

# SHIZOFRENIJA IN DELAZMOŽNOST

**Vukosav Žvan**

UVOD

Za shizofrenijo nekako velja, da pri oceni delazmožnosti ni posebnih problemov, posebno v primerjavi z ocenjevanjem zavarovancev z drugimi duševnimi motnjami, kjer so težave ocenjevalcev - objektivne ali subjektivne - še kako velike in kjer sploh ni konsenza ali neke splošne doktrine. Vprašanje je, če je ta sploh možna. Pri shizofreniji nekakšno doktrino vendarle imamo. Ocenjujemo potek bolezni, njeno trajanje, pogostnost ponovitev, globino bolezenskih doživljanj, globino tako imenovane negativne simptomatike in še kaj. Vse to - vsaj v večini primerov - znamo dosti dobro oceniti, na žalost pa v dokumentaciji za komisijo ravno te podatke dostikrat pogrešamo. Do shizofrenih bolnikov so invalidske komisije tudi prizanesljivejše kot do bolnikov z drugimi duševnimi motnjami, čeprav niti »prizanesljivost« do prvih niti »neprizanesljivost« do drugih nista vedo upravičeni. Pri shizofrenih bolnikih tudi pogosteje kot pri drugih upoštevamo socialne elemente, sedanje stanje na trgu delovne sile in drugo. Vse to je seveda prav in ravno pri shizofrenih bolnikih bi izvedenci smeli najmanj zapuščati hipokratične pozicije.

Pa vendar stvari niso tako enostavne. Problem ima močan socialni naboj. Prvi vidik je vsekakor ta, da težkemu bolniku, ki ni več sposoben za delo oziroma ne more več konkurirati na surovem tržišču delovne sile, čimprej omogočimo vsaj minimalna sredstva za preživljanje. Drugi vidik pa izhaja iz spoznanja, kaj delo pomeni za človeka, morda še bolj za tistega, ki je duševno bolan. Delo je ustvarilo človeka. Delo v skupnosti in za skupnost ni samo pridobivanje dohodka, ampak zadovoljuje mnoge za človeka bistvene potrebe. Je sredstvo za razvijanje in uveljavljanje človekovih sposobnosti in za njegovo

Doc.dr. VUKOSAV ŽVAN, dr.med  
Klinični center Ljubljana  
Psihiatrična klinika, Center za klinično psihiatrijo  
Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje

oveljavljanje v družbeni skupnosti. Tako pomeni delo pomembno psihološko, socialno in biološko dimenzijo osebnosti. Izguba delovne sposobnosti pa se boleče odraža na vseh ravneh in kot v začaranem krogu vpliva tudi na potek bolezni same.

Po teh razmišljanjih torej ni več osnovno vprašanje, kdaj bo shizofreni bolnik dosegel »ugodnosti« pokojninskega zavarovanja, ampak to, da si je pravzaprav treba prizadevati bolnika zadrževati čim dlje v nekem zadovoljivem delovnem odnosu, ki bo primeren njegovim osebnim potrebam. Staro delovno mesto ali »lažje delo« (v okviru III.stopnje invalidnosti) je sicer nekakšen »ideal«, ki pa ga je pogosto in z napredovanjem bolezni vse težje doseči, utegne pa se izkazati, da je celo škodljivo bolnika za vsako ceno tiščati v tak delovni odnos. Saj vemo, da naši shizofreni bolniki, posebno tisti z daljšim bolezenskim stažem, nekateri pa že prej, kar po pravilu ne ustrezajo minimalnim predstavam o uspešnem delavcu. Po vrhu tega so pogosto bolni, pa »čudni«, »spremenjeni«, »odtujeni«, »sumničavi«, »konfliktni« in še bi našli nekaj pridevnikov. Ravno ti bolniki pa morajo nekaj delati z veseljem in brez prisile in strahu. To ponavadi ni možno v okviru delovnih mest, ki so težka tudi za zdrave ljudi. Zato je pri nas toliko bolj boleča situacija, ko nimamo, tako kot ponekod v razvitem svetu, drugih delovnih rešitev, kjer je tudi težak bolnik zaposlen, se druži s sodelavci in je primerno nagrajen. Imamo sicer obetavne poskuse v tej smeri, ki pa ne uživajo dovolj podpore niti pri nas samih, kaj šele pri tistih, ki bi zadevo morali podpreti finančno. Tako ostane našim shizofrenim bolnikom potem, ko izgubijo delovno sposobnost, le prva kategorija invalidnosti in redkeje druga ali tretja. Z upokojitvijo, ki za mnoge pomeni socialno smrt, saj jim je delo pomenilo še zadnjo obliko druženja v skupnosti, se znajdejo pogosto v revščini, med podpiranci, v marginalnih skupinah ali še kje drugje na socialnem dnu.

### **OVIRE, KI VPLIVAJO NA DELAZMOŽNOST SHIZOFRENEGA BOLNIKA OZIROMA SO NAPOTI NJEGOVI USPEŠNI REHABILITACIJI**

Kaj je torej tisto, kar povzroča opisano turobno situacijo? Na to vprašanje je težje odgovoriti, ker gre za kompleksno dogajanje med bolnikom in družbenimi okolnostmi. Še najbolj se približamo odgovoru, če upoštevamo tri vrste specifičnih ovir, ki so napoti uspešni rehabilitaciji, pa ne le na delovnem področju, čeprav je to eden od pomembnih vidikov celostne rehabilitacije.

**Premorbidne ovire.** Premorbidne ovire so tiste, ki delujejo že davno pred pojavom duševne bolezni in že takrat vplivajo na socialno in delovno prilagojenost oziroma na funkcioniranje bodočega bolnika. Nanje seveda ne

moremo dosti vplivati, to pa so predvsem premorbidna osebnostna struktura, splošni socialni pogoji, v katerih živi bodoči bolnik, njegova inteligentnost, šolska in poklicna izobrazba ter morebitna telesna bolezen ali invalidnost.

**Primarne ali bolezenske ovire.** Primarne ovire za uspešno rehabilitacijo so tiste, ki so neposredno povezane z boleznijo samo in njenim zdravljenjem. Tu upoštevamo kvaliteto in kvantiteto psihopatoloških motenj, prisotnost tako imenovane negativne bolezenske simptomatike, trajanje bolezni, njeno progredientnost, pri fazičnih oblikah pogostnost psihotičnih faz ter uspešnost ali neuspešnost moderne celostne terapije kronične psihoze v akutni in v prolongirani fazi. Z ustrezno terapijo lahko za bolnika naredimo zelo veliko, saj pomembno vplivamo na potek in globino bolezni in zadržujemo, vsaj nekaj let, prehod v pogubno kroničnost. Zato je pogoj za skoraj vsako uspešno rehabilitacijo in ohranitev delovne sposobnosti v kakršnikoli obliki v redu izvedena celostna terapija. Ta v večini primerov sploh »odpre« bolnika tudi za psihoterapevtska in socioterapevtska prizadevanja.

**Sekundarne ovire.** Vire sekundarnih ovir je treba iskati v širokem neprimernem bolnikovem okolju in so odraz njegove slabe adaptacije na umetno zaprto, zožujoče in infantilizirajoče okolje, ki bolnika premalo upošteva in spodbuja. Bolnik tako nujno postane bitje brez posebnih pravic in dolžnosti in ob tem hkrati opušča in pozablja socialno in poklicno potrebna znanja in sposobnosti ter utone v brezoblični brezvoljnosti in pasivnosti. To stanje, ki nastane v okolju s pomanjkljivimi vzpodbudami, je težko ločiti od tako imenovane bolezenske simptomatike, gotovo pa je, da je ta pri zapuščenih bolnikih težja in usodnejša kot pri bolnikih, s katerimi se veliko ukvarjamo. To stanje imenujemo tudi institucionalizem in nastaja predvsem po dolgotrajnem bivanju v tradicionalnih bolnišnicah, zavetiščih, domovih in azilih, kjer je bolnik zgolj »varovanec« in kjer na rehabilitacijo niti ne pomišljajo. Tudi življenje izven teh institucij, v revščini, v marginalnih skupinah pa tudi v neprimernih družinskih okoljih ima enake učinke. Sicer pa sekundarnih ovir ne poznamo samo pri duševnih boleznih, čeprav pri teh najbolj, ampak so znane tudi pri zapuščenih telesnih invalidih in pri nezaposleni populaciji.

Tako kot nevzpodbudno okolje pa lahko škodljivo vpliva na rehabilitacijo tudi okolje s pretiranimi vzpodbudami, ki sili bolnika po principu »vse ali nič« v to, česar ne zmore več, na primer v polno zaposlitev na starem delovnem mestu. Tako vpliva tudi okolje, ki ne upošteva bolnikove spremenjenosti in drugačnosti ali celo problematičnosti. Na take zahteve iz okolja bolnik prav tako reagira z odmikanjem, z anksioznostjo pa tudi s poslabšanjem bolezni.

Pri omenjanju sekundarnih ovir ne moremo mimo družbenih razmer, v katerih živimo sedaj. Najprej je treba reči, da odnos do duševnega bolnika v naših razmerah še vedno niha od prizanesljive dobrohotnosti in preko strahu

pred duševnim bolnikom vse do odkrite sovražnosti do njega. Kako se tak odnos kaže na zaposlovanju teh bolnikov, je tudi znano. Kakšen je odnos do duševno motenih ali do vsega »drugačnega« med nami, kažejo težave, ki jih imajo danes iniciatorji komun za odvisnike, lep primer za to pa je tudi tale ustanova, ki nam danes daje gostoljubje in ki tako lepo in zgledno skrbi za množico najtežjih bolnikov. Ko so namreč osnovali Psihiatrično bolnišnico v Begunjah, se je v takratnih medijih pojavila ogorčena trditev, da je to skrunitev spomenika NOB!

Nikakor tudi ne moremo mimo sedanjega stanja na trgu delovne sile. Ob podatku o velikanskem številu nezaposlenih, ko še zdravi delavci ne dobijo dela, je jasno in tako kažejo tudi podatki od drugod, da se duševni bolniki v času družbenih kriz še težje zaposlujejo kot sicer in je njihova reintegracija skoraj povsem zaustavljena.

Naslednja boleča ugotovitev je ta, da rehabilitacije pri nas praktično ni. Imamo sicer ustanove za zdravljenje, ki pa se še vedno - bolj kot druge zdravstvene ustanove - ubadajo z znanimi materialnimi problemi. Treba pa je reči, da nastajajo obetavni začetki izvenbolnišničnih dejavnosti, ki jim je prva skrb reintegracija duševnih bolnikov, vendar se tudi te ustanove ubadajo s še težjimi problemi, ker ne dobivajo zadostne podpore. Tako smo še zelo daleč od tistih rehabilitacijskih modelov, ki so uveljavljeni ponekod na zapadu. V kratkem: gre za integriran sistem stopenjske rehabilitacije duševnih bolnikov, v katerem prav vsak bolnik, ne glede na težo svoje bolezni, najde svoje mesto z ozirom na ohranjene sposobnosti pa tudi svoje želje. Na bivalnem področju se ta stopenjskost kaže od urejene psihiatrične bolnišnice s celovitim terapevtskim in rehabilitacijskim programom preko polhospitalnih oddelkov, vikend bolnišnic, zaščitenih in polzaščitenih domov oziroma stanovanjskih skupnosti pa vse do bivanja na bolnikovem domu. Na področju delovne rehabilitacije se ta postopnost začne v delovni in okupacijski terapiji v bolnišnici in prehaja preko rehabilitacijskih centrov, polzaščitenih ali zaščitenih delavnic vse do zaposlitve na prejšnjem delovnem mestu ali lažjem delu v okviru III.kategorije invalidnosti.

## **OCENA DELOVNE SPOSOBNOSTI SHIZOFRENEGA BOLNIKA**

Sama ocena ohranjene delovne sposobnosti shizofrenega bolnika v primerjavi z ocenjevanjem bolnikov z drugimi duševnimi motnjami načelno ni problematična in se morda tukaj mnenja zdravnikov terapevtov in zdravnikov izvedencev še najmanj razhajajo.

Shizofrenega bolnika bomo skušali čimdlje zadržati v nekem delovnem procesu, pogosti bodo bolniški staleži. S poglobljanjem bolezni prejšnje delovno mesto pogosto ne bo več dostopno, ključnega pomena pa je pri tem seveda razumevanje delovne organizacije in sodelavcev. Pri tem vedno ocenjujemo tudi to, ali je nadaljnja zahtevnejša zaposlitev še smiselna ali ne več, kako bolnik sam sprejema svojo zaposlitev in kakšen je njegov odnos do delovnega okolja, tudi če je to do njega prizanesljivo. Nesmiselno pa je bolnika »tiščati« nazaj na delovno mesto, če je manifestno paranoiden, konflikten ali celo odkrito sovražen do svoje delovne okolice. Ravno pri teh bolnikih pa se pogosto dogaja, da ne želijo staleža niti se ne želijo upokojiti in da pri njih ne velja dobro znani mehanizem bega od dela oziroma bega v bolezen, ki je tako značilen pri mnogih nevrotikih in osebnostno motenih.

Dokumentacija, ki jo predložimo komisijam za ocenjevanje, naj bo izčrpna in celostna. Poleg katamneze, ki naj opiše trajanje bolezni, globino psihopatološke simptomatike, tako produktivne kot negativne, in odzivnost na terapijo in njene zaplete, ocenimo še bolnikovo osebnost, kvaliteto in intenzivnost socialnih stikov, njegovo delovno motiviranost in družinske razmere. Ocenimo tudi zahtevnost delovnega mesta, kvaliteto in kvantiteto stikov s sodelavci ali strankami in podobno. Ocena delovne sposobnosti shizofrenega bolnika torej vključuje dosti več elementov kot bolezen samo in naj nastane po skrbnem tehtanju mnogih medicinskih, psiholoških in socialnih parametrov. Žal pa so takšne celostne ocene redke, nepopolnim mnenjem pa komisije nerade verjamejo in potem - ker bolnika dobro ne poznajo, pa tudi same bolezni ne vedno - ocenjujejo bolj po dobrem ali slabem vtisu, za katerega vemo, kako je varljiv. Brez dobre in celostne ocene torej ne gre. Tudi razne skale, ki so jih nekateri predlagali za objektivnejšo ugotovitev ohranjene delovne sposobnosti, se niso obnesle, saj so upoštevale bolj trenutno stanje bolezni, ne pa njene dinamike.

Načelno ocenjujemo delovno sposobnost shizofrenih bolnikov po bolezenskih vidikih takole:

Delovno sposobni (oziroma brez kategorije invalidnosti) so bolniki po akutni psihotični fazi z dobrim izidom in bolniki po ponovljenih psihotičnih epizodah z dolgotrajnejšo remisijo brez opazne osebnostne prizadetosti.

III.kategorijo invalidnosti oziroma »lažje delo« naj bi prisodili bolnikom po akutni fazi ali več psihotičnih fazah z lažjo stopnjo osebnostne prizadetosti.

Z II.kategorijo (skrajšan delavnik) naj bi ocenili bolnike z blažje izraženo trajno kronično psihotično simptomatiko, če seveda ne gre za hujše osebnostne spremembe oziroma za osebnostno dezintegracijo. Upošteevamo tudi vpliv vzdrževalne terapije na bolnikovo utrudljivost in njegovo početje.

S I.kategorijo invalidnosti ocenimo shizofrene bolnike s pogostimi

psihotičnimi epizodami in pa težje kronične in progredientne oblike bolezni s težjimi osebnostnimi spremembami.

## ZAKLJUČKI

Vprašanja upokojevanja ali neupokojevanja shizofrenih bolnikov imajo izrazito socialni prizvok, pri čemer gre za bistvene elemente kvalitete življenja te naše morda najrevnejše populacije. Pa tudi ko je delovna sposobnost za organizirano pridobitno delo izgubljena, si moramo prizadevati, da bolnik ne izgubi vseh stikov z njemu primernim delovnim in socialnim okoljem.

Danes govorimo o psihiatriji v spreminanju, torej smo sredi njene reforme. Tiste reforme, ki so jo ponekod že okusili v dobrem in slabem. Ta reforma se seveda ne sme začeti in končati z zmanjševanjem števila postelj. Ta del reforme smo že prestali, zahteve po tem pa še niso utihnile. Upamo samo, da smo se od slabih zgledov tudi kaj naučili. Prav je, da ukinjamo prevelike in razčlovečene bolnišnice, ni pa prav, da se to dela brez sodobnih alternativ, da težki bolniki nimajo kam iti in postajajo še večji brezdomci, kot so večinoma že bili. Ni prav, da ponekod omejujejo število dni zdravljenja, ki ga plača zavarovalnica, potem pa bolnika prepustijo cesti ali ga pahnejo v azil. Če torej res reformiramo slovensko psihiatrijo, ne ponavljajmo napak drugih, ampak iščimo rešitve, za katere je po svetu že kar nekaj zgledov!

## LITERATURA

1. Milčinski L et al. Vprašanja invalidskega upokojevanja duševno abnormnih oseb. Zdrav Vestn 1979; 48:9-12.
2. Peršič N et al. Shizofrenija i radna sposobnost. Zagreb: Tehnička knjiga, 1975.
3. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge: University Press, 1970.
4. Žvan V. Specifična problematika delazmožnosti in upokojevanja bolnikov s shizofrenijo. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1985.