working Group of the Federal Directors Conference. Psychiatr Prax 2009;36:202.

1. Grube M. Are compulsory admissions more frequent in immigrants and ethnic minorities? Psychiat Prax 2009;36:67-71.
2. Schouler-OcakM. Gesundheitsförderung und Suizid­prävention unter besonderer Berücksichtigung von Migranten. Neuro aktuell 2008;4:21-5.
3. Schomerus G. Obstacles in the way - stigma and help­seeking. Psychiatr Prax 2009;36:53-4.
4. Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psych­iatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier; 2011.
5. Koch E. Migranten türkischer Herkunft am Psychiatri­schen Krankenhaus Marburg - eine Institution öffnet sich für Arbeit mit Ausländern. Curare 1997;1(20):65-74.
6. Calliess IT, Behrens K. Kultursensible Diagnostik und migrationsspezifische Anamnese. In: Machleidt W, Heinz A, editors. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier; 2011. p. 191-7.
7. Haasen C, Kraft M, Yagdiran O, Naber D. Auswirkung von Sprachproblemen in der stationären Behandlung von Migranten. Krankenhauspsychiatrie 1999;10:91-5.
8. Zeiler J. Psychiatrische Diagnostik bei Migranten:Typi- sche Fehlerquellen. T & E Neurologie und Psychiatrie 1997;11:889-91.
9. Behrens K, Calliess IT. Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung: Zur Notwendigkeit der Modifikation therapeutischer Strategien für die Arbeit mit Migranten. Fortschr Neurol Psychiat 2008;76:725-33.
10. Mösko M, Schneider J, Koch U, Schulz H. Does a Turkish migration background influence treatment outcome?

Results of a prospective inpatient healthcare study. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:176-82.

1. Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand 2004;109:243-58.
2. Lesser IM, Castro DB, Gaynes BN, Gonzalez J, Rush AJ, Alpert JE, Trivedi M, Luther JF, Wisniewski SR. Ethnicity/ race and outcome in the treatment of depression: results from STAR\*D. Med Care 2007;45:1043-51.
3. Haasen C, Demiralay C. Transkulturelle Aspekte der Behandlung psychischer Störungen. Psychiatrie 2006;3:150-6.
4. Pi EH, Simpson GM. Cross-cultural psychopharma­cology: a current clinical perspective. Psychiatr Serv 2005;56(1):31-3.
5. Schouler-Ocak M, Rapp MA, Reiske SL, Heinz A. Psycho­therapy with traumatised migrants from Turkey: taking into account cultural factors. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:169-75.
6. Michael L, Frings E, DörflerT, Wolstein J. Vergleich von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund am An­fang und Ende einer Suchttherapie. Sucht 2009;55:148- 53.
7. Pfeiffer MW. Wodurch wird ein Gespräch therapeutisch? Zur kulturellen Bedingtheit psychotherapeutischer Metho­den. Psychother Psychosom Med Psychol 1991;41:93-100.
8. Sato T. Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: a cross-cultural formulation. Genet Soc Gen Psychol Monogr 2001;127:89-127.
9. Kastrup M. Staff competence when dealing with tradi­tional approaches. Eur J Psychiatr 2008;23(1):59-68.
10. Okasha A. The impact of Arab culture on psychiatric ethics. In: Okasha A, Arboleda-Florez J, Sartorius N, editors. Ethics, Culture and Psychiatry: International Perspectives. Washington: APA Press; 2000. p. 15-28.
11. Fisek GO. Cultural Context. Migration and health risks - A multilevel analysis. In: Marschalck P, Wiedl KH, editors. Migration und Krankheit. IMIS-Schriften, Bd. 10. Osna­brück: Universitätsverlag Rasch; 2001. p. 113-22.
12. Hausotter W. Begutachtung von Menschen mit Migra­tionshintergrund. Neuro aktuell 2008;5:35-46.
13. Hausotter W, Schouler-Ocak M. Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund unter medizini­schen und psychologischen Aspekten. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer; 2007.
14. Sieberer M, Ziegenbein M, Eckhardt G, Machleidt W, Cal- liess IT. Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. Psychiatr Prax 201138(1)38-44.
15. Claassen D, Ascoli M, BerheT, Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populati­ons: review of publications from Germany, Italy and the United Kingdom. Eur Psychiatry 2005;20:540-9.
16. Grube M. Bildnerisches Gestalten als interkulturelle Ver­ständigungsmöglichkeit bei psychiatrisch erkrankten Migranten. In: Hartwig P, Freyrear JL, editors. Kreativität. Das dritte therapeutische Prinzip in der Psychiatrie. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis; 2002. p. 85-9.
17. Koch E, Müller MJ. Die andere Stimme: Symposium und Neueröffnung der Bilderausstellung aus der Gertrud- Lechner-Sammlung, Marburg 3. Dezember 2010. Die andere Stimme, in Vorbereitung; 2010.
18. Zwischen Stühlen: Migration und Kunsttherapie. Ta­gung in der Klinik Höhenried am 12. und 13. November
19. Höhenried; 2010.
20. Sieberer M, Ziegenbein M, Clark D, Ersöz B, Calliess IT. Gesundheit und Akkulturation durch Bewegung? Er­gebnisse einer Querschnittsstudie zur körperlichen Ak­tivität von Migranten. Z Med Psychologie 2009;18(Son- derheft Migration und Gesundheit):170-9.
21. WHO. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
22. WHO. Prevention and Promotion in Mental Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
23. WHO. Prevention of mental disorders: effective inter­ventions and policy options: summary report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
24. (730) Sajatovic M, Sanders R, Alexeenko L, Madhusooda- nan S. Primary prevention of psychiatric illness in speci­al populations. Ann Clin Psychiatry 2010;22(4):262-73.
25. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J. Canadian Guidelines for Immigrant Health. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. Can Med Assoc J 2009;5:1-9.
26. Jane-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006.
27. Larkin GL, Rivera H, Xu H, Rincon E, Beautrais AL. Community responses to a suicidal crisis: implicati­ons for suicide prevention. Suicide Life Threat Behav 2011;41(1):79-86.
28. Deren S, Shedlin M, Kang SY, Cortes DE. HIV risk and prevention among Hispanic immigrants in New York: The Salience of Diversity. Subst Use Misuse 2011;46(2- 3):254-63.
29. Zeef A, Salman R, Krauth C, Walter U, Machleidt W. Prävention bei Migranten am Beispiel der Sucht. In: Machleidt W, Heinz A, editors. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier; 2010. p. 541-50.
30. Marwaha S, Livingston G. Stigma, racism or choice. Why do depressed ethnic elders avoid psychiatrists? J Affect Disord 2002;72(3):257-65.
31. Bahadir S. Müssen alle bikulturellen Krankenhausmit­arbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Falge C, Zimmermann G, editors. Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Baden-Baden: Nomos; 2009. p. 171-86.
32. Morina N, Maier T, Schmid Mast M. Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. Psy- chother Psych Med 2010;60:104-10.
33. Gün AK. Erfordernis und Aufgaben von Integrations­beauftragten in der stationären Versorgung. In: Falge C, Zimmermann G, editors. Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Baden-Baden: Nomos; 2009. p. 157-70.
34. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
35. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychi­atrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie PuP, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugend­psychiatrie PuP. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
36. Timmons-Mitchell J, Bender MB, Kishna MA, Mitchell CC. An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. J Clin Child Adolesc Psychol 2006;35:227-36.
37. Hebebrand J, Von Klitzing K. Säuglings- und Klein­kindpsychiatrie. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2009;37(4):328-35.
38. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. Dtsch Arztebl 2009;PP8:86-9.
39. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Data­base Syst Rev 2001;2:DOI: 10.1002/14651858.CD003015.
40. Littell JH, Fopa M, Forsythe B. Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17. Cochrane Database Syst Rev 2005;4:DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
41. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treat­ments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. J Clin Child Psychol 1998;27:180-9.
42. Beck N, Warnke A. Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2009;37:57-67.
43. Fegert JM, Roosen-Runge G,Thoms E, Kirsch U, Kölch M. Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2008;36:279-86.
44. Schmidt MH, Schneider K, Hohm E, Pickartz A, Mac- senaere M, Petermann F, Flosdorf P, Hölzl H, Knab E. Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Jugendhilfe-Effekte-Studie. Band 219, Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag; 2002.
45. Macsenaere M, Herrmann T. Klientel, Ausgangslage und Wirkungen in den Hilfen zur Erziehung. Eine Bestands­aufnahme mit EVAS. Unsere Jugend 2004;1:32-42.
46. Besier T, Fegert JM, Goldbeck L. Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes. Eur Psychiatry 2009;24:483-9.

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

1. Deutscher Bundestag. Unterrichtung durch die Bundes­regierung: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugend­hilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung. 2009.
2. Pössel P, Häußler B. Übersetzungs- und Validierungsan­sätze der deutschen Version des «Teenage Inventory of Social Skills«. Z Kinder-Jugendpsychiatr 2004;32:37-43.
3. Melfsen S, Schwieger J, Kühnemund M, StangierU, Stadler C, Poustka F, Heidenreich T, Lauterbach W, Warnke A. Die Behandlung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2006;34(3):203-12.
4. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. J Consult Clin Psychol

2000;68:1072-80.

1. Larson J, Lochman JE. Helping school children cope with anger. A cognitive behavioural intervention. New York: Guilford; 2002.
2. Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH, Unis AS. Pro­blem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. J Consult Clin Psychol 1987;55(1):76-85.
3. Vitaro F, Tremblay RE. Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjust­ment. J Abnorm Child Psychol 1994;22(4):457-75.
4. Van Manen TG, Prins PM, Emmelpamp PMG. Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: Results of a randomized, controlled tri­al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43:1478-87.
5. McClellan JM, Werry JS. Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: an inventory. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(12):1388-400.
6. Frick PJ. Effective interventions for children and adole­scents. Can J Psychiatry 2001;46:597-608.
7. Bölte S, Poustka F. Intervention bei autistischen Störun­gen: Status quo, evidenzbasierte, fragliche und fragwür­dige Techniken. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2002;30:271-80.
8. Daly BP, Creed T, Xanthopoulos M, Brown RT. Psycho­social treatments for children with attention deficit/ hyperactivity disorder. Neuropsychol Rev 2007;17:73-89.
9. Knight LA, Rooney M, Chronis-Tuscano A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Curr Psychiatry Rep 2008;10:412-8.
10. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B,VloetT, Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders. Eat Disord 2005;13:381-90.
11. Remschmidt H, Schmidt MH. Alternative Behandlungs­formen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und home- treatment im Vergleich. Stuttgart: Enke; 1988.
12. Göpel C, Schmidt MH, Blanz B, Rettig B. Behandlung hyperkinetischer Kinder im häuslichen Umfeld. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1996;24:192-202.
13. Mattejat F, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Remschmidt H. Efficacy of inpatient and home treatment in psychia-

trically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2001;10(1):171-9. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barret K, Te­jada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. Am J Drug Alcohol Abuse 2001;27(4):651-88.

Gantner A. Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche - Ergebnisse und Erfahrungen aus der «INCANT«-Pilotstudie. Prax Kinder- psychol Kinderpsychiatr 2006;55:520-32.

Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH, Unis AS.

Effects of parent management training and problem­solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987;26:416-24.

Pfiffner LJ, McBurnett K. Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with attention deficit disorder. J Consult Clin Psychol

1997;65:749-57.

Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS. Identifying common elements of evidence-ba­sed psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry

2008;47:505-14.

Weiss B, Harris V, Catron T, Han SS. Efficacy ofthe RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. J Consult Clin Psychol 2003;71:364-74.

Kratochwill TR, McDonald L, Levin JR, Scalia PA, Coover G. Families and Schools Together: an experimental study of multi-family support groups for children at risk. J Sch Psychol 2009;47:245-65.

Pfiffner LJ,Yee Mikami A, Huang-PollockC, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(8):1041-50.

AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psy­chiatry). Practice parameter: Community systems of care. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:284-99. Nitkowski D, Petermann F, Büttner P, Krause-Leipoldt C, Petermann U. Behavior modification of aggressive children in child welfare: evaluation of a combined intervention program. Behav Modif 2009;33:474-92. Leppert T, Probst P. Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Gruppentrainings für Lehrer von Schülern mit einer autistischen Entwicklungsstörung und Intelligenzminderung. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2005;33:49-58.

AAGP. Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. J Am Geriatr Soc 2003;19:1287-98.

IQWiG. Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzhei­mer Demenz. 1. Version des Abschlussberichtes im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. 2009.

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

1. Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods R. A European consensus on outcome measures for psychosocial inter­vention research in dementia care. Aging Ment Health

2008;12:14-29.

1. Frederick JT, Steinman LE, Prohaska T. Community-ba­sed treatment of late life depression an expert panel-in­formed literature review. Am J Prev Med 2007;33:222-49.
2. Steinman LE, Frederick JT, Prohaska T. Recommendati­ons for treating depression in community-based older adults. Am J Prev Med 2007;33:175-81.
3. Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T. Overview of non­pharmacological intervention for dementia and princi­ples of brain-activating rehabilitation. Psychogeriatrics 2010;10:206-13.
4. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc 2003;51:657-64.
5. Sitzer DI,Twamley EW, Jeste DV. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. Acta Psychiatr Scand 2006;114(2):75-90.
6. Smits CH, de Lange J, Droes RM. Effects ofcombined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2007;22:1181-93.
7. Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological inter­ventions on family caregivers of people with dementia.

J Affect Disord 2007;101(1-3):75-89.

1. Robinson L, Hutchings D, Corner L. A systematic litera­ture review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. Health Technol Assess 2006;10(iii):ix-108.
2. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62:1002-9.
3. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 2006;333(7580):1196.
4. Livingston G, Johnston K, Katona C. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychia­try 2005;162(11):1996-2021.
5. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED. Cognitive rehabilita­tion and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD003260.
6. Hermans DG, Htay UH, McShane R. Non-pharmacologi­cal interventions for wandering of people with demen­tia in the domestic setting. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD005994.
7. Bates J, Boote J, Beverley C. Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. J Adv Nurs 2004;45:644-58.

Giordano M, Dominguez LJ,VitranoT. Combination of intensive cognitive rehabilitation and donepezil the­rapy in Alzheimer's disease (AD). Arch Gerontol Geriatr

2010;51:245-9.

Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. Int J Geriatr Psychia­try 2010;25:1253-8.

Gitlin LN, Winter L, Burke J. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:229-39.

Gitlin LN, Winter L, Dennis MP. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. J Am Geriatr Soc 2010;58:1465-74.

Gitlin LN, Winter L,Vause EarlandT. The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potential. Gerontologist 2009; 49:428-39.

Woods B, Spector A, Jones C. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD001120. Romero B, Wenz M. Concept and effectiveness of a treatment program for patients with dementia and their relatives. Results from the Bad Aibling Alzheimer Disea­se Therapy Center. Z Gerontol Geriatr 2002;35:118-28. Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R. A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19:1047-52.

Staal JA, Sacks A, Matheis R. The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. Int J Psychiatry Med 2007;37:357-70. Bienstein CF. Basale Stimulation in der Pflege. Seelzer/ Velber: Kallmeyer Verlag; 2003.

Chung JC, Lai CK, Chung PM. Snoezelen for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2002;CD003152. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A. Aroma therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD003150. Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS. Music therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD003477.

Guetin S, Portet F, Picot MC. Effect ofmusic therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. Dement Geriatr Cogn Disord 2009;28:36-46.

Holmes C, Knights A, Dean C. Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. Int Psychogeriatr 2006;18:623-30.

Raglio A, Oasi O, Gianotti M. Effects of music therapy on psychological symptoms and heart rate variability in patients with dementia. A pilot study. Curr Aging Sci

2010;3:242-6.

Sung HC, Chang AM. Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. J Clin Nurs 2005;14:1133-40.

1. Sung HC, Chang AM, Lee WL. A preferred music listen­ing intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. J Clin Nurs 2010;19:1056-64.
2. Ballard C, Brown R, FJ. Brief psychosocial therapy for the treatment of agitation in Alzheimer disease (the CALM­AD trial). Am J Geriatr Psychiatry 2009;17:726-33.
3. Forbes D, Morgan DG, Bangma J. Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD003946.
4. Skjerve A, Bjorvatn B, Holsten F. Light therapy for beha­vioural and psychological symptoms of dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19:516-22.
5. Forbes D, Forbes S, Morgan DG. Physical activity pro­grams for persons with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2008;CD006489.
6. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E,Thomas D, Andrieu S, Riviere D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc

2007;55(2):158-65.

1. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ.The effects ofexerci- se training on elderly persons with cognitive impair­ment and dementia: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85:1694-704.
2. Eggermont LH, Swaab DF, Hol EM. Walking the line: a randomised trial on the effects of a short term walking programme on cognition in dementia. J Neurol Neuro- surg Psychiatry 2009;80:802-4.
3. Oswald WD, Hagen B, Rupprecht R. Non-medicamen- tous therapy and prevention of Alzheimer disease. Z Gerontol Geriatr 2001;34:116-21.
4. Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N. Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2010;29:109-14.
5. Schwenk M, Zieschang T, Oster P. Dual-task perfor­mances can be improved in patients with dementia: a randomized controlled trial. Neurology 2010;74:1961-8.
6. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summa­ry, and critique. Am J Geriatr Psychiatry 2001;9:361-81.
7. Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. J Am Geriatr Soc 2003;51:1305-17.
8. Selbmann H, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Psychiatrie 2005;2(1):33-8.
9. Grol R. Strategies for dissemination and implementation of clinical guidelines. Baden-Baden: Nomos Verlagsge­sellschaft; 1998.
10. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence based medicine. Jt Comm J Qual Improv

1999;25:503-21.

1. Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Ferguson J, Grimshaw J, Grol R, Klazinga N, Lorenz W, Meyer GS, Riccobono C, Schoenebaum SC, Schyve P, Shaw C. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. Med Care 2001;39:85-92.
2. Lohr KN. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
3. Weinmann S, Becker T. Qualitätsindikatoren für die In­tegrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2009.
4. Weinmann S, RoickC, Martin L, Willich SN, Becker T. Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. Epidemiol Psychiatr Soc 2010;19(1):52-62.
5. WobrockT, Weinmann S, Falkai P, Gaebel W. Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideli­ne implementation. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci

2009;259(2):219-26.

1. Gaebel W, Janssen B, Zielasek J. Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. Curr Opin Psychiatry 2009;22(6):636-42.
2. Kunze H. Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Stuttgart: Enke Verlag; 1981.
3. Kunze H. Rehabilitationsplanung. In: RösslerW, editor. Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Sprin­ger Verlag; 2004. p. 104-25.
4. Kunze H. Personenzentrierte Betreuungsansätze in einem integrierten Hilfesystem. In: Rössler W, editor. Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Sprin­ger Verlag; 2004. p. 659-69.
5. Kauder V. Personenzentrierte Hilfen in der psychiatri­schen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum For­schungsprojekt des Bundesministeriums für Gesund­heit. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997.
6. Bundesministerium für Gesundheit. Von institutions- zu personenzentriertenzentrierten Hilfen in der psychiatri- schenVersorgung. Bericht zum Forschungsprojekt des BMG. Band 116 Schriftenreihe des BMG ed. Baden-Ba­den: Nomos; 1999.
7. Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen der ASMK - Eckpunkte für die Reformgesetzgebung. Stand 14.09.2010 ed. 2010.
8. Kunze H, Elsässer-Gaißmaier H-P, Fegert J M, Heinz A, Schmidt-Michel P-O, Weiß P. Das «St. Florian-Prin- zip«steuert die maßnahmebezogene Finanzierung von Leistungen für psychisch Kranke - Anstehende Refor­men der Rahmenbedingungen für die Finanzierung. Psychiatr Prax 2011;38:45-52.
9. Weinmann S. Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer; 2007.
10. Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV. Verord­nung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personal­bedarf in der stationären Psychiatrie. <http://www>. gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html;

2011.

1. Lambert M, Naber D, BockT, Meigel-Schleif C, Orton HD. Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen - das Hamburger Modell. Soziale Psychi­atrie 2010;127:30-2.
2. Kunze H, Franz M. Integrierte störungsspezifische Konzepte im Klinischen Bereich und darüber hinaus - auch ohne «Integrierte Versorgung« nach § 140 SGB

V möglich. In: Weatherly JN, Lägel R, editors. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschafltliche Verlagsgesellschaft; 2009. p. 213-23.

1. Wing JK. Institutional influences on mental disorder. In: Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgen E, editors. Psy­chiatrie der Gegenwart. Berlin: Springer; 1975. p. 327-60.
2. Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence- based practices: future directions in an era of recovery. Community Ment Health J 2002;39:101-14.
3. Riedel-Heller S, Bramesfeld A, Roick C, BeckerT, König H-H. Der Ruf nach mehr Versorgungsforschung. Psychi- atr Prax 2008;35(4):157-9.
4. Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Prioritäre Themen in der Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit. Psychiatr Prax 2008;35(7):315-7.
5. Sikorski C, Glaesmer H, Bramesfeld A. Quantität versus Qualität - Zum Stand der Methodendebatte in der Ver­sorgungsforschung. Psychiatr Prax 2010;37(7):322-8.
6. Slade M, Priebe S. Conceptual limitations of randomised controlled trials. In: Priebe S, Slade M, editors. Evidence in Mental Health Care. New York: Brunner Routledge;

2002. p. 101-8.

1. Riedel-Heller S, Richter D. Psychosoziale Interventionen und Soziale Inklusion: Näher an die Lebenswelt der Be­troffenen rücken. Psychiatr Prax 2008;35(5):213-5.
2. ReusterT, von Spreti F, Martius P, Unterberger J, Broocks A. Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Sporttherapie. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, editors. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. 4., erw. und vollständig neu bearb. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag;
3. p. 1065-98.
4. Meyer A-E. Eine Taxonomie der bisherigen Psychothera­pieforschung. Z Klin Psychol 1990;19:287-91.
5. Paul GL. Behavior modification research: Design and Tactics. In: Franks CM, editor. Behavior therapy: Apprai­sal and status. New York: McGraw Hill; 1969. p. 29-62.