„Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

REHABILITACJA PSYCHIATRYCZNA – KOMPLEKSOWE POSTĘPOWANIE, METODY, CELE, ZASADY

Lek. med. Małgorzata Starczewska - Krawczyk
Specjalista rehabilitacji medycznej

Rehabilitacja psychiatryczna jest zadaniem trudnym, gdyż jest to dział medycyny na styku biologii, psychologii, uwarunkowań indywidualnych i społecznych.

Rehabilitacja psychiatryczna to „system koordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną”.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rehabilitacja psychiatryczna jest trzecim, po prewencji pierwotnej i wtórnym (leczenie) stopniem ogólnie przyjętego modelu zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Kompleksowość rehabilitacji kładzie nacisk na indywidualny program oddziaływań dla każdego chorego zależnie od stopnia nieprzystosowania w czterech podstawowych funkcjach:

- **rodzinnym** (funkcjonowanie i interakcja w rodzinie)
- **zawodowym** (przeciwdziałanie wykluczeniu)
- **środowiskowym** (kontakty międzyludzkie)
- **osobistym** (samorealizacja, samodzielność, samowystarczalność, dbałość o własny wygląd)

Leczenie osób z chorobami psychicznymi powinno zawierające:

- **profilaktykę**
- **farmakoterapię**
- **psychoterapię**
- **rehabilitację**

PODSTAWOWE ZASADY W REHABILITACJI PSYCHIATRYCZEJ

Zasada partnerstwa

Zasada ta opiera się na poszanowaniu praw i indywidualnych potrzeb chorego zależnie od stanu klinicznego. Rehabilitacja pozostaje prawem, a nie obowiązkiem chorego psychicznie pacjenta i nie może być prowadzona wbrew jego woli i braku zgody.

Zasada wielostronności oddziaływań

Wymaga współpracy wielospecjalistycznego zespołu, pogłębienia znajomości problemów pacjenta i jego środowiska. Oznacza konieczność jednoczesnego oddziaływania w różnych sferach życia (rodzinne, zawodowe, społeczne).

Zasada stopniowania trudności

Zależna jest od fazy choroby, całkowitej lub pełnej samodzielności np. w zakresie pracy. Zasada ta musi być stosowana ze względu na występujące u chorych z zaburzeniami psychicznymi upośledzenie zdolności adaptacyjnych, głównie adaptacji społecznej.

Zasada powtarzalności oddziaływań

Odnosi się ona do pacjentów, u których proces choroby przebiega z okresami zaostrzeń.

Zasada jedności metod

Zasada ta wiąże się z koniecznością równoległego stosowania leczenia farmakologicznego, oddziaływań psychoterapeutycznych oraz psychospołecznych. Zauważono bowiem, że u osób z zaburzeniami psychicznymi wypełnienie czasu aktywnością dostosowaną do ich potrzeb, zmniejsza nasilenie objawów psychopatologicznych i konieczności stosowania dużych dawek leków.

Zasada optymalnej stymulacji

Według tej zasady na osoby chore psychicznie źle wpływają zarówno sytuacje, które nie dostarczają wielu wrażeń i stymulacji w życiu społecznym, ale i te które powodują nadmiar stymulacji i zmuszają chorego do pokonania zbyt trudnych dla niego zadań. Wynika to z faktu, iż u większości chorych psychicznie występuje obniżony próg możliwości adaptacyjnych. Szczególnie jest to widoczne u osób chorych na schizofrenię oraz osób w wieku podeszłym.

SCHIZOFRENIA

Klasyfikacja według ICD-10 - „**zaburzenia schizofreniczne**” cechuje się podstawowymi i charakterystycznymi zakłóceniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym i spłyconym afektem. Jasna świadomość i sprawność intelektu zwykle są zachowane, choć z czasem mogą powstać deficyty poznawcze.

Pacjenci wobec choroby wykazują różne postawy. Niektórzy zdają sobie sprawę z występującej u nich choroby psychicznej, inni nie są tego świadomi.

Postępowanie terapeutyczne występuje w rożnych formach:

model biomedyczny: chorobę uważa się za patologiczny proces mózgowy (leczenie farmakologiczne)

model psychologiczny - indywidualny: gdy występują głębokie zaburzenia rozwoju osobowości (psychoterapia indywidualna)

model transakcyjny – systemowy: gdy choroba stanowi część nieprawidłowej sieci interakcji (terapia rodzin, grupowa i indywidualna)

CHOROBY AFEKTYWNE

Termin „**choroby afektywne**” to grupa zaburzeń psychicznych o etiologii endogennej, w przebiegu których występują okresowo zaburzenia nastroju, emocji i aktywności w postaci zespołów depresyjnych, u części osób zespoły maniakalne.

Wyodrębniono dwie grupy chorób afektywnych: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, w przebiegu których występują zespoły depresyjne i maniakalne oraz zaburzenia depresyjne nawracające – występują wyłącznie zespoły depresyjne w ich przebiegu.

ZABURZENIA LĘKOWE (NERWICA LĘKOWA)

Wg ICD-10 do **zaburzeń lękowych** zaliczamy do nich m.in.: zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno – kompulsywne, reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną oraz inne zaburzenia nerwicowe.

ETAPY REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ

Powinna być ona rozpoczęta jak najwcześniej, często w okresie ostrych objawów choroby i być kontynuowana przez **całe życie** pacjenta zależnie od etapu choroby i potrzeb indywidualnych. Wyróżnia się rehabilitacje wczesną i późną.

Rehabilitacja wczesna rozpoczyna się już często w warunkach szpitalnych i polega na pomocy psychologicznej udzielonej pacjentowi i jego rodzinie oraz zapobieganiu wykluczeniu pacjenta z dotychczasowych ról społecznych. Wskazane jest kontynuowanie jej w poszpitalnym leczeniu ambulatoryjnym. Często też współistnieje z podjęciem terapii rodzinnej.

W **późnej rehabilitacji** psychiatrycznej stosuje się techniki behawioralne, terapię zajęciowa, ergoterapię. Dedykowana jest głównie osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, tym którzy wielokrotnie wracają do szpitala wskutek trudności w przystosowaniu się; u pacjentów którzy na skutek długoletniego przebywania w szpitalu utracili umiejętności samodzielnego życia oraz u osób, które na stałe pozostają w opiece stacjonarnej, a także u chorych zatrudnionych w spółdzielniach inwalidzkich.

Kompleksowość rehabilitacji psychiatrycznej uwzględnia:

- leczenie farmakologiczne
- terapie zajęciowe
- terapie rodzinną
- treningi behawioralno-poznawcze
- treningi umiejętności
- terapie wspierające
- psychoedukację

Współczesne ujęcie rehabilitacji psychiatrycznej opiera się na metodach, do których obecnie należą:

- **treningi neuropoznawcze** (zajęcia oparte o treningi komputerowe i odwołujące się do sytuacji życiowych)

- **umiejętności społecznych** (treningi samoobsługi, rozpoznawania nawrotów choroby i poprawy umiejętności społecznych)

- **społecznego poznania** (ćwiczenia rozpoznawania emocji, rozumienia sytuacji społecznych)

Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi to:

- **CRT** (kognitywna terapia remediacyjna)
- **MBCT** (terapia poznawcza oparta na uważności)

Została opracowana jako metoda zapobiegająca metodom depresji. Jest to jedna z terapii tak zwanej trzeciej fali behawioryzmu.

- **SCIT** (trening społecznego poznania i interakcji, dedykowana poprawie deficytów społecznych w schizofrenii)
- **ACT** (terapia akceptacji i zaangażowania)

Zwiększenie elastyczności psychologicznej, umiejętności bycia w pełni obecnym „tu i teraz”.

Obecnie preferuje się połączenie farmakoterapii, z i innymi sposobami rehabilitacji psychiatrycznej. Należą do nich między innymi:

- fizjoterapia
- terapia BIOFEEDBACK
- zabiegi EW (terapia elektrowstrząsowa)
- treningi funkcji poznawczych
- treningi umiejętności społecznych
- psychoterapia indywidualna
- psychoterapia grupowa
- psychoedukacja
- arteterapia (terapia poprzez sztukę)
- treningi relaksacyjne
- choreoterapia (terapia tańcem)
- hortiterapia (terapia poprzez pracę w ogrodzie)

ROLA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W REHABILITACJI OSÓB Z CHOROBAMI PSYCHICZNYMI

Aktywność fizyczna to niezbędny i bardzo ważny aspekt w rehabilitacji psychiatrycznej. Powinna być wdrożona jak najwcześniej w kompleksowym leczeniu pacjenta. Wskazana jest zarówno pacjentom pobudzony jak i zahamowanym ruchowo. W pierwszym przypadku umożliwi rozładowanie emocji, zaś u pacjentów zahamowanych pobudzi aktywizację.

Ruch, wykonywanie ćwiczeń fizycznych sprzyja poprawie stanu zdrowia u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne (m.in. na depresję, zaburzenia lękowa, choroby afektywne). Aktywność fizyczna pomaga w radzeniu sobie ze stresem i obniża ryzyko zachowań autodestrukcyjnych.

Ruch, **aktywność fizyczna** wpływa na:

- poprawę nastroju
- poprawę koncentracji i pamięci
- regulacje procesów fizjologicznych
- poprawę kontaktów interpersonalnych
- zmniejszenie poziomu lęku
- rozładowanie nadmiar energii
- zniwelowanie skutków ubocznych stosowanych leków
- polepszenie jakości życia

Kinezyterapia może być stosowana indywidualnie i grupowo. Wskazane są wszelkie formy aktywności fizycznej zależne od stanu klinicznego pacjenta, okresu choroby, indywidualnych możliwości oraz miejsca, w którym osoba chora psychicznie się znajduje aktualnie np.:

- ćwiczenia na sali gimnastycznej
- aerobik
- nordic walking
- gry zespołowe
- jazda rowerem
- tai-chi (przeciwdziała depresji i stanom lękowym, redukuje stres i napięcie)
- wskazane są również metody specjalistyczne jak: PNF, metoda Vojty, Bobath dla dorosłych, ćwiczenia wg Dennisona etc.

ŚRODOWISKOWE SYSTEMY WSPARCIA

Środowiskowe Domy Samopomocy

Funkcjonują w oparciu o terapię zajęciową, treningi umiejętności społecznych i różne formy aktywizacji społecznej. Mają zapobiegać hospitalizacji osób leczonych psychicznych i poprawiać ich funkcjonowanie w społeczeństwie.

Ośrodki Wsparcia

Są to dzienne placówki zbliżone do ŚDS. Ich celem jest podtrzymanie funkcjonowania osób w społeczności lokalnej.

Warsztaty Terapii Zajęciowej

Są to ośrodki dzienne przygotowujące do podjęcia zatrudnienia. Kładą nacisk na zdobywanie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia pracy.

Kluby

Umożliwiają nawiązywanie nowych kontaktów i pomagają w organizacji spędzania wolnego czasu. Często są objęte pomocą psychologiczną.

Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze

Dedykowany osobom z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym.

Obejmuje wizyty domowe terapeutów.

Chronione Zakwaterowanie (hostele, mieszkania chronione)

Zapewniają miejsce do życia oraz wsparcie terapeutyczne.

Programy Aktywizacji Zawodowej

Zapewniają pomoc w poszukiwaniu pracy oraz pomoc psychologiczną.

Wszystkie wyżej wymienione mają na celu kompensowanie deficytów osób z chorobami psychicznymi.

Duży wkład w istnienie programów wsparcia ma **PFRON** (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych), dzięki któremu są realizowane działania w Warsztatach Terapii Zajęciowej oraz Programach Aktywizacji Zawodowej (np. program szkoleniowy „ICAR” w zakresie obsługi komputerów).

WNIOSKI

Rehabilitacja psychiatryczna ma na celu podniesienia jakości życia osób leczonych psychiatryczne, funkcjonowania w społeczeństwie i życiu rodzinnym oraz zawodowym. Ma również na celu zminimalizowanie nawrotów choroby, radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych (nawrót choroby, sytuacje wywołujące bardzo silne emocje np. rozwód, śmierć bliskich).

Zmiana leczenia i podejście interdyscyplinarne do osób z chorobami psychicznymi powoduje zmniejszenie ich marginalizacji i stygmatyzacji w społeczeństwie, dzięki czemu możliwe jest satysfakcjonujące i godne życie chorych i ich rodzin.

Bibliografia

Kwolek, A. Rehabilitacja medyczna. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2003.

Ramirez Basco, M., Rush John A. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe Terapia poznawczo behawioralna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielońskiego, 2007.

Kiwerski J. Rehabilitacja medyczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005.

Cechnicki, A. Rehabilitacja psychiatryczna cele i metody. Psychiatria w Praktyce Klinicznej. 2009.

Bronowski, P., Chotkowska, K. Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania.”, Nr III/2016(20).

Holistic Health o leczeniu człowieka i nie tylko jego chorób. „Tai-chi chorób się nie boi”. 2/2016.

Wilk, A. Aktywność ruchowa w kontekście rehabilitacji psychiatrycznej na przykładzie Środowiskowego Domu Samopomocy w Lublinie. Katolicki Uniwersytet Lubelski. Wydział Nauk Społecznych Katedra Psychologii Rozwojowej.

Socha, M., £oza, B., Patejuk-Mazurek, I. Fizjoterapia w psychiatrii. Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie.

Legierski, J. Terapia akceptacji i zaangażowania w leczeniu zaburzeń lękowych w relacji do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej. Instytut Psychologii. Wydział Filozoficzny. Uniwersytet Jagielloński. Kraków. Psychiatr Psychol Klin 2018, 18(3). p. 290-295.