

2. Brewer CC., Storms BS. The final phase of rehabilitation: work hardening. Orthopaedic Nursing. 1993. nr 6.
3. Centrul de investigații și Consultanță "SocioPolis", Chișinău, 2008., Identificarea necesităților pentru dezvoltarea unui sistem național de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități.
4. Incluziunea socio-educatională a copiilor cu dizabilități în grădinițe și școli, Ministerul Educației RM., 011.
5. Popușoi E., Spinei L., Ștefăneț SE., Iodco NE. Educarea și reabilitarea copilului invalid în familie. Îndrumar metodic pentru medici și părinți. Chișinău, 1994.
6. Spinei L., Popușoi E. Handicapul infantil ca problemă medico-socială., Chișinău, 2000.
7. Strategia privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova (2009-2012), Chișinău 2008.
8. Notă informativă privind Politicile sociale pentru copii cu dizabilități în România și celelalte țări din UE, București, 2007.

CONCEPTE CONTEMPORANE ÎN REABILITAREA PSIHOSOCIALĂ ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR A PACIENȚILOR CU SCHIZOFRENIE

Corneliu Negara

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Contemporary concepts in psychosocial rehabilitation on an outpatient basis of patients with schizophrenia

This paper is a study of the new bibliographic sources, where we intend to present some concepts and the importance of the problem of psychosocial rehabilitation on an outpatient basis of patients with schizophrenia. In this article we consider to make an analysis of scientific papers, their motivation and necessity, to set objectives in accordance with the study purpose and to make conclusions based on the exposed arguments. The importance of this problem is determined by the fact that the rate of disability in schizophrenia usually with a chronic course is high, and a significant number of patients with schizophrenia require rehabilitation that would provide a restoration of their social activity and a better quality of life.

Rezumat

Lucrarea de față este o incursiune în sursele bibliografice de ultimă oră, în care încercăm să prezentăm conceptele și actualitatea problemei în procesul de reabilitare psihosocială în condiții de ambulator a pacienților cu schizofrenie. În această lucrare este preconizat să se facă analiza lucrărilor științifice, motivarea și necesitatea acestora, vom trasa obiectivele în conformitate cu scopul propus, precum și vom face concluziile în baza celor expuse. Importanța acestei probleme este determinată de faptul că rata de handicap în schizofrenie de obicei cu o evoluție cronică este înaltă, și un număr semnificativ de pacienți cu schizofrenie necesită măsuri de reabilitare, care ar oferi o restaurare a activității sociale și o mai bună calitate a vieții.

Actualitatea

Reabilitarea și reintegrarea bolnavului psihic, întoarcerea și recuperarea maximă a funcționării lui în societate sunt considerate ca probleme urgente ale psihiatriei moderne.

Conceptul de „reabilitare” a fost tratat de diverse specialități medicale foarte diferit. A.Guerido (1959) a considerat reabilitarea atât prevenția secundară, cât și reducerea consecințelor tardive ale bolii. Pe când M.Grunblatt, B.Simon (1959) expun că reabilitarea este „tratamentul deplin, total”, și o parte obligatorie a procesului curativ [3]. La moment sunt expuse

și alte teorii despre reabilitare. Teoria reabilitării după Kabanov urmărește următoarele principii: 1) parteneriat - implicarea pacientului în acțiunile de recuperare; 2) eforturile comune – procesul trebuie să includă medicul, personalul medical și pacienții; 3) unitatea efectelor psihosociale și a celor biologice, care abordează tratamentul și reabilitarea ca un singur proces [10].

Ultimii ani în țara noastră sistemul de sănătate mentală suferă modificări, în mare măsură pozitive, are loc trecerea de la modelul biologic la cel bio-psiho-social. Aceste reforme se bazează pe principiul de a pune accentul nu doar pe tratamentul stărilor acute (în condiții de staționar), dar și pe conceptul de continuitate a tratamentului prin reabilitare psihosocială, în vederea obținerii unui nivel mai înalt a calității vieții, adaptare și reintegrare socială, obținerea unor remisii terapeutice de durată, funcționarea socială independentă a bolnavului psihic și reducerea cheltuielilor de spitalizare [1, 5, 6, 7].

Obiectivele

1. Evaluarea sistemului de reabilitare a pacienților cu schizofrenie descrise în literatura diferitor țări. 2. Evaluarea diferitor modele de reabilitare psihosocială a pacienților mentali.

Materiale și metode

Este îndeplinit studiu secundar – reviu narativ a 10 surse publicate pe parcursul anilor 1998-2012.

Rezultate și discuții

Necătfînd la lunga istorie a studierii schizofreniei, pînă la moment nu există încă un consens cu privire la rolul decisiv al factorilor psihosociale sau al celor biologici în etiologia și patogeneza acestei boli.

Așa autori ca T.A.Geyer, D.E.Melehov, V.M.Volovik susțin că funcționarea socială defectuoasă a pacientului cu schizofrenie sunt determinate de interacțiunea a 3 grupe de factori: 1) etiopatogenetici și evolutivi – relevanța simptomelor productive, severitatea simptomelor negative, evoluția maladiei și tempoul progredienței; 2) psihologici – nivelul de dezvoltare a individului, tipul personalității, principiile de viață și aprecierea proprie, natura percepției sociale, abilitățile de comportament eficient; 3) sociali – legăturile sociale anterioare, familia, specialitatea, munca colectivă [3].

D.E.Melehov și V.M.Morozov (1992) atunci când s-au decis asupra structurii reziduale a stărilor post-psihoice au identificat patru componente, care și influențează nivelul adaptării sociale: 1) simptome reziduale; 2) deficitul psihic și simptomele negative; 3) activitatea monotonă; 4) rigiditatea afectivă [3,10].

În schizofrenie, chiar și la cele mai reduse manifestări negative există un nivel de adaptare scăzut și excluziune socială persistentă (Semke A., 1988).

Un grup special de pacienți sunt cei cu evoluție cronică invalidizantă. De obicei, acești pacienți au o activitate socială foarte limitată, sunt lipsiți de suportul social, fenomene care atrag după sine o serie de probleme: abandonarea tratamentului recomandat, dificultăți de îngrijire, dificultăți de planificare și alocare a bugetului, și ca o consecință, nevoia de supraveghere permanentă din partea altor persoane sau chiar de îngrijire la domiciliu, deseori recidivarea rapidă a bolii, ceea ce duce la reinternări multiple și cheltuieli suplimentare pentru spitalizare.

Cu toate acestea, problemei îngrijirii pacienților cronici se acordă o atenție insuficientă, rămîne încă neclar acest contingent de pacienți și nu este analizată pe deplin eficacitatea unei reabilitări psihosociale corespunzătoare, în vederea reducerii recidivelor și internărilor repetate. Deci, apare necesitatea acută ca împreună cu tratamentul psihofarmacologic să se dezvolte un sistem diferențiat de intervenții integrate psihosociale pentru acești pacienți, care ar permite o adaptare socială mai bună. În lucrarea prezentată vom încerca să expunem părerea despre reformarea sectorului ambulator în asistența psihiatrică pentru ameliorarea reabilitării psihosociale a pacienților cu schizofrenie.

N.Sartorius (1998) este de părere că nivelul de bună funcționare a unei civilizații trebuie să fie apreciat prin volumul de asistență socială oferit celor mai vulnerabile pături: copii, vîrstnici, persoane cu handicap, bolnavi mintal. După părerea lui un aspect important care trebuie luat în considerare atunci când se planifică serviciile de sănătate mintală este reabilitarea prin muncă și ocuparea în cîmpul muncii a acestor pacienți [1,3].

În țările străine în ultimii ani, accentul se pune pe programele de sprijin psihosocial pentru pacienții cu schizofrenie. Un accent deosebit se pune pe familie, care este grupul primar social important și psihocorecția corespunzătoare a relațiilor familiale pot influența și crește nivelul de funcționare și adaptare socială a pacienților [1,3,5,6].

Una din principalele direcții ale reformelor în sănătatea mintală este reabilitarea psihosocială pentru pacienții cu schizofrenie, cu un nivel redus de adaptare, cu prevalența simptomelor negative severe, care împiedică în mod dramatic ajustarea socială a acestora și calitatea vieții acestor pacienți, ca și în majoritatea țărilor, rămâne extrem de scăzută [2,4,8]. Ei se rup repede de la rețelele sociale, activitatea de muncă, contactele cu rudele. Lipsiți de suport social de cele mai multe ori devin cea mai vulnerabilă pătură socială, iar rămași fără mijloace de existență, cresc rîndurile șomerilor și persoanelor fără adăpost.

Dacă tratamentul în staționar este esențial pentru cuparea stărilor acute și atingerea unei remisii stabile, atunci tratamentul ambulator este aproape întotdeauna mult mai important pentru a ajuta pacienții să revină la comunitate. În modelul anterior de asistență psihiatrică, care exista și în țara noastră, reabilitarea se făcea în special prin muncă. Existau ateliere de muncă, unde pacienții psihiatrici prestau anumite servicii, contra unor anumite salarii, erau supravegheați de personalul medical, se administra tratament ambulator. La moment aceste servicii nu mai există, dar au apărut și o serie de dificultăți de ordin organizatoric, juridic și chiar etico-moral. Astfel se pune problema unei reabilitări eficiente în condițiile actual-existente.

Studiind literatura de specialitate, publicațiile științifice ne dorim să expunem situația la moment a procesului de reabilitare, să studiem acest proces prin prisma aspectelor clinice, psihologice și sociale. Astfel modelul bio-psiho-social de asistență în sănătatea mintală include în sine următoarele etape:

- medico - psihiatric (biologic);
- psihoterapeutic (psihologic);
- social.

Etapa biologică include psihofarmacoterapia și vizează cuparea stării psihotice și stabilizarea stării pacienților, exprimate prin tulburări severe de comportament, gândire și afective. Iar mai apoi utilizarea tratamentului medicamentos de susținere, substitutiv, necesar pentru obținerea unei remisii stabile. Este interesant de observat faptul că terapia complexă, combinația de antipsihotice atipice cu terapie cognitiv-comportamentală, terapie de familie și terapia psiho-socială este mult mai eficace decât doar terapia cu neuroleptice clasică, în combinație cu psihoterapia rațională. În primul caz tulburările negative sunt semnificativ mai mici, și crește incluziunea socială a pacienților cu handicap.

Etapa psihoterapeutică (psihologică) are ca sarcini principale prevenirea unui handicap precoce, destrămarea familiei, perturbarea relațiilor sociale și menținerea unei funcționări și adaptări sociale suficiente, depășirea sentimentelor de vinovăție, lipsa de speranță, resentimentelor. Psihoterapia poate potența metodele biologice antipsihotice de tratament. Este absolut necesar și sprijinul comunității. Este deosebit de important să se consolideze rudele pacienților, pentru a participa lor la tratament și reabilitare, deoarece oricum cea mai mare povară de tratament și îngrijire revine familiei. Sunt elaborate programe de competență privind îngrijiri și suport pentru pacienți și membrii familiei bolnavului mintal.

Etapa de reabilitare socială are ca principale atribuții: îngrijire medicală și reabilitare, participarea în comun la reconstrucția situației sociale a pacienților (beneficii, pensii), protecția socială și juridică. Terapia psiho-socială are ca scop îmbunătățirea abilităților sociale ale pacientului, extinderea gamei de comunicare interpersonală și percepția. Pentru a proteja și dezvolta abilitățile de comunicare, de auto-ajutor, de competențe de viață independentă sunt

elaborate diverse programe și trening care vor dezvolta forme adecvate de comportament bazat pe încredere în sine, comunicare și dezvoltare personală în condițiile maladiei existente [1,2,9,10].

Adaptabilitatea psihosocială este adaptarea eficientă la mediul social. Adaptabilitatea de pacienții cu schizofrenie este în mare măsură determinată de caracteristicile clinice și dinamice ale bolii, precum și capacitatea de a forma mecanisme compensatorii privind protejarea individului de la degradare progresivă. Procesul de adaptare este influențat de:

1. factorii interni: manifestările clinice, varianta evolutivă a maladiei, tipul de defect;
2. factori externi: familiari și socio-ecologici [9,10].

Cele mai favorabile variante evolutive și de apariție a defectului pentru procesul adaptativ și reabilitare este tipul pseudoneurotic (astenic și hipocondriac). În plan negativ pentru adaptare sunt tipurile apato-abulic, paranoic, psihopatiform și pseudoorganic, care denotă o activitate comportamentală perturbată. Deseori starea de defect pseudo-neurotic se transformă în defect de alt tip, și astfel imediat scade și adaptabilitatea. Printre pacienții cu schizofrenie sunt rate ridicate ale abuzului de substanțe psihoactive cu o vădită tendință de a face o dependență de droguri multiple și deci, crește necesitatea prevenției acestor probleme asociate.

Programele de reabilitare trebuie să fie aplicate la nivel de asistență de ambulator, de comunitate și, desigur, la nivelul spitalicesc, la toate etapele tulburării psihice. Trecerea la modelul bio-psiho-social a condus la dezvoltarea echipelor multidisciplinare, care includ psihiatri, psihologi, ergoterapeuți și asistenți sociali. Managementul cazului în echipa multidisciplinară oferă o imagine mai completă a nivelului de funcționare socială și calitatea vieții pacientului.

Programele de reabilitare utilizate la moment în staționările psihiatrice sigur că atenuază simptomele psihotice, tratamentul complex are un succes net înalt față de cel pur biologic și vor reduce și excluderea socială, ameliorând calitatea vieții. Dar cu toate acestea, în marea majoritate a cazurilor, pacienții își pot păstra sănătatea în condiții extraspitalicești doar în condițiile când serviciile de ambulator oferă servicii corecte și adecvate de reabilitare și desigur dacă se bucură și de serviciile comunitare.

Structuri instituționale nespitalicești implicate în sistemul de reabilitare din Franța, Austria, Germania, etc., sunt:

- Centre de sănătate mentală (centre comunitare);
- Locuințe protejate;
- Centre de zi (spitale de zi);
- Spitale de noapte;
- Reabilitare profesională;
- Asistență profesională.

În Republica Moldova structurile date sunt specificate în **LEGEA** Nr. 1402 din 16.12.1997 Legea privind sănătatea mentală:

staționar de zi - serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă diversă asistență medicală, inclusiv de psihoterapie, precum și de reabilitare, acordată în timp de zi;

centru de ergoterapie - serviciu de reabilitare a deficienței sociale și profesionale a persoanelor cu probleme de sănătate mentală, cu implicarea în anumite activități pedagogico-ludice, recreative, ocupaționale, pentru prevenirea marginalizării și pentru reintegrarea socială și profesională a persoanelor în cauză;

atelier protejat - centru profesional de producție pentru persoane suferinde de tulburări psihice, destinat creării de valori într-un anumit domeniu (croitorie, lemnărit, colaj, artizanat etc.);

locuință protejată - serviciu comunitar de sănătate mentală ce acordă asistență locativă prin oferirea de apartamente sociale, temporare sau permanente, asistate periodic de specialiști în domeniu, persoanelor suferinde de tulburări psihice pentru a le asigura acestora condiții de existență și autonomie socială;

echipă mobilă - serviciu comunitar de sănătate mentală ce asigură continuitatea tratamentului prin acordarea asistenței medico-sociale la domiciliu [4, 8] (Figura 1).

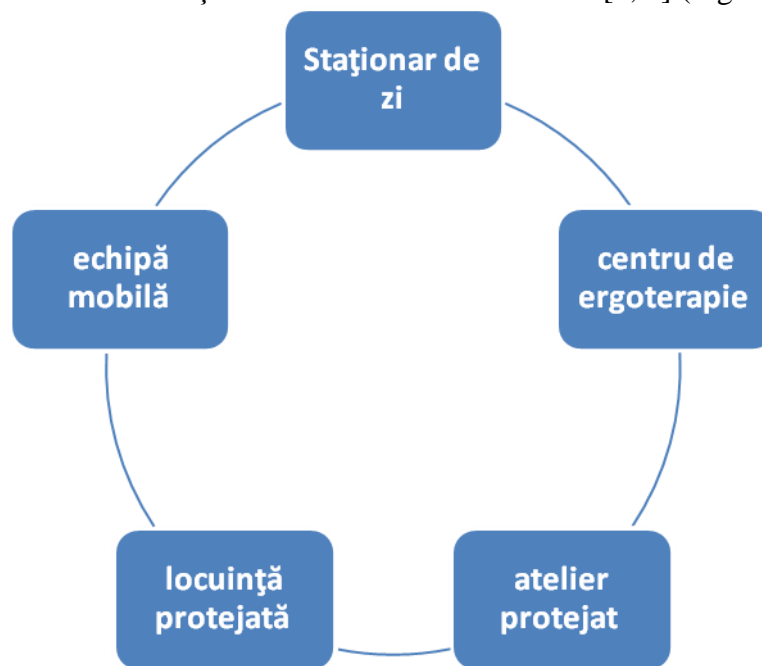


Fig.1. Structuri instituționale nespitalicești implicate în sistemul de reabilitare din Republica Moldova.

În Ordinul MS RM din 20 august 2010 Nr. 591 "Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova" care pe lângă regulamentele pentru serviciile spitalicești sunt specificate și cele de reabilitare și anume: Regulamentul de organizare și funcționare a serviciului de reabilitare psihosocială, conform anexei nr. 21. Regulamentul de organizare și funcționare a cabinetelor de Terapie Ocupațională și Ergoterapie, conform anexei nr. 22. Regulamentul de organizare și funcționare al Atelierelor protejate, conform anexei nr. 23. Regulamentul Centrului Național de Sănătate Mintală, conform anexei nr. 24.3.

La moment sunt 4 centre comunitare (Chișinău, Bălți, Orhei, Rezina) și un Centru Național de Sănătate Mintală. Acest fapt este inechitabil pentru cerințele țării și a pacienților. Toate necesitățile pacienților în condiții de ambulator sunt puse pe umerii medicilor psihiatri din cadrul Secțiilor Consultative raionale, care cu părere de rău nu sunt înzestrați nici cu timp nici cu resurse pentru acoperirea cerințelor reabilitării.

Concluzii

1. În ultimele două decenii, sursele bibliografice denotă un interes crescut pentru aspectele psihosociale de reabilitare a pacienților cu schizofrenie (Gurovich IJ, 2001). Abordările actuale acordă o mare importanță nu numai reabilitării prin muncă, dar și integrării pacientului în alte sfere sociale. Un mai mare accent se pune și pe metodele psihoterapeutice și programele de sprijin psihosocial pentru acest tip de pacienți (Semke VJ, 2000, Kolmogorov, AB, 1993; Broun GW, Harris T.1998; copite F. et al, 2000; Huxley G., Thornicroft, 2003; Lehman, 1998).
2. Până la moment nu există un numitor comun găsit în ceea ce privește care metodă este mai efektivă în măsurile de reabilitare, dar cert este că terapia combinată: farmacoterapia în comun cu psihoterapia comportamentală, de familie, de grup, a abilităților sociale, de formare, terapie prin artă și în comun cu programele educaționale au o rată de succes net superioară în procesul de adaptare și reintegrare socială, reduce rata recăderilor, durata spitalizărilor și reinternărilor și scade rata de handicap (Muchnik, Semke AB, 2001; Marder SR, 2000; Muller R. et al, 1992; Pilling S. et al, 2002; Roshel Lenroot, et al, 2003).

3. Până în prezent etiologia maladiei date este puțin elucidată, însă este cert că pronosticul ei fără măsuri de reabilitare este foarte precar. Cu toate acestea, până în prezent, nu au fost create programe diferențiate de reabilitare pentru a asigura implicarea timpurie a pacienților în procesul de reabilitare, adaptare și reintegrare socială, din cauza interacțiunii a mai multor factori implicați (biologici, psihologici și sociali).
4. Literatura de specialitate până în prezent denotă influența factorilor sociali asupra evoluției tulburării mintale, inclusiv și a schizofreniei (Sumarokov, 2002, Kolmogorov, AB, 2003; Bhugra D. et al, 1999, 2000 ; R. Chung, Langeluddecre p., Tennant C., 1986; C. Vaughn, Leff JP, 1976). S-a dovedit și rolul familiei, care poate fi atât o sursă de agravare în caz de stigmatizare și inacceptare, cu crearea de situații psihotraumatizante, și declanșare decompensărilor, precum și poate fi un sprijin considerabil în stabilizarea statutului (Patterson P., Birchwood M., Cochrane R., 2000; Weeghel J., 2002; Morgan S., 2004; Wuerker AK et al, 2001).

Bibliografie

1. Chihai J., Boderscova L., Spinei L. Aspecte istorice de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală în Europa de Vest. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2008.
2. Clasificarea Internațională a Maladiilor (Tulburări mentale și de comportament) revizuirea a 10-a OMS, București, 1993.
3. Hofmann Gustav, Alfred Grausgruber, Egon Michael Haberfellner, Margarete Ortmaier, Hans Rittmannsberger, Werner Schony, Gerald Zeininger, articol: Reabilitarea psihosocială - principii, rezultate și costuri.
4. Legea privind sănătatea mentală nr. 1402 – XIII din 16.12.1997 modificată prin Legea nr. 35 din 28.02.2008 pentru modificarea și completarea Legii privind sănătatea mentală nr. 1402 – XIII din 16.12.1997 privind asistența psihiatrică.
5. Nacu A. și alții. Cercetarea în Sănătate Mintală. Chișinău, 2007.
6. Nacu A., Chihai J. Reabilitarea bolnavilor psihici în serviciile comunitare. Chișinău, 2009.
7. Nacu A., Revenco M., Coșciug I. Protocol clinic național „Schizofrenia”. Chișinău, 2008.
8. Politica Națională de Sănătate în Republica Moldova în perioada 2007-2012.
9. Predescu V. Psihiatrie, vol. I, II. București, 1998.
10. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии, том 1 и 2. Москва 1999.

ASPECTE MEDICO-SOCIALE ȘI PSIHLOGICE ALE VIOLENȚEI DOMESTICE ÎN FAMILIILE DIN MEDIUL RURAL ȘI URBAN

Diana Vizitiu

Catedra Medicină Socială și Management “Nicolae Testemițanu”,
USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

The medico-social and psychological issues of domestic violence in rural and urban areas families

The article includes the outcomes of several studies highlighting the impact that violence can have upon the integrity of every family, and comparative studies results of domestic violence in rural and urban areas. Were analyzed aspects depending on the standard of living, age and nationality of women which lives in families were domestic violence persist.