

## Modelowy Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej dla młodzieży – MORS – program i badania ewaluacyjne

### MORS – the Stationary Model Centre of Sociopsychiatric Rehabilitation for youths – the program and evaluation

Maria Załuska<sup>1</sup>, Anna Serafin<sup>2</sup>, Katarzyna Wójcicka<sup>1</sup>, Anna Salwa<sup>2</sup>, Michał Kuroń<sup>1</sup>, Anna Kossowska-Lubowiecka<sup>1</sup>, Magda Tymińska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> IV Klinika Psychiatrii IPiN i Oddział Psychiatrii w Szpitalu Bielańskim w Warszawie  
Kierownik: dr hab. n. med. M. Załuska

<sup>2</sup> Hostel-ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Zagórzku koło Warszawy  
Kierownik: dr n. med. A. Serafin

#### Summary

**Introduction.** The psychosocial consequences of psychosis in the youth are educational negligence's, poor peer relations and difficulties in achieving life independency. MORS – the Stationary Model Centre of Sociopsychiatric Rehabilitation was created for overcoming these problems.

**Aim.** To present the programme of rehabilitation and its effects in MORS.

**Method.** The evaluation was performed in 18 of the 26 young persons being admitted to MORS in the years 2006-2008. Structured Questionnaires of past history for the staff and clients, the SOC-29 and KIDscreen -52 scales were used.

**Results.** A significant number of young people from incomplete families, and /or families burdened with parental mental health problems was noticeable. The best effects were achieved in compensating for educational negligence's, and improving the social and life skills. The self estimation of health and life satisfaction was lower in the youth clients on discharge from MORS than in the general population.

**Conclusions.** According to retrospective evaluation, the stationary programme of psychosocial rehabilitation in MORS seems to be effective in youths with psychotic disorders and difficulties in social functioning. Further development, and prospective evaluation of that programme would be valuable. Social support in local communities for the youth being discharged from MORS is needed.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne u młodzieży, rehabilitacja socjopsychiatryczna

**Key words:** psychic disorders in the youth, psychosocial rehabilitation

#### Wstęp

Psychospołeczne następstwa psychoz wieku młodzieńczego to zaniedbania edukacyjne, osłabienie kontaktów rówieśniczych oraz zakłócenie procesu indywiduacji

i separacji utrudniające zdobycie życiowej samodzielności [1, 2]. Rokowanie co do funkcjonowania społecznego jest gorsze w psychozach schizofrenicznych pojawiających się w wieku rozwojowym niż w rozpoczynających się w wieku dorosłym [2]. Mimo rosnącego zainteresowania zaburzeniami psychotycznymi wśród młodzieży, zwłaszcza ze spectrum schizofrenii, potrzeby tej populacji są słabo rozeznane. Brakuje udowodnionych empirycznie danych o skuteczności różnego rodzaju interwencji [3]. Eksperti rekomendują łączenie farmakoterapii i oddziaływań psychospołecznych obejmujących: psychoedukację pacjenta i rodziny, treningi umiejętności społecznych i życiowych. Zaleca się podejście indywidualne do problemów adolescenta w kontekście jego środowiska, tworzenie stabilnej relacji terapeutycznej, wspieranie kształcenia ogólnego i zawodowego, podjęcia pracy i usamodzielniania się. Ważne są interwencje wobec współwystępujących zaburzeń, zwłaszcza nadużywania substancji psychoaktywnych [2, 3]. Zwraca się uwagę na możliwości terapii poznawczej ukierunkowanej na wypracowanie wglądu, adekwatnej samooceny i samokontroli oraz strategii rozwiązywania problemów i radzenia sobie z objawami. Podkreśla się potrzebę programów środowiskowych, ambulatoryjnych i dziennych, ukierunkowanych na pełną społeczną reintegrację [3, 4]. W przypadku młodzieży ze znacznymi deficytami funkcjonalnymi, dużymi zaniedbaniami edukacyjnymi, zwłaszcza pozbawionej wsparcia w rodzinie i otoczeniu społecznym, korzystniejsza może być rehabilitacja w placówce stacjonarnej [2]. Modelowy Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej – MORS [5, 6] – tworzono z myślą o zapewnieniu młodzieży z zaburzeniami psychotycznymi stacjonarnego programu rehabilitacji socjopsychiatrycznej, który mógłby być upowszechniony w Polsce. Przewidziano ocenę efektów projektu po dwu latach realizacji. Wyniki tej oceny są przedmiotem niniejszego opracowania.

### Prezentacja MORS

**Organizacja i finansowanie:** MORS utworzono na bazie hostelu działającego w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Zagórzku pod Warszawą. Przebudowę hostelu według standardów europejskich dla placówki rehabilitacji socjopsychiatrycznej zrealizowano ze środków Unii Europejskiej w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL przy współfinansowaniu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego. Przez 2 lata (2006–2008) realizowano w MORS program rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami psychicznymi inspirowany wzorcami duńskimi. Realizacja programu była finansowana przez NFZ na podstawie kontraktu (hostel), a dofinansowywana ze środków UE w ramach projektu EQUAL. Inicjatorem i administratorem projektu była Fundacja „Domus Europaea”, a jej partnerami: Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży oraz Zespół Szkół Specjalnych w Zagórzku we współpracy z Zespołem Szkół Zawodowych w Miętnej koło Garwoliny. Ewaluację przeprowadził zespół pracowników IV Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii i Oddziału Psychiatrii w Szpitalu Bielańskim w Warszawie.

W MORS utworzono 20 miejsc stacjonarnych dla chłopców i dziewcząt w wieku 16–21 lat z zaburzeniami psychicznymi w okresie stabilizacji po intensywnym

(przeważnie szpitalnym) leczeniu psychiatrycznym. Program realizowano w dwu 10-osobowych grupach zajmujących dwie „chatki” połączone ciągiem komunikacyjnym, przypominające wystrojem wnętrza dom mieszkalny. Wobec mieszkańców nie używano określenia pacjent. Personel tworzył wieloprofesjonalny „zespół rehabilitacyjny” (psychiatra, psychologowie, psychoterapeuci, pedagodzy, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, pracownik socjalny, wolontariusze). Pomieszczenia kadry były dostępne dla mieszkańców, wszyscy wspólnie spożywali posiłki, organizowali i spędzali czas wolny, dbali o „dom” pełniąc dyżury. Pobyt przewidziano, w zależności od potrzeb, na mniej więcej dwa lata.

**Program rehabilitacyjny MORS:** W programie przyjęto perspektywę holistyczną, obejmującą całego człowieka, a nie tylko jego chorobę. W praktyce oznaczało to, iż celem terapii i rehabilitacji jest nie tylko eliminowanie objawów i utrzymywanie remisji, ale także rozwijanie potencjału zdrowia i mocnych stron osobowości. Stąd połączenie opieki medycznej z kształceniem ogólnym i zawodowym oraz oddziaływaniami społecznymi i aktywizującymi. Dla każdego starano się znaleźć odpowiednią ofertę stymulującą wszechstronny rozwój i nabywanie umiejętności potrzebnych do odnalezienia się w społeczeństwie.

**Podstawową zasadą MORS było podejście indywidualne, wspieranie autonomii i tworzenie więzi terapeutycznej.** Każdy mieszkaniec ośrodka miał własnego opiekuna, z którym wspólnie ustalał indywidualny program rehabilitacji, omawiany następnie i zatwierdzany przez zespół rehabilitacyjny. Plan weryfikowano i modyfikowano raz w miesiącu. Zwracano uwagę na pomaganie beneficjentowi w znalezieniu w sobie wewnętrznej siły i aktywnym angażowaniu się w proces rehabilitacji (empowerment), a także na uczenie go brania za siebie odpowiedzialności, a nie zrzucanie jej na opiekuna. Współpraca mieszkańców z opiekunami była rozwijana na zasadach zaufania i partnerstwa. Poprzez wspólne planowanie czasu, omawianie bieżących spraw, dyskusje, dialog, przyznawanie się do porażek, zminimalizowanie dystansu – kształtował się związek terapeutyczny opiekuna i podopiecznego. Opiekunów przydzielano podopiecznym na podstawie obserwacji ich wzajemnych kontaktów i rozeznania wskazującego, iż mogą się oni zrozumieć, polubić i owocnie współpracować. Ważnym elementem pracy opiekuna były kontakty z rodziną podopiecznego. Opiekun indywidualny był kluczową postacią w procesie rehabilitacji.

**Oferta edukacyjna MORS** była realizowana w ramach następujących instytucji:

1. Klasa integracyjna w Zespole Szkół Zawodowych w Miętnej koło Garwolina (zawody: kucharz małej gastronomii, ogrodnik). Młodzież dowożono do szkoły busem. Towarzyszył jej w drodze i w szkole jeden z członków zespołu rehabilitacyjnego (pedagog lub psycholog, pielęgniarka) jako „łącznik” między szkołą a ośrodkiem MORS, pomagający w rozwiązywaniu bieżących problemów.
2. Przyszpitalne Liceum Ogólnokształcące i Liceum dla Dorosłych w Zagórzu posiadające kadre z doświadczeniem w nauczaniu młodych osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Szkoły policealne i uczelnie wyższe w Warszawie. Zainteresowani dojeżdżali do Warszawy, a w ośrodku uczestniczyli w zajęciach terapeutycznych i rehabilitacyjnych.

W MORS zapewniano młodzieży pomoc przy odrabianiu lekcji (terapeuci, wolontariusze, pomoc wzajemna), dodatkowe lekcje języka angielskiego oraz możliwość uczestnictwa w kołach zainteresowań (kulinarne, plastyczne, fotograficzne, komputerowe, kondycyjno-sportowe, muzyczne).

**Socjoterapia, psychoterapia, psychoedukacja, praca z rodzinami.** Duże znaczenie przywiązywano do wzbogacania doświadczeń (enrichment) jako stymulacji rozwoju i procesu zdrowienia poprzez wspólne wyjścia do kin, teatrów, zwiedzanie miasta oraz wyjazdy w ferie i wakacje (np. do Bukowiny Tatrzańskiej, Polańczyka, Płotek koło Piły, Świeradowa Zdroju), także zagraniczne (np. do Danii). Wyjazdy te służyły nie tylko rekreacji i edukacji, ale również wypróbowywaniu nowych możliwości, np. jazdy na nartach, skuterach, pływania kajakami. Celem była też integracja z osobami zdrowymi podczas górskich wędrówek, dyskotek, ognisk. Sprzyjało to doświadczeniu wspólnoty z innymi, zwiększeniu wiary we własne możliwości, poprawie samooceny, poszerzeniu horyzontów. Starano się, aby młodzież czuła się współgospodarzem ośrodka. Młodzi chętnie brali udział we wspólnych spotkaniach świątecznych, urodzinowych, rocznicowych. Wspólnie z zespołem rehabilitacyjnym podejmowali zagranicznych gości, przygotowywali konferencje, seminaria, dni otwarte, brali udział w kontaktach z mediami, politykami i decydentami różnego szczebla. Zebrania społeczności stanowiły ważny element życia w ośrodku. Ponadto w każdym tygodniu odbywało się „Forum beneficjenta”. Wyboru tematów forum dokonywali zarówno podopieczni, jak i ich opiekunowie. Forum miało uczyć aktywnej postawy, dyskusji, podejmowania decyzji, budzić poczucie odpowiedzialności społecznej i świadomość własnych praw. Stanowiło ono swoisty trening życia społecznego, rozumienia zasad samorządności i demokracji. W ośrodku realizowano też treningi umiejętności społecznych i życiowych. Nie stanowiły one zaprogramowanych osobnych zajęć, lecz przybierały formę ciągłej i systematycznej pracy „na żywo”. Codzienne obowiązki, dyżury przy sporządzaniu posiłków, dbanie o czystość, porządek i estetykę własną i otoczenia, podejmowana wspólnie aktywność, kontakty z innymi ludźmi, uczestnictwo w rekreacji i imprezach kulturalnych stanowiły naturalny trening, na bieżąco wzbogacający zasoby umiejętności i usprawniający funkcjonowanie społeczne beneficjentów.

Każdy mieszkaniec mógł ponadto brać udział w indywidualnych i grupowych sesjach psychoterapii prowadzonych przez wyszkolonych psychoterapeutów.

Duże znaczenie przywiązywano do psychoedukacji, znajomości choroby, działania leków i ich objawów niepożądanych, treningu samodzielnego ich zażywania, rozpoznawania zwiastunów pogorszenia się zdrowia przez beneficjenta i rodzinę.

Raz w miesiącu odbywały się spotkania z rodzinami o charakterze informacyjno-edukacyjnym, niekiedy przeprowadzano interwencje rodzinne. Współpracę z rodzinami i przepustki weekendowe do domu traktowano jako ważny czynnik integracji młodzieży w środowisku życia poza ośrodkiem.

**Przygotowanie do podjęcia pracy.** W ośrodku odbywały się spotkania grupowe i indywidualne z doradcami zawodowymi. Były one ukierunkowane na rozpoznawanie możliwości i predyspozycji własnych, oraz potrzeb rynku pracy, a także na urealnianie w tym kontekście swoich planów edukacyjnych i zawodowych. Zajęcia odbywały się

w 2 grupach – dla tych, którzy mieli sprecyzowane plany edukacyjne i zawodowe, oraz dla poszukujących dla siebie kierunku kształcenia i zawodu. Młodzież uczyła się aktywnego poszukiwania pracy także w realnym życiu, poprzez podejmowanie w trakcie pobytu w ośrodku zatrudnienia okresowego. Pracownik socjalny wspierał młodzież w załatwianiu spraw w urzędach, pomagał w kontaktach z pracodawcami.

**Opieka medyczna i promocja zdrowia.** Na miejscu była zapewniona opieka psychiatry, konsultacje innych specjalistów, leczenie stomatologiczne, monitorowanie stanu psychicznego i w razie potrzeby modyfikacja leczenia. Młodzież korzystała z zajęć z profesjonalnym dietetykiem. Szczególne znaczenie przywiązywano do zdrowego, aktywnego stylu życia, różnych form rekreacji i sportu.

### Uczestnicy programu MORS w latach 2006–2008

**Dane demograficzne:** Do ośrodka przyjmowano młodzież z całej Polski. W ciągu 2 lat przyjęto 26 osób (11 dziewcząt i 15 chłopców), w wieku od 15 do 21 lat, średnio 17,3 roku. Większość – 16 osób (61,5%) – pochodziła z dużego miasta, 4 osoby z miast powiatowych, a 5 z wiosek lub małych miasteczek. Dojazd do ośrodka zabierał im od 30 minut do 4,5 godziny.

**Zaburzenia psychiczne:** U 18 osób (69%) rozpoznano zaburzenia ze spectrum schizofrenii, u 5 (19%) całościowe zaburzenia rozwojowe, u 3 (12%) zaburzenia afektywne. Czas trwania zaburzeń wynosił od roku do 12 lat. Przed przyjęciem do MORS: 4 osoby były leczone tylko ambulatoryjnie (2 – z zespołem Aspergera, 1 – z depresją i 1 – ze schizofrenią), a 22 (85%) także szpitalnie – jednorazowo 7 osób, wielokrotnie (od 2 do 9 hospitalizacji) 15. 17 osób (65%) przyjmowało systematycznie leki psychotropowe (przeciwpyschotyczne, przeciwdepresyjne, stabilizatory nastroju). 3 osoby nie brały leków, a 6 zażywało je „niesystematycznie”. Orzeczenie niepełnosprawności miało 5 osób, a rentę – 4. Ponadto 17 osób chorowało także somatycznie. Na 20 osób zapytanych 13 (65%) przyznawało się do picia alkoholu, a 5 (25%) używania narkotyków (amfetamina, marihuana, kleje).

**Sytuacja rodzinna:** Młodzież najczęściej (10 osób) miała tylko brata lub siostrę, 8 osób miało dwoje rodzeństwa, 4 były jedynakami, a 4 miały troje do sześciorga rodzeństwa. Rodzice najczęściej mieli średnie wykształcenie (11 ojców i 12 matek – 32,3% i 46,2%). Wykształcenie zawodowe zasadnicze miało po 6 (23,1%) ojców i matek, a wyższe 6 ojców i 5 matek. O 3 ojcach i 3 matkach nie uzyskano danych.

W momencie kwalifikacji do MORS: 12 dzieci (46%) mieszkało z obydwojgiem własnych rodziców, 2 – z matką i ojczymem, 10 – tylko z matką, 1 – tylko z ojcem, 1 – w rodzinie zastępczej (babcia).

Poważne konflikty rodzinne w wywiadzie miały miejsce w 15 przypadkach (58%), a przemoc – w 12 (42%). W 15 rodzinach (58%) występowały problemy zdrowia psychicznego rodziców (alkoholizm – u 10 (38,5%), choroba psychiczna u 4 (15,4%), narkomania u 1 (3,4%)), w tym w 6 rodzinach także u dalszych krewnych. Ponadto w 7 (27%) rodzinach rodzice byli zdrowi, ale zaburzenia psychiczne występowały u innych bliskich członków rodziny (u 2 alkoholizm, u 5 zaburzenia psychiczne).

**Sytuacja szkolna przed przyjęciem do MORS:** 20 dzieci miało ukończone gimnazjum, 5 – liceum ogólnokształcące z maturą, a jedna bez matury. W szkole podstawowej 12 osób (46% badanych) należało do uczniów bardzo dobrych lub dobrych, w szkołach zaś ponadgimnazjalnych tylko 4 (16%). Liczba i odsetek uczniów słabych odwrotnie – z 6 (23%) w szkołach podstawowych wzrosła do 14 (54 %) w szkołach ponadgimnazjalnych. Z różnych form pomocy w nauce korzystało 21 osób (81%). Najczęściej (19 osób) była to szkoła lub klasa terapeutyczna, integracyjna, przeważnie podczas hospitalizacji; rzadziej korepetycje (16), indywidualne nauczanie (9).

Rezygnacja z nauki miała miejsce u 11 osób – 42% (6 w szkołach policealnych, 5 w pogimnazjalnych), powtarzanie klas u 10 osób, wagarowanie u 9 i dłuższe przerwy w uczęszczaniu do szkoły u 7 osób. Tylko 3 osoby nie miały problemów z nauką.

### Realizacja programu rehabilitacji w MORS

Spośród 26 osób przyjętych w latach 2006–2008 do MORS badaniami ewaluacyjnymi na zakończenie programu objęto 18. Charakterystykę wszystkich osób przedstawia tabela 1 – na następnej stronie.

- 6 osób (23%) zrezygnowało z uczestnictwa w programie po 3,5–12 miesiącach (5 ze schizofrenią, 1 z chorobą afektywną dwubiegunową), w tym 2 osoby z powodu pogorszenia się zdrowia i hospitalizacji; 1 osoba była wypisana dyscyplinarnie, 2 – przez rodziców, bez podania przyczyn, 1 osoba wypisała się, gdy ukończyła szkołę i podjęła pracę;
- 2 osoby przyjęto do ośrodka na 2 tygodnie przed ewaluacją – nie zostały nią objęte;
- 18 osób (69%) uczestniczyło w programie do momentu jego zakończenia przez co najmniej 4 miesiące; w tym od 4 do 12 miesięcy – 5 osób, a od 18 do 24 miesięcy – 13 (4 z nich podczas pobytu odbyły krótkotrwałą hospitalizację). Osoby te objęto badaniami ewaluacyjnymi na zakończenie programu w 2008 roku.

### Ocena efektów programu MORS

**Cel:** ocena retrospektywna efektów rehabilitacji psychospołecznej MORS w momencie kończenia 2-letniego programu, na podstawie relacji personelu i uczestników programu.

#### Metoda

- Ocenę przeprowadzono po 2 latach programu u 18 osób, które przebywały w MORS do jego zakończenia i nie krócej niż 4 miesiące. Ich charakterystykę zawiera tabela 1.
- Za pomocą kwestionariusza z pytaniami otwartymi zebrano od personelu opinie o zmianach, jakie zaszły u beneficjentów w okresie ich pobytu w ośrodku w 5 obszarach.
- Beneficjenci oceniali w skali 5-punktowej korzyści z programu w 7 dziedzinach oraz odpowiadali na pytania kwestionariuszowe dotyczące choroby i jej leczenia, używek, wsparcia innych osób, planów na przyszłość. Zbadano też ich poczucie ko-

Tabela 1. Charakterystyka uczestników programu MORS w latach 2006–2008

Objęci ewaluacją	Płeć	Choroba psychiczna		Trudności szkolne		Sytuacja rodzinna				
		diagnozy – liczba osób	hospitalizacje	powtórzenie klas	rezygnacja z nauki	rodzice obydwoje razem	konflikty	przemoc	zaburzenia psychiczne rodziców	Picie alkoholu, używanie narkotyków przez rodziców
Tak N = 18	Ż	7	0 x – 2 1 x – 4 >1x – 12	Nie – 9 Tak – 9	Nie – 10 Tak – 8	Tak – 7 Nie – 11	Tak – 12 Nie – 6	Tak – 5 Nie – 12	Tak – 2 Nie – 16	Tak – 7 Nie – 11
	M	4	12 1 5							
Nie N = 8	Ż	4	0 x – 2 1 x – 3 >1x – 3	Nie – 7 Tak – 1	Nie – 5 Tak – 3	Tak – 4 Nie – 4	Tak – 3 Nie – 5	Tak – 4 Nie – 4	Tak – 2 Nie – 6	Tak – 2 Nie – 6
	M	4	7 1							

herencji, za pomocą skali SOC 29 [7], i jakość życia za pomocą skali KIDscreen-52 [8].

## Wyniki

**Efekty programu obserwowane przez personel:** najczęściej korzystnych zmian odnotowano w zakresie nauki szkolnej. Obserwacje personelu zestawiono w tabeli 2 – *na następnej stronie*.

U 17 osób (94,5%) nastąpiły korzystne zmiany **w sytuacji szkolnej**. Były to: lepsza adaptacja w szkole, poprawa motywacji, frekwencji, wyników nauki – ocen, mniej „przejmowania się”, podjęcie lub kontynuacja nauki w szkole zawodowej, liceum, szkole policealnej, podjęcie przygotowania do matury, zaliczenie semestru studiów wyższych. Tylko u jednej osoby dostrzeżono niepowodzenie – osoba ta nie podjęła nauki w proponowanej szkole pomaturalnej, snuła nierealistyczne plany, nie dążąc do ich realizacji.

U 16 osób (89%) nastąpił postęp w zakresie **umiejętności społecznych** wyrażający się w łatwiejszym nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z ludźmi, lepszych relacjach z kolegami, przyjmowaniu uwag i korygowaniu zachowania, zmniejszeniu lęku społecznego, zwiększeniu asertywności, próbach podejmowania samodzielnych decyzji o swoim życiu. U 2 osób nie było korzystnych zmian umiejętności społecznych, co u jednej osoby wiązano z niestabilnym stanem psychicznym, a u drugiej – ze znacznym nasileniem lęku społecznego.

Tabela 2. Korzystne zmiany obserwowane przez personel u beneficjentów MORS w 5 obszarach

Obszary	Nauka szkolna	Umiejętności społeczne	Funkcjonowanie codzienne	Stan psychiczny	Sytuacja rodzinna
Poprawa – l. osób	17 (94,5%)	16 (89%)	15 (83,5%)	14 (78%)	7 (38,9%)
Brak poprawy – l. osób	1 (5,5%)	2 (11%)	3 (16,5%)	4 (22%)	11 (61,1%)

U 15 osób (83,5%) nastąpiły korzystne zmiany w zakresie **codziennego funkcjonowania**. Polegały one na: ogólnym zwiększeniu się aktywności, zaradności, samodzielności; dbaniu o własny wygląd i czystość otoczenia; nabyciu umiejętności przygotowywania posiłków, gospodarowania pieniędzmi, samodzielnego korzystania z komunikacji miejskiej, wykonywania drobnych napraw oraz odpoczynku i przebywania w samotności.

**Poprawa stanu psychicznego** była obserwowana u 14 osób (78%), a **korzystne zmiany w sytuacji rodzinnej** u 7 (39%). Były to: zwiększenie się wiedzy rodziców o chorobie i akceptacji córki, polepszenie relacji ogólnie, relacji z rodzeństwem, z mamą, nawiązanie współpracy obydwójga rodziców z MORS, poprawa atmosfery po wyprowadzeniu się ojca, podjęcie pracy przez matkę. W 9 przypadkach nie odnotowano pozytywnych zmian w sytuacji rodzinnej, a nawet w jednym bardziej asertywna postawa syna skutkowałą zwiększeniem się trudności w relacji z matką.

**Efekty programu w wypowiedziach beneficjentów:** na pytania odpowiedziało 16 osób. W tabeli 3 zestawiono oceny punktowe przypisane przez młodzież możliwościom stworzonym w MORS w 7 dziedzinach (możliwa ocena maksymalna – 80 punktów).

Tabela 3. Oferty programu MORS w 5-punktowej ocenie młodzieży (n = 16)

Oferty MORS – oceny	Poznanie nowych miejsc i ludzi	Edukacja, nauka szkolna	Spędzanie czasu wolnego	Umacnianie zdrowia	Nabywanie nowych umiejętności	Wzmocnienie zaufania do siebie	Zmiana sytuacji rodzinnej
L. punktów	69	67	64	63	62	55	50
% oceny maksymalnej	86,2%	83,7%	80%	78,7%	77,5%	68,7%	62,5%

Najwyżej oceniono możliwości poznawania nowych miejsc i ludzi, oraz edukacji szkolnej (69 i 67 punktów). Na kolejnych pozycjach znalazły się: możliwości spędzania czasu wolnego, umacniania zdrowia, nabywania praktycznych umiejętności (64, 63, 62 punkty), wzmocnienie zaufania do siebie (55 punktów), zmiana sytuacji rodzinnej (50 punktów).

**Wgląd u uczestników kończących program rehabilitacji w MORS:** 12 osób (67%) wykazywało wgląd w swoje trudności w funkcjonowaniu psychologiczno-społecznym. Swoje trudności psychologiczne określali jako: lęki, nieśmiałość, lęk o przyszłość – 2 osoby, zamknięcie w sobie, brak samoakceptacji – 2, trwanie kontaktu z rzeczywistością – 1 osoba, odmienne wykonywanie różnych czynności – 1, trudność uporania się z przykrymi doświadczeniami przeżywanymi w chorobie – 1, trudne kontakty z ludźmi, izolowanie się od ludzi, kłopoty z sobą, niedbanie o siebie – 4 osoby, myśli i próby samobójcze – 1 osoba.



Tylko 7 osób (39%) potrafiło określić swoją chorobę w kategoriach medycznych. W tym 5 podało jej nazwę (psychoza schizoafektywna – 1, stany depresyjne – 2, choroba Aspergera – 1, ChAD – 1), dwie osoby użyły nazwy ogólnej: „zaburzenia psychiczne”. Całkowicie zanegowało chorobę 7 osób, 2 inne nie negowały choroby, lecz nie umiały jej nazwać, 1 osoba podała cechę choroby „alienacja” i 1 – chorobę somatyczną: „refluks żołądkowo-przelykowy”. 14 osób podało, iż aktualnie przyjmuje w MORS leki psychotropowe. Wszystkie te osoby znały nazwy i dawki leków. W większości wiedziały o objawach ostrzegawczych zaostrzenia się choroby oraz miały koncepcję zachowania się w takim przypadku (8 osób), umiały podać przykłady objawów ubocznych farmakoterapii i sposoby reagowania na nie (10 osób).

**Alkohol, narkotyki:** 17 osób (94%) podało, iż w MORS nie używa tych substancji.

9 osób (50%) zamierza po opuszczeniu MORS leczyć się u psychiatry, a 10 (55%) u psychologa. Jednak tylko 2 osoby znają psychiatrę, a 4 psychologa, do którego mogą się udać.

**Poczucie wsparcia u uczestników kończących program MORS:** 16 respondentów (89%) stwierdziło, że w MORS są osoby, do których mogą się zwrócić o wsparcie, a 12 (67%), że korzystało ze wsparcia. Zwracali się oni do: indywidualnych opiekunów – 7 wypowiedzi, terapeutów – 4, wychowawców – 3, lekarza – 2, pielęgniarki – 2, psychologa – 1. Wsparcie to dla respondentów rozmowa, wsparcie psychiczne, duchowe, bycie razem, zachęta, wytłumaczenie, znacznie rzadziej podanie leków, interwencja w rodzinie.

15 osób (83%) podaje, iż poza ośrodkiem ma do kogo zwrócić się po wsparcie, a 3 (27%), że nie mają nikogo. Najczęściej jako wspierające wymieniane są osoby z rodziny – 13 razy, w tym rodzice – 10, matki – 3, inne osoby z rodziny – 3 (w tym: rodzeństwo – 2, babcia – 1). Osoby spoza rodziny wymieniono 11 razy (w tym: kolegów, znajomych – 4, przyjaciela, przyjaciółkę – 4, chłopaka – 1, osoby poznane w szpitalu – 1, wychowawcę – 1). Młodzież głównie potrzebuje wsparcia psychicznego i duchowego, rozmowy, porady, zrozumienia.

**Plany na przyszłość** związane są najczęściej (13 osób – 72%) z pragnieniami: osiągnięć i pozytywnych doświadczeń – mieć pracę i dobrze zarabiać (8 wypowiedzi); udanych kontaktów międzyludzkich, towarzyskich; zdrowia i dobrego samopoczucia (po 4); udanego życia intymnego, rodzinnego; podróżowania, zdobywania wiedzy (po 3). Tylko 3 osoby chciałyby uniknąć przeżyć negatywnych: „cofnąć czas”, „zapomnieć o przeszłości”, „żeby mama i rówieśnicy się na mnie nie złościł”. 2 osoby nie dały odpowiedzi. Obawy o przyszłość dotyczą najczęściej: poradzenia sobie w życiu (w kontaktach z ludźmi, w znalezieniu pracy, akceptacji innych) – 6 wypowiedzi, nawrotu choroby – 3 wypowiedzi, trudności w szkole lub na uczelni – 2, braku wsparcia innych – 1 osoba. Nie udzieliło odpowiedzi – 6 osób.

**Badania kwestionariuszowe:** Średni wynik (41,13 punktu) skali jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży KIDscreen-52 był niższy w porównaniu z normami opracowanymi dla polskiej młodzieży w wieku 12–18 lat [7] (45,72), we wszystkich podskalach. Największe różnice dotyczyły satysfakcji z relacji z rówieśnikami, zdrowia fizycznego i psychicznego, relacji rodzinnych.

Wynik średni w skali poczucia koherencji SOC-29 [8], uzyskany przez młodzież kończącą program rehabilitacji w MORS, wynosił 108 punktów (zakres od 90 do 131), ale był niższy niż u pacjentów młodzieżowego oddziału psychiatrycznego – 119 punktów [9].

### Podsumowanie

Programem MORS objęto młodzież z zaburzeniami psychotycznymi (ze spectrum schizofrenii, afektywnymi i rozwojowymi) oraz znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu w zakresie nauki szkolnej. Zwraca uwagę duża liczba młodych ludzi z rodzin rozbitych, niepełnych i obciążonych problemami zdrowia psychicznego rodziców. Wymienione czynniki mogły być słuszną przesłanką wyboru stacjonarnej formy rehabilitacji tej grupy młodzieży. Program stacjonarny rehabilitacji psychospołecznej realizowany w MORS zawierał wszystkie rekomendowane przez ekspertów elementy oddziaływać. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleźliśmy danych o ewaluacji analogicznych programów. Podobny program realizowany w Łodzi w formie dziennej nie był ewaluowany [4]. Rund i wsp. [10], w 2-letnim środowiskowym programie psychoedukacyjnym, u 12 adolescentów, w porównaniu z grupą kontrolną, wykazali skuteczność w zapobieganiu rehospitalizacjom. Ocena retrospektywna przeprowadzona w MORS przez personel i uczestników wskazuje na pozytywne efekty programu, zwłaszcza w zakresie wyrównywania zaniedbań wykształcenia ogólnego i zawodowego, nabywania nowych umiejętności i doświadczeń życiowych, wglądu i zachowywania abstynencji od substancji psychoaktywnych. Wskazuje to na potrzebę dalszego rozwoju programu MORS i oceny jego skuteczności w badaniu prospektywnym z uczestnictwem grupy kontrolnej. Niski poziom poczucia koherencji (SOC-29) jako wskaźnika odporności oraz niska samoocena zdrowia, relacji rówieśniczych i rodzinnych w kwestionariuszu jakości życia (KIDScreen-52), a także poczucie niepewności dotyczące przyszłości, relacjonowane przez młodzież opuszczającą ośrodek po zakończeniu programu – wskazują na potrzebę dalszego udzielania wsparcia tej młodzieży i jej rodzinom w środowiskach miejsca zamieszkania.

### Wnioski

- Wdrożony w MORS model stacjonarny wszechstronnej rehabilitacji medycznej i psychospołecznej można uznać za przynoszący pozytywne efekty u młodzieży z zaburzeniami psychotycznymi. Warto rozwijać go dalej i dokonać oceny prospektywnej jego efektów bezpośrednich i odległych.
- Istnieje potrzeba lokalnych systemów środowiskowych wsparcia i aktywizacji zawodowej dla młodzieży z zaburzeniami psychotycznymi kończącej tego typu stacjonarny program rehabilitacji.
- Ze względu na wielopłaszczyznowość oferty (medyczna – edukacyjna – socjalna), w celu ewentualnego upowszechnienia MORS w Polsce potrzebne jest rozwiązanie legislacyjne umożliwiające współfinansowanie tego typu placówek ze środków służby zdrowia, pomocy społecznej i oświaty [5].

### Модельный центр социопсихиатрической реабилитации для молодежи МОРС – программа и эволюционные исследования

#### Содержание

**Вступление.** Психосоциальные последствия психотических нарушений у молодежи связаны – м.и. ошибки при обучении ухудшение отношений между ровесниками и трудности достижения самостоятельности в жизни. Учитывая эти положения и потребности помощи молодежи был организован Стационарный межведомственный центр социопсихиатрической реабилитации – МОРС.

**Задание.** Предложение программы и оценка результатов реабилитации в Центре.

**Метод.** Проведена оценка у 18 из 26 принятых подростков в 2006–2008 годах в программу Центра. Использован структурный опрос персонала, анкета для молодежи, шкала коэгеренции СОЦ-29) и жизненного удовлетворения (КИД-СКРИН-52).

**Результаты.** При анализе результатов обратила на себя внимание большая группа молодежи из неполных семей и семей с проблемами психического здоровья. Самые лучшие результаты получены в радиусе выравнивания школьных трудностей, улушения жизненных трудностей, а также и общественных обязанностей молодежи. С другой стороны, самооценка здоровья и удовлетворения своей жизнью молодежи, заканчивающей пребывание в Центре была низшей, чем в общей популяции.

**Выводы.** Ретроспективная оценка результатов указывает на факт, что введенная в Центре стационарная программа психосоциальной реабилитации приносит видимые эффекты у молодежи с психотическими нарушениями и трудностями в жизненных ситуациях. Принимая во внимание полученные результаты, по-видимому, можно развивать его и далее провести ретроспективную оценку. Существует необходимость поддержки и последующей реабилитации в социальной среде проживания молодежи после реабилитации проведенной в Центре .

### MORS- Modellzentrum der Soziopsychiatrischen Rehabilitation für Jugendliche – Programm und evaluative Studien

#### Zusammenfassung

**Einleitung.** Zu den Folgen der psychosozialen psychotischen Störungen bei Jugendlichen gehören die Ausbildungsvernachlässigungen, Verschlechterung der Beziehungen zu den Altersgenossen und Probleme bei der Erziehung zur Selbständigkeit im Leben. Indem man die Probleme dieser Altersgruppe in Betracht nahm, wurde beschlossen, das Stationäre Zentrum für Soziopsychiatrische Rehabilitation MORS zu gründen.

**Ziel.** Praesentation des Programms und Beurteilung der Rehabilitationseffekte in diesem Zentrum.

**Methode.** 18 aus 26 Personen, die dem Programm MORS in den Jahren 2006-2008 eingeschlossen wurden, wurden untersucht. Es wurden dabei das strukturierte Interview vom Personal, die Umfrage für Jugendliche und die Skalen: Kohärenzgefühl (SOC-29), Lebenszufriedenheit (KDScreen 52) angewandt.

**Ergebnisse.** Es wurde auf eine große Zahl der Jugendlichen aus den nicht vollständigen Familien und der Familien mit Problemen mit psychischer Gesundheit hingewiesen. Die besten Effekte wurden bei der Nachholung der Ausbildungsvernachlässigungen, Verbesserung der Lebens- und Sozialfähigkeiten erzielt, dagegen war die Selbstbeurteilung der Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Jugendlichen, die ihren Aufenthalt in MORS abgeschlossen haben, viel schlechter als in der Kontrollgruppe.

**Schlussfolgerungen.** Eine retrospektive Beurteilung zeigt, dass das in MORS angewandte Programm der psychosozialen Rehabilitation gute Ergebnisse bei den Jugendlichen mit psychotischen Störungen und Problemen beim Funktionieren bringt. Es wäre gut, das Programm weiter zu entwickeln und seine prospektive Beurteilung durchzuführen. Es ist auch notwendig, die Jugendlichen in ihrem milieubedingten Wohnort nach dem Abschluss der Rehabilitation im stationären Zentrum zu unterstützen.

## MORS – le Centre modèle de réhabilitation socio psychiatrique – programme et évaluation

### Résumé

**Introduction.** Les négligences de l'éducation, les difficultés dans les relations avec des compagnons du même âge, les difficultés à être indépendant – ce sont les conséquences psychosociales des troubles psychotiques chez les adolescents. Pour aider les jeunes gens on a créé MORS – Centre modèle de réhabilitation socio psychiatrique.

**Objectif.** Présenter le programme et l'efficacité de la réhabilitation de ce Centre.

**Méthode.** On analyse l'effet de réhabilitation de 18 adolescents (de 26 suivant ce programme de réhabilitation dans ce Centre MORS durant les années 2006-2008). Cette étude se sert de : questionnaire structuré pour le personnel et pour les adolescents, questionnaire SOC-29 (sentiment de cohérence) et KIDScreen 52 (satisfaction de vie).

**Résultats.** On accentue le grand nombre des adolescents venant de familles avec les problèmes psychiques ou de familles incomplètes. On note les meilleurs effets dans la compensation des négligences de l'éducation, on observe l'amélioration du fonctionnement social des adolescents tandis que l'on n'observe pas d'augmentation de la satisfaction de vie et de l'estimation de soi.

**Conclusions.** L'évaluation rétrospective du programme de réhabilitation psychosociale du Centre MORS indique que ce programme est effectif pour les adolescents souffrants des troubles psychotiques et du fonctionnement, donc il faut le continuer et développer pour donner du support aux jeunes gens aussi dans leur milieu.

### Piśmiennictwo

1. Krupka-Matuszczyk I. *23-letnia katamneza schizofrenii o wczesnym początku*. Lubliniec: 1997.
2. Mc Clellan J, Werry J, Bernet i in. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2001; 40, 7 (supl.): 4–23.
3. Schiffman J, Chorpita BF, Daleiden EL i in. *Service profile of youth with schizophrenia – spectrum diagnoses*. Child Youth Serv. Rev. 2008; 30, 4: 427–436.
4. Kropiwnicki P, Rakoczy J, Marcjanik G, Sakwa I. *Dzienny Ośrodek Terapeutyczny dla Młodzieży – struktura, oferta, perspektywy*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2008; 8 (1): 41–45.
5. *MORS – model, który warto powielać*. Warszawa: Międzyresortowy Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Zagórzu k. Warszawy; Anna Serafin, red. 2008.
6. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych. *Ewaluacja bieżąca EQUAL. Studium przypadku*. Partnerstwo PROGRES, 2008.
7. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wyd. Fundacja IPN; 1995.
8. The KIDscreen Group Europe. *The Kidscreen Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Pabst Science Publishers; 2006.
9. Bażyńska K, Bronowska Z, Namysłowska I, Bechowski C. *Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów psychiatrycznego oddziału młodzieżowego*. Psychiatr. Pol. 2002; 36, 1: 121–131.
10. Rund BR, Moe L, Sollien T i in. *The psychosis project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents*. Acta Psychiatr. Scand. 1994; 89: 211–218.

Adres: Maria Załuska  
IV Klinika Psychiatrii IPiN  
w Szpitalu Bielańskim  
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80

Otrzymano: 29.01.2010  
Zrecenzowano: 12.04.2010  
Otrzymano po poprawie: 24.05.2010  
Przyjęto do druku: 10.09.2010