Zarządzenie Nr 31/2014

Dyrektora

Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Specjalistycznego MSW
w Jeleniej Górze
z dnia 16 października 2014 roku

w sprawie wprowadzenia „Kompleksowego programu terapii psychiatryczno- psychologicznej dla pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego i Psychiatryczno - Rehabilitacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze"

Na podstawie § 11 pkt. 1 Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze

zarządzam:

§ 1

Wprowadzam z dniem 16 października 2014 roku „Kompleksowy program terapii psychiatryczno-psychologicznej dla pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego i Psychiatryczno - Rehabilitacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze" stanowiącego załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Traci moc Zarządzenie Nr 18/2009 z dnia 1 października 2009 roku oraz Zarządzenie Nr 6/2012 z dnia 2 stycznia 2014 roku.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Specjalistycznego MSW
w Jeleniej Górze
mgr Elżbieta Zakrzewska

Otrzymują :

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa -
2. Kierownik Oddziału –
3. Dzienny Oddział Psychiatryczny i Psychiatryczny Rehabilitacyjny: Lekarze i pielęgniarki –
4. Koordynator psychologów i psychoterap. -
5. Terapeuci zajęciowy -
6. Psychoterapeuci -
7. Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dorosłych -
8. Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży -
9. a/a

Załącznik
do Zarządzenia Nr 31/2014
z dnia 16.10.14r.

KOMPLEKSOWY PROGRAM TERAPII PSYCHIATRYCZNO-PSYCHOLOGICZNEJ I REHABILITACJI DLA PACJENTÓW ODDZIAŁU DZIENNEGO PSYCHIATRYCZNEGO I PSYCHIATRYCZNEGO REHABILITACYJNEGO SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO MSW W JELENIEJ GÓRZE

Z-CA DYREKTORA ds. LECZNICTWA
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Specjalistycznego MSW
w Jeleniej Górze
lek. med. Renata Ostrowska-Stopczyńska

Spis treści

1 ZASADY PRZYJĘCIA DO DZIENNEGO ODDZIAŁU REHABILITACYJENGO PSYCHIATRYCZNEGO 4

2 OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SCHORZEŃ PACJENTÓW ODDZIAŁU DZIENNEGO 4

3 FORMY ODDZIAŁYWAŃ PSYCHIATRYCZNO-REHABILITACYJNYCH 7

3.1 FARMAKOTERAPIA 7

3.2 ZAJĘCIA REHABILITACYJNE 8

3.2.1 PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA 8

3.2.1.1 Definicja 8

3.2.1.2 Cele psychoterapii 9

3.2.1.3 Techniki terapeutyczne 9

3.2.1.4 Zakończenie terapii 11

3.2.2 PSYCHOTERAPIA GRUPOWA 11

3.2.2.1 Definicja 11

3.2.2.2 Warunki organizacyjne funkcjonowania grupy 11

3.2.2.3 Kryteria doboru do grupy psychoterapeutycznej 11

3.2.2.4 Przeciwwskazania 12

3.2.2.5 Przygotowanie pacjentów do udziału w psychoterapii grupowej 13

3.2.2.6 Kontrakt grupowy 13

3.2.2.7 Czynniki leczące w psychoterapii grupowej 13

3.2.2.8 Procesy i zjawiska w zamkniętej grupie psychoterapeutycznej 15

3.2.2.9 Fazy rozwoju grupy psychoterapeutycznej 15

3.2.2.10 Obszary, na które zwraca uwagę obserwator w psychoterapii grupowej ... 17

3.2.2.11 Pacjent w psychoterapii grupowej 19

3.2.3 EDUKACJA I PSYCHOEDUKACJA 20

3.2.4 TERAPIA ZAJĘCIOWA 20

3.2.4.1 Definicja 20

3.2.4.2 Wykorzystywane formy oddziaływań 21
3.2.4.3 Cele oddziaływań 21
3.2.4.4 Zasady kwalifikacji 21
3.2.4.5 Sposób realizacji zajęć 21
3.2.5 TRENINGI PSYCHOLOGICZNE 22
3.2.5.1 Cele treningu 22
3.2.5.2 Ogólne zasady prowadzenia treningu 23
3.2.5.3 Funkcje treningu 23
3.2.5.4 Stosowane metody treningowe 24
3.2.5.4.1 Trening interpersonalny 24
3.2.5.4.2 Trening relaksacyjne 24
3.2.5.4.3 Trening umiejętności społecznych 25
3.2.6 ARTETERAPIA 28
3.2.6.1 Definicja 28
3.2.6.2 Formy arteterapii 28
3.2.7 TERAPIA RUCHOWA 29
3.2.7.1 Cele terapii ruchowej 29
3.2.7.2 Wykorzystywane formy terapii 30
4 PLAN ZAJĘĆ REHABILITACYJNYCH 30
5 BIBLIOGRAFIA 30

1 ZASADY PRZYJĘCIA DO DZIENNEGO ODDZIAŁU REHABILITACYJENGO PSYCHIATRYCZNEGO

Podstawą przyjęcia do Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze na Dzienny Oddział psychiatryczny i psychiatryczny rehabilitacyjny jest skierowanie, które otrzymuje pacjent z Poradni Zdrowia Psychicznego.

Podczas przyjęcia na oddział pacjent jest badany zarówno przez lekarza prowadzącego jak i przez psychologa w celach diagnostycznych i zaplanowania form oddziaływań leczniczych.

Podstawowymi metodami leczenia w szpitalu są: farmakoterapia, treningi psychologiczne, terapia zajęciowa, arteterapia, ergoterapia, fizykoterapia i rehabilitacja ruchowa.

2 OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SCHORZEŃ PACJENTÓW ODDZIAŁU DZIENNEGO

Na oddziale będą leczeni pacjenci z szerokim wachlarzem schorzeń definiowane zgodnie z ICD – 10.

F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe

F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne)

F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

F20-F29 SCHIZOFRENIA

Na charakterystyczny obraz schizofrenicznej dezintegracji psychicznej składają się różnorodne objawy, takie jak deficyt (np. w postaci alogii, apatii, abuli) i dezorganizacja czynności psychicznych (tzn. różne dysfunkcje i niedostosowanie czynności poznawczych i uczuciowo-motywacyjnych) oraz zniekształcenie oceny rzeczywistości (np. w postaci urojeń, omamów). Można je uważać za fragmenty głębszych zaburzeń polegających na:

1. **Niesprawności scalania środowiska wewnętrznego**, znajdującej wyraz subiektywny w dysfunkcjonalnym przeżywaniu jaźni (poczucia własnego ja), a wyraz obiektywny – w dostrzegalnych dysfunkcjach, m.in. mowy, ruchu, uczuć, motywacji,

2. **Niesprawność wymiany informacji i energii** między środowiskiem wewnętrznym i zewnętrznym, co prowadzi do dysfunkcjonalnych wzorców porozumiewania się i współdziałania z otoczeniem lub nawet do ich zerwania (autyzm).

Charakterystyczna długotrwałość przebiegu przejawia się tendencją do nawracania, przewlekania lub nawet utrwalania się zaburzeń, często prowadzącą do defensywnego stylu życia, nacechowanego wycofaniem, biernością, ograniczeniem sposobu wyrażania emocji, zainteresowań i potrzeb. Powstająca w następstwie dezadaptacja życiowa ma szeroki zasięg, obejmujący somatyczne(od braku troski o zdrowie po zagrażające życiu stany somatyczne lub zamachy samobójcze), osobowe (od subtelnej depersonalizacji po głębokie zmiany tożsamości) oraz społeczne aspekty przystosowania się chorego (od subtelnych deficytów w zakresie tzw. umiejętności społecznych po całkowitą utratę zdolności odgrywania ról społecznych oraz zależność od innych osób i instytucji.

F30-F39 ZABURZENIA NASTROJU

Zaburzenia afektywne to zaburzenia związane z ogólnie pojętymi zaburzeniami nastroju. Zaburzenia przebiegające z obniżeniem nastroju, zmianą rytmów około dobowych.

Zaburzenia depresyjne zaburzenia przebiegające z podwyższonym nastrojem

Zaburzenia maniakalne oraz zaburzenia mieszane mieszczące się w rozpoznaniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

F40-F48 ZABURZENIA NERWICOWE

Niezdolność do rozwiązania w sposób prawidłowy wewnętrznego konfliktu, jaki powstaje na skutek doznanego urazy psychicznego, albo wynikającego ze sprzecznych tendencji życiowych. Nerwica dotyczy więc przeżyć natury wewnętrznej, dopiero skutki objawiają się na zewnątrz, jako objawy w różnych narządach ciała.

W każdej nerwicy występują tak zwane objawy podstawowe (osiowe), niezależnie od tego, czy objawami szczegółowymi są duszność, bezsenność, nieśmiałość. Te podstawowe objawy to:

- w sferze psychiki – silne skupienie się na sobie (egocentryzm) oraz poczucie bezradności wobec choroby. Cała uwaga pacjenta skoncentrowana jest na objawach, które nasilają się również i z tego powodu, że pacjent tak bardzo boi się ich wystąpienia (lęk) – mechanizm błędnego koła.

- w sferze ciała – napięcie mięsni, zarówno odpowiedzialnych za ruchy zależne od naszej woli, jak i tych, które podlegają autonomicznemu układowi nerwowemu (zaburzenia wegetatywne).

F 50 –F59 ZESPOŁY BEHAWIORALNE

Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi. Ta kategoria zaburzeń obejmuje:

1. Zaburzenia odżywiania:
   -anoreksja
   -bulimia
2. Nieorganiczne zaburzenia snu
3. Dysfunkcja seksualna niespowodowana zaburzeniami organicznymi ani chorobą somatyczną.

F60 –F69 ZABURZENIA OSOBOWOŚCI I ZACHOWANIA DOROSŁYCH

W zaburzeniach osobowości i zachowania dorosłych wyróżnia się zasadniczo trzy grupy psychopatologiczne:

- Swoiste zaburzenia osobowości,
- Zaburzenia osobowości mieszane i inne,
- Trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu.

Swoiste zaburzenia osobowości są głębokimi zaburzeniami charakteru i sposobu zachowania się jednostki, obejmującymi zazwyczaj kilka wymiarów (cech) osobowości i prawie zawsze związanymi z zakłóceniami funkcjonowania psychospołecznego. Podzielono je zgodnie ze zbiorami cech odpowiadających najczęstszym bądź najbardziej wyrazistym (dominującym) wzorcom zachowań. Tak opisane typy lub podtypy osobowości, które zresztą nie wykluczają się wzajemnie, a w zakresie niektórych cech nawet nakładają, są raczej powszechnie uznawane za główne postacie zaburzeń osobowości. Rozpoznając zaburzenia osobowości, należy oczywiście brać pod uwagę wszystkie sfery funkcjonowania jednostki, jednakże należy je odnosić jedynie do tych cech czy wymiarów, których nasilenie osiąga określony stopień.

Do szerokiej kategorii swoistych zaburzeń osobowości zalicza się zespoły kliniczne, które spełniają następujące kryteria ogólne:

- Wyraźnie nieprawidłowe postawy i zachowania, wyrażające się w wielu sferach psychicznych i związkach z innymi ludźmi,
- Długotrwałość nieprawidłowych zachowań,
- Wzorzec nieprawidłowego zachowania się jest całościowy i nie dostosowany do sytuacji indywidualnych i społecznych ,
- Wymienione trudności zawsze pojawiają się w okresie późnego dzieciństwa lub młodzieńczym i utrzymują się nadal w wieku dojrzałym,
- Zaburzenia prowadzą do poczucia subiektywnego dyskomfortu psychicznego,
- Często, ale nie zawsze, zaburzenia współwystępują z pogorszeniem funkcjonowania w rolach zawodowych i społecznych.

Zgodnie z obrazem klinicznym swoiste zaburzenia osobowości można podzielić na kilka postaci osobowości: paranoiczną, schizoidalną, dyssocjalną, chwiejną emocjonalnie, histrioniczną, lękową, zależną, inne określone zaburzenia osobowości i zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (b.n.o.).

3 FORMY ODDZIAŁYWAŃ PSYCHIATRYCZNO-REHABILITACYJNYCH

Do podstawowych form oddziaływań psychiatryczno-rehabilitacyjnych stosowanych na Oddziale Dziennym należą farmakoterapia oraz zajęcia rehabilitacyjne, do których należą:

- sesje pomocy psychologicznej, w szczególności w postaci psychoterapii indywidualnej i grupowej;
- edukacja i psychoedukacja;
- terapia zajęciowa;
- treningi umiejętności społecznych;
- treningi relaksacyjne;
- arteterapia;
- terapia ruchowa.

3.1 FARMAKOTERAPIA

Leczenie farmakologiczne dostosowane jest do jednostki chorobowej i stanu pacjenta, wykorzystuje następujące grupy leków:

- neuroleptyki klasyczne i atypowe
- leki przeciwdepresyjne
- trójcylkiczne leki przeciwdepresyjne
- czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne
- SSR1
- SNRI
- inne leki przeciwdepresyjne
- leki przeciwlękowe
- leki normotymiczne

3.2 ZAJĘCIA REHABILITACYJNE

Zajęcia rehabilitacyjne mają za zadanie umożliwić pacjentom samodzielną egzystencję, integrację społeczną, podjęcie aktywności zawodowej oraz nabycia potrzebnych umiejętności zapewniających możliwie największą samodzielność.

3.2.1 PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA

3.2.1.1 Definicja

W niniejszym opracowaniu psychoterapia indywidualna jest rozumiana jako specjalistyczna metoda leczenia, polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych z wykorzystaniem kompetencji psychoterapeuty.

Psychoterapia indywidualna będzie jedną ze składowych procesu leczenia obejmującego leczenie farmakologiczne dostosowane do aktualnego stanu pacjenta.

Ukierunkowana w następujących zakresach:

- OSOBISTYM: samodzielność, samorealizacja, samowystarczalność,
- RODZINNYM: adekwatność, problem osamotnienia, samowystarczalność,
- ZAWODOWYM: wytrwałość, stałość,
- ŚRODOWISKOWYM: wsparcie, edukacja.

Szczególną cechą psychoterapii indywidualnej jest bezpośredni kontakt terapeuty z pacjentem oparty na silnym związku tych dwóch osób i przebiegający w warunkach szczególnej intymności. Związek taki powstaje niemal automatycznie, gdyż pacjent zawierzający terapeucie swoje najskrytsze myśli i uczucia, często bardzo silnie reaguje na

każde jego zachowanie, dlatego ważne jest, aby terapeuta w swoim zachowaniu wykazywał zaangażowanie, pozytywne nastawienie wobec pacjenta oraz szacunek dla pacjenta. Oprócz tego aspektu emocjonalnego spotkań indywidualnych bardzo ważny jest również aspekt poznawczy, który wyraża się tym , że pacjent zgłaszający się do terapeuty ma zwykle pewne oczekiwania i przewidywania, na czym polega ta forma pomocy. W związku z tym, że do rzadkości należą pacjenci, którzy mają gruntowną wiedzę, jaką formę pomocy mogą uzyskać, zadanie terapeuty często polega na sprawdzeniu i ewentualnym skorygowaniu wyobrażeń o psychoterapii oraz oczekiwań zgłaszających się do nich pacjentów.

Psychoterapię indywidualną poprzedzają:

Wstępna diagnoza - w której dokonuje się zbieranie i klasyfikowanie przez terapeutów informacji na temat pacjenta,

Diagnoza źródeł zaburzeń – która opiera się na określeniu okoliczności powstawania oraz sposobu manifestowania się danego symptomu,

Diagnoza rodzaju zaburzeń - w której dokonuje się zarówno psychiatryczna kategoryzacja symptomów, jak również opis psychicznych mechanizmów tych zaburzeń,

Zawarcie kontraktu terapeutycznego- czyli ustalenie zasad, na jakich będzie opierała się współpraca terapeuty i pacjenta

3.2.1.2 Cele psychoterapii

W psychoterapii indywidualnej cele psychoterapii są negocjowane przez pacjenta i psychoterapeutę, są one uwarunkowane rodzajem występującego u pacjenta zaburzenia lub jego problemów w relacjach interpersonalnych. Najogólniej można powiedzieć, że indywidualne spotkania z terapeuta koncentrują się na:

- udzielaniu wsparcia emocjonalnego,
- współtowarzyszeniu w podejmowaniu trudnych decyzji,
- zniknięciu określonego symptomu (lęku, nieśmiałości, bezsenności itp.),
- określeniu pożądanej formy funkcjonowania (asertywności, kontaktów towarzyskich),
- spojrzeniu z innej perspektywy na dany problem,
- usunięciu przyczyn zaburzeń.

3.2.1.3 Techniki terapeutyczne

Sposób prowadzenia pacjenta (dobór technik oraz sposób rozumienia zaburzeń) zależy od nurtu teoretycznego, przez pryzmat którego terapeuta diagnozuje i prowadzi proces terapeutyczny, niemniej jednak można powiedzieć, że w psychoterapii indywidualnej,

w której podstawową metodą jest oddziaływanie słowem (rozmowa, dialog), można wyodrębnić następujące techniki:

1. udzielanie informacji - polegające na adekwatnym do sposobu funkcjonowania pacjenta informowaniu go o przyczynach, istocie oraz rokowaniu zaburzeń i dolegliwości. Profesjonalne udzielenie powyższych informacji przyczyniają się często do poczucia bycia zrozumianym przez terapeutę co jest istotnym warunkiem dalszej współpracy
2. pobudzanie procesów kojarzenia - mające na celu zwiększenie napływu informacji poprzez odwoływanie się do wyobrażeń
3. odzwierciedlanie - polega na wybiórczym powtarzaniu lub odtwarzaniu wypowiedzi pacjenta poprzez akcentowanie lub pewne przeformułowanie ich treści . Ten sposób ma na celu dostarczenie pacjentowi zwrotnych informacji odnoszących się do jego sposobu porządkowania zjawisk, i faktów oraz relacji między nimi.
4. interpretacje – są bardzo przydatną techniką przy zmianie schematów poznawczych pacjenta i odnoszą się do odmiennego ujmowania faktów i zjawisk oraz związków przyczynowo – skutkowych miedzy np. oczekiwaniami, motywami i nastawieniami pacjenta oraz jego zachowaniem i reakcjami otoczenia.
5. zmiana postaw pacjenta- polegająca nie tylko na modyfikacje jego schematów poznawczych ale także komponentów emocjonalnych i behawioralnych (np. odgrywanie ról)
6. doskonalenie zdolności do rozwiązywania problemów - polegające na rozwijaniu elastyczności myślenia, zdolności spostrzegania i oceny problemu oraz wyboru optymalnej metody jego rozwiązania min. Przez zmniejszenie zakłócającego wpływu emocji na procesy intelektualne.
7. trening umiejętności społecznych – polegający na demonstrowaniu pacjentom pożądanych zachowań, dostarczaniu informacji zwrotnych, odrabianiu i sprawdzaniu zadań domowych.

Powyższe oddziaływania umożliwiają realizację indywidualnych celów terapeutycznych. Kierunek tych oddziaływań zdeterminowaniu jest wiedzą terapeuty dotycząca istoty zaburzeń, z którymi zgłosił się pacjent.

W psychoterapii indywidualnej zadaniem terapeuty jest zarówno podtrzymanie związku terapeutycznego, jak i umiejętne wykorzystanie powyższych czynników leczących.

3.2.1.4 Zakończenie terapii

Po realizacji celów pacjent i terapeuta wchodzą w ostatnią fazę, jaką jest zakończenie psychoterapii. W tej fazie pacjent z terapeutą koncentrują się na dwóch zasadniczych funkcjach:

- podsumowaniu efektów terapii,
- zastosowaniu nabytych umiejętności w sytuacjach poza terapeutycznych.

Specyfiką tej fazy psychoterapii jest stopniowe wycofywanie się psychoterapeuty z pracy nad bieżącymi problemami pacjenta w celu umożliwienia „przećwiczenia" nabytych doświadczeń podczas psychoterapii indywidualnej pacjenta oraz gruntowne przyswojenie osiągniętych zmian w realnym życiu.

Ilość sesji psychoterapii indywidualnej – adekwatna do rodzaju zaburzeń i celu psychoterapii.

3.2.2 PSYCHOTERAPIA GRUPOWA

3.2.2.1 Definicja

Psychoterapia grupowa – to forma leczenia, w której terapeuta, pełniący rolę lidera zadaniowego, swoimi interwencjami w przebieg pracy (np. dialogów) w grupie, uruchamia procesy leczenia u wszystkich uczestników spotkania (Aleksandrowicz, 2000, s. 192).

3.2.2.2 Warunki organizacyjne funkcjonowania grupy

Optymalna liczba uczestników grupy terapeutycznej - 6 - 12 osób. Jeżeli grupa liczy poniżej 6 osób, to liczba możliwych interakcji pomiędzy uczestnikami jest niewielka, natomiast powyżej 12 osób wzrasta prawdopodobieństwo wyłonienia się podgrupy osób aktywnych, co może spowodować, że pojedyncze osoby mogą pozostawać wycofane.

Zalecana najmniejsza liczba godzin pracy **grupy zamkniętej** (wszyscy uczestnicy rozpoczynają i kończą leczenie w tym samym czasie) wynosi 40-60 godzin - są to grupy tzw. **krótkoterminowe**.

Przy ustalaniu czasu trwania jednej sesji terapeutycznej należy kierować się możliwością swobodnej wymiany myśli między członkami grupy oraz planowaną całkowitą liczbą godzin terapii grupowej. Najczęściej spotkania są 1-2 razy w tygodniu po 1,5 - 2 godzin.

3.2.2.3 Kryteria doboru do grupy psychoterapeutycznej

Zasady doboru, które są uznawane przez terapeutów o różnych orientacjach teoretycznych:

- *Lokalizacja kontroli* - grupa terapeutyczna stwarza warunki do społecznego uczenia na bazie wymiany myśli, wyrażania emocji, konfrontacji postaw i zachowań. Dlatego też osobami najbardziej korzystającymi z udziału w grupie terapeutycznej są te, które szybko uczą się pod wpływem społecznej wymiany, stymulacji, dla których udział w grupie jest atrakcyjny, aktywnie w niej uczestniczą, są gotowe dzielić się z innymi własnymi problemami.

- *Zewnętrzne problemy* - większość terapeutów uważa, że słusznie jest włączać do jednej grupy ludzi zgłaszających wspólny problem zewnętrzny, ponieważ ułatwia to uczestnikom identyfikację z grupą, przyczynia się do jej spójności, która jest ważnym czynnikiem leczącym w psychoterapii grupowej.

- *Różnorodność osobowości* - odmienność osobowości uczestników grupy jest pomocna w procesie psychoterapii ponieważ:

a) mogą zetknąć się z różnymi perspektywami spojrzenia na życie,

b) mogą uczyć się wyrażać odmienne poglądy, ujawniać złość i wrogość w nie destrukcyjny sposób,

c) uczą się tolerować odmienność i koegzystować z osobami nawet znacznie różniącymi się stylem życia,

d) mają szansę obserwować różne sposoby radzenia sobie w sytuacjach, które są dla nich trudne.

3.2.2.4 Przeciwwskazania

- Niekorzystne jest jednak włączanie do grup narkomanów, pacjentów o rysach psychopatycznych, alkoholików, którzy nie są w okresie abstynencji. W grupie nie mogą funkcjonować osoby, które są aktualnie w złym kontakcie z rzeczywistością, osoby bardzo lękowe, skrajnie wrogie, nadmiernie podejrzliwe i krytyczne - mają bowiem duże trudności z utrzymaniem się w grupie.

- Wiek i różnorodność kulturowa - ludzie mają różne problemy, podejmują różne zadania, inne konflikty wewnętrzne i zewnętrzne są dla nich aktualne w zależności od wieku, dlatego większość terapeutów przy formowaniu grup uwzględnia wiek uczestników.

- Problematyka osób odbiegających od przeciętnego składu grupy - trzeba zwracać uwagę na to, aby pojedyncze osoby nie odbiegały znacznie nasileniem symptomów, rodzajem doświadczenia społecznego i specyfiką problematyki psychologicznej od pozostałych członków grupy, ponieważ prowadzi to często do „wypadania" takich osób z terapii grupowej przed jej zakończeniem.

3.2.2.5 Przygotowanie pacjentów do udziału w psychoterapii grupowej

Dostarczanie informacji, wyjaśnień dotyczących: zasad i dynamiki funkcjonowania w grupie terapeutycznej (zaleca się np. otwarte i bezpośrednie ujawnianie uczuć, problemów w stosunku do innych uczestników i terapeuty), funkcji terapeuty - terapeuta klasyfikuje nierealistyczne oczekiwania i obawy pacjentów, przewiduje trudne sytuacje w grupie, daje wsparcie.

3.2.2.6 Kontrakt grupowy

- Miejsce i czas - powinny być ustalone z całą grupą (na pierwszym spotkaniu), tak jak i ogólne cele grupy oraz frekwencja.
- ***Cel psychoterapii grupowej*** - człowiek jest istotą społeczną, zaburzenia w procesie socjalizacji są źródłem patologii. Psychoterapia grupowa stwarza warunki do uzyskania doświadczeń korygujących zaburzenia związane z wchodzeniem w grupy społeczne i uczestniczeniem w nich.
- Utrzymywanie tajemnicy- zapewnia wstępne zaufanie między członkami grupy.
- W wielu grupach kontakty poza sesjami terapeutycznymi między członkami grupy są nie wskazane, bliskie związki niektórych uczestników grupy mogą uniemożliwiać im otwarte swobodne, ustosunkowywanie się do *siebie* ze względu na poczucie lojalności.

3.2.2.7 Czynniki leczące w psychoterapii grupowej

Jest to bardzo trudna i kontrowersyjna kwestia w psychoterapii. Yaloma uwzględnia zarówno warunki jak i mechanizmy zmiany:

- wzbudzanie nadziei- wysoki poziom oczekiwań pacjentów na uzyskanie pomocy w grupie terapeutycznej, znacząco koreluje z efektami leczenia (zaufanie do terapeuty, możliwość obserwowania innych członków grupy, którzy mają podobne problemy, zaczynają je inaczej rozwiązywać - to wszystko wzbudza nadzieję),
- poczucie podobieństwa- b. ważne, ponieważ pacjenci zgłaszają się z przekonaniem o wyjątkowości swoich problemów, czują się samotni. Zobaczywszy, że istnieją ludzie o podobnych problemach czują się mniej wyizolowani, co znacznie wspiera psychoterapię,
- dostarczanie wiedzy, informacji o zaburzeniach, ich dynamice powstawania i możliwościach zmian raczej nie jest to preferowane przez większość terapeutów, jednak wyjaśnienie pewnych zjawisk jest pierwszym krokiem do ich kontroli. Pacjenci pogłębiający wiedzę o sobie, odkrywają własne "ja", co można uznać za czynnik sprzyjający leczeniu.

- altruizm (ten czynnik nie występuje w psychoterapii indywidualnej) - duże znaczenie dla uczestników grupy ma znaczenie faktu, że jest się osobą pomocną dla innych. Uczestnicy grupy słuchają siebie, przekazują innym własne uwagi, sugestie, oferują wsparcie, empatyczne zrozumienie. Czynnik ten ma. szczególne znaczenie dla osób żyjących dotychczas w izolacji, skoncentrowanych na sobie.
- korektywne odtwarzanie rodziny pierwotnej.
- uczenie społecznych umiejętności (ten czynnik nie występuje w psychoterapii indywidualnej) – wykorzystywanie np. psychodramy - odgrywanie scen, które w życiu codziennym sprawiają duże problemy poszczególnym członkom,
- naśladowanie - np. terapeuty może być pierwszą próbą eksperymentowania z nowymi zachowaniami i w tym znaczeniu inicjować zmiany.
- interpersonalne uczenie- kluczowe znaczenie w psychoterapii - grupa traktowana jest jako społeczny mikrokosmos. Pacjent uczy się podejmować nowe sposoby zachowania i wyrażania siebie w obrębie grupy, następnie nowe zachowania, stopniowo zostają prezentowane w świecie zewnętrznym. Aby umożliwić uczenie interpersonalne pacjentów, psychoterapeuta powinien podejmować specyficzne zabiegi: dodawać odwagi w dokonywaniu samoobserwacji, klasyfikować znaczenie odpowiedzialności za rodzaj związków z ludźmi i ich zmianę, wzmacniać próby przenoszenia poza grupę nowych form wyrażania siebie.

Spójność grupy – ważny czynnik psychoterapeutyczny, jest to atrakcyjność grupy dla wszystkich jej członków. Braaten wyodrębnia następujące jej wymiary:

a) atrakcyjność i wzajemne powiązania,

b) wsparcie i troska,

c) słuchanie i empatia,

d) ujawnienie" ja" i sprzężenie zwrotne,

e) procesy wykonawcze i osiąganie celów.

Warunki rozwijania spójności: zdolność grupy do rozwiązywania konfliktów, tworzenia konstruktywnych norm, budowania kultury grupy, redukowania unikania i obronności.

Spójność grupy wzrasta wraz z czasem jej trwania.

- odreagowanie - uwolnienie od silnych dotychczas tłumionych uczuć (np. dzielenie się z grupą wydarzeniami, którym towarzyszą silne emocje), osoba odreagowująca przeżywa .ulgę związaną z uwolnieniem się od tłumionych napięć, w konsekwencji może to prowadzić do nowego zrozumienia własnego doświadczenia wewnętrznego, podwyższenia spójności grupy,

- czynnik egzystencjalny - dotyczy takiego obszaru świadomości, który jest odpowiedzialny za poszukiwanie znaczenia egzystencji ludzkiej, ważnych wartości w życiu, cierpienia, samotności, sensu bliskości z ludźmi, granic odpowiedzialności za własne życie. Chociaż terapeuci nie ingerują w indywidualny system wartości człowieka, to i tak często przekazują oni pośrednio pacjentom elementy preferowanego przez siebie systemu filozoficznego, co jest bardzo cenione przez samych pacjentów.

3.2.2.8 Procesy i zjawiska w zamkniętej grupie psychoterapeutycznej

Koncepcja **konfliktu ogniskowego** - kolejne indywidualne wypowiedzi, zachowania poszczególnych członków grupy są powiązane w całość, odnoszą się do wspólnie podzielanego problemu. W zachowaniach pacjentów ujawniają się ich pragnienia, i obawy. Często nie są oni świadomi ukrytego aspektu ich wypowiedzi, dlatego też następstwo zdarzeń jest sprowokowane przez wspólny ukryty konflikt ogniskowy.

Podstawowymi składowymi konfliktu ogniskowego są:

a) motyw wzbudzony - wyrażający ukryte chęci pragnienia, których realizacja jest dla jednostki zagrażająca (pragnienie bycia wyróżnionym przez terapeutę, uraza wobec terapeuty, Pragnienie seksualne wobec innych pacjentów, pragnienie zniszczenia innych pacjentów - rywali, pragnienie odkrycia wobec grupy wad i złych impulsów),

b) motywy reaktywne - wyrażające obawę przed konsekwencjami realizacji motywu wzbudzonego (obawa przed: odrzuceniem przez psychoterapeutę, krytyką innych pacjentów, złymi relacjami z terapeutą, ośmieszeniem się, karą ze strony terapeuty, zemstą terapeuty).

W dyskusji pacjenci starają się uzyskać rozwiązanie, by jak najbardziej zredukować obawę i zaspokoić motyw wzbudzający - to rozwiązanie jednak nie jest zawsze akceptowane przez wszystkich członków grupy, wtedy trzeba poszukać innych rozwiązań.

Skuteczne rozwiązania przyjęte przez grupę tworzą tzw. kulturę grupy, która określa: cel grupy, stosunek między pacjentami a terapeutą, granice ekspresji uczuć, możliwe do przyjęcia treści oraz sposoby interakcji.

3.2.2.9 Fazy rozwoju grupy psychoterapeutycznej

a) **Faza orientacji** - określanie celów funkcjonowania grupy, wstępna prezentacja własnej osoby, wyrażanie obaw i wątpliwości związanych z udziałem w grupie, wyrażanie stosunku i oczekiwań wobec terapeuty i innych członków grupy, określenie własnego miejsca w grupie. Stosunek do terapeuty można scharakteryzować przez analogię do znanych, podzielanych w naszej kulturze ról społecznych, którym przypisywany jest

autorytet (reprezentant władzy, lekarz. doradca, dobrotliwy ojciec - spowiednik, przyjaciel, przywódca duchowy). Jeśli chodzi o określenie własnego miejsca w grupie, to na tym etapie mogą zarysować się typowe dla tej fazy role (są one raczej destrukcyjne dla poszczególnych osób i dla rozwoju grupy):

- lidera dominacji (przyjmuje przywództwo zadaniowe - są to najczęściej ludzie którym zależy na produktywności, źle czują się w nie jasnych relacjach z innymi, niecierpliwi),
- lidera sympatii (dostarcza oparcia innym, okazuje ciepło zrozumienie – osoba z tendencjami opiekuńczymi, dobrze wczuwa się w nastroje innych osób),
- błazna grupowego (sprzyja rozładowaniu napięcia poprzez humor - osoba źle tolerująca napięcie, zwłaszcza lękowe),
- dobrego ucznia (pragnie podporządkować się wszystkim zaleceniom terapeuty; stara się zasłużyć na akceptację ze strony terapeuty, by uniknąć odtrącenia),
- kozła ofiarnego (kanalizuje napięcia grupowe - agresywne lub lękowe, staję się ofiarą żartów, ataków, drwin- osoby o specyficznym braku wrażliwości na nastrój grupy, źle odczytują niewerbalne sygnały, mało wrażliwe na sygnały dystansowania, zniecierpliwienia, złości kierowanej do nich),
- outsidera (osoba pozostająca na uboczu, izolowana, odrzucana przez grupę, często osoby budzące niepokój grupy).

Dla tej fazy charakterystyczne jest niwelowanie różnic między uczestnikami, szuka się raczej podobieństw, ukrywane są wzajemne niechęci, obawy niepokoje, unika się wzrostu napięcia, między uczestnikami kontakt jest bardziej oficjalny,

b) **faza konfrontacji i eksplaracji róznic** - rozpoczyna się wraz z - pojawieniem się konfliktów w grupie (ujawnianie złości i zawodu wobec terapeuty oraz antagonizmów między uczestnikami grupy), zaczyna się walka o pozycję lidera, pojawienie się agresji we wzajemnych relacjach między członkami grupy, można traktować jako reakcję na charakter interakcji w poprzedniej fazie. Jest to bardzo dynamiczny etap rozwoju grupy, zaczynają tworzyć się podgrupy (np. podgrupa współdziałająca w "obaleniu władzy"). Pod koniec drugiego etapu następuje destabilizacja ról z pierwszej fazy, które są rolami destruktywnymi. Destabilizacja ta następuje wraz z pomyślnym rozwojem grupy, zaczynają krystalizować się nowe. Można wyodrębnić 7 głównych kategorii takich **ról**:

a) wyraziciel nastrojów grupowych - osoba szczególnie wrażliwa, odbiera wspólnie przeżywane przez grupę emocje, trafnie wyraża je werbalnie i niewerbalnie,

b) stabilizator emocji grupowych - trafnie interpretuje znaczenie wydarzeń w grupie, dystansując się od silniejszych uczuć.

c) sumienie grupy - pilnuje przestrzegania norm moralnych przez grupę,

d) dziecko grupowe - albo biedne (okazuje bezradność, niezdecydowanie, demonstruje liczne trudności, dolegliwości), albo szalone (z wdziękiem wyraża różne pragnienia, nawet te które nie są akceptowane),

e) dobra mama - osoba opiekuńcza, uczestnicy oczekują od niej wsparcia, zrozumienia,

f) bard grupowy - osoba wrażliwa na nastrój, i klimat grupy, potrafi w metaforycznym języku ujmować sens najistotniejszych zdarzeń w grupie,

g) opozycjonista - kwestionuje posunięcia psychoterapeuty, uruchamia krytyczne myślenie na temat reguł i norm, jakimi kieruje się grupa.

Faza ta kończy się **ustaleniem norm**, które można ująć w następujący sposób:

- owocne jest badanie własnych impulsów,
- mamy prawo wyrażać wszystkie nasze impulsy i uczucia w formie niedestrukcyjnej dla innych,
- nie musimy kochać się wzajemnie, umiemy szanować różnorodność i odrębność innych.

c) **Faza pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym.** W tej fazie problemy mają szansę być głębiej badane, wraz z ich dziecięcą genezą, z aspektami przeżywanych trudności dotychczas nieuświadomionymi. W trakcie tego etapu uczestnicy mają szansę uwolnić się od uczuć dotychczas nie ujawnianych, może ulegać zmianie obraz własnego "„a""- ponieważ dochodzą do niego takie elementy doświadczenia, które do tej pory były nieuświadomione. Uczestnicy stają się bardziej niezależni od terapeuty i bardziej realistycznie go postrzegają.

d) **Faza zakończenia psychoterapii** - Omawianie planów na przyszłość, zmian, jakie zostały dokonane. W związku z zakończeniem psychoterapii mogą pojawić się obawy związane z przyszłością, smutek, żal, niepewność - trzeba to traktować jako reakcje naturalne.

3.2.2.10 Obszary, na które zwraca uwagę obserwator w psychoterapii grupowej

1. Elementy spójności grupy.
2. Elementy podziału grupy.
3. Nastrój w grupie.
4. Faza pracy grupy.
5. Kto wzbudza napięcie, a kto je rozładowuje?
6. Interakcje pacjent-pacjent, pacjent-terapeuta:

- temat stałości interakcji,
- aktywność: werbalna, niewerbalna,
- potrzeby,
- role,
- nastrój.

7. Tematy: jawne, ukryte:
- kto wnosi?
- co się z nimi dzieje?
- kto zamyka i co?

8. Na czym koncentruje się praca w grupie:
- na jednostce,
- na temacie,
- na interakcjach,
- kto bierze udział, a kto jest wycofany?

9. Jak terapeuta pełni swoją rolę?

10. Jakie czynniki leczące zaistniały wyraźnie w grupie? W jaki sposób posunęły terapię pacjenta do przodu?

Niespecyficzne czynniki leczące:
- stwarzanie i podtrzymywanie nadziei,
-uniwersalizacja -dzielenie się przeżyciami,- altruizm,
- doświadczenia korektywne,
- kształtowanie umiejętności interpersonalnych, - kształtowanie umiejętności społecznych,
- naśladowanie innych,
- katharsis,
- czynniki egzystencjalne.

Specyficzne czynniki leczące:
- wgląd,
- jakim obszarze?
- przepracowanie,
- praca na przeniesieniu,
- przeuczenie.

3.2.2.11 Pacjent w psychoterapii grupowej

1. Pierwsza wypowiedź pacjenta w grupie- "Jak siebie przedstawia grupie?".
2. Kontrakt:

-uściślenie wiodącego problemu -z czym pacjent zgłasza się do leczenia?

- historia objawów:

a) od kiedy?

b) czy była sytuacja wyzwalająca objaw?

c) okresy objawowe i bez objawów- co je różnicuje?

d) przebieg poprzednich leczeń- co zadecydowało o nawrocie objawów, bądź niepowodzeniu terapii?

e) leki?

- oczekiwania od terapii,
- urealnienie oczekiwań,
- przeżywanie procesu leczenia w grupie: możliwości płynące z terapii grupowej, lęki i obawy.

3. Praca życiorysowa.
4. Przemyślenia pacjenta po pracy życiorysowej.
5. Praca kontrolna:

- z czym zgłosił się do leczenia,
- jakie problemy poruszał w grupie,
- jakie zmiany uzyskał w zakresie: przeżywania, funkcjonowania w grupie, funkcjonowania w życiu,
- rozumienie objawów,
- problemy, które pozostały do poruszenia w grupie,
- samopoczucie w terapii.
- ocena współpracy z grupą i terapeutami,
- dookreślenie czasu dalszej terapii,
- komentarz opiekunów i grupy.

6. Praca końcowa:

- stan w chwili przyjęcia a stan obecny - efekty leczenia,
- przebieg leczenia,

- pomocne i utrudniające leczenie elementy współpracy z grupą i terapeutami,
- plany na przyszłość,
- profilaktyka życia a zagrożenia.

7. Wypis i sporządzenie epikryzy końcowej.

3.2.3 EDUKACJA I PSYCHOEDUKACJA

Celem psychoedukacji jest przedstawienie pacjentowi podstawowej wiedzy na temat jego choroby.

Cel ten jest realizowany podczas indywidualnych spotkań psychoterapeutycznych oraz w trakcie terapii zajęciowej.

3.2.4 TERAPIA ZAJĘCIOWA

3.2.4.1 Definicja

To jedna z form leczenia rehabilitacji , polega ona na wykorzystaniu tkwiącego w każdym człowieku potencjału twórczego dla rozwoju lub wykształcenia pewnych cech i zachowań, które są w stanie znacznie polepszyć jakość życia chorego. Dodatkowo jest ważnym czynnikiem rehabilitacji społecznej , pozwalając na rozwój takich cech osobowych, które mogą choremu powrócić do społeczności po zakończeniu leczenia.

Terapia ma wpływ na:

- wszechstronny rozwój
- poprawę zaradności osobistej
- poprawę sprawności psychofizycznej
- umiejętności z zakresu wykonywania czynności życia codziennego
- przystosowanie do życia w społeczeństwie
- rozwój podstawowych ,a nawet specjalistycznych, umiejętności manualnych i twórczych
- przystosowanie do działań w grupie i ponoszenia odpowiedzialności za swoje działanie
- skierowanie uwagi na wykonywane zajęcia i odciągnięcie jej od rzeczy niepożądanych

zmniejszenie lęków i niepokojów.

3.2.4.2 Wykorzystywane formy oddziaływań

Na Oddziale Dziennym stosowane są poniższe formy terapii zajęciowej:

- rzeźba,
- rysunek, malarstwo, witraż żelowy
- robótki ręczne (wyszywanie, hafciarstwo, szydełkowanie),
- szycie na maszynie,
- tworzenie kompozycji, układanie puzzli.

3.2.4.3 Cele oddziaływań

W wyniku procesu twórczego u osoby tworzącej:

- zostają uwolnione i odreagowane nagromadzone emocje,
- zmniejsza się poziom napięcia,
- zwiększa się koncentracja uwagi, umiejętność skupienia na pracy,
- uaktywnia się ekspresja samego siebie i spontaniczność.

Arteterapia pozwala na:

- rozwijanie własnych działań twórczych,
- uzewnętrznienie świata własnych przeżyć i odczuć,
- zaspokajanie potrzeb: akceptacji, bezpieczeństwa, docenienia,
- pobudzenie sensoryczne - wielozmysłowe postrzeganie świata,
- poznawanie innych - zmiana optyki widzenia swoich problemów,
- akceptacja siebie i innych,
- relaks, przyjemność, odpoczynek.

3.2.4.4 Zasady kwalifikacji

Zajęcia zleca lekarz lub psycholog. Wskazana jest motywacja u pacjenta, aby uczestniczyć w tego typu działaniach.

3.2.4.5 Sposób realizacji zajęć

Uczestnicy korzystają z takich materiałów jak papier, tkanina, drewno, szkło, żele, artykuły papiernicze i pasmanteryjne.

Pacjentom nie narzuca się tematyki ani technik wykonania pracy, ale podsuwa wzory, pomysły i daje się możliwość wyboru. Zachęca się pacjenta do eksperymentów i własnych poszukiwań prac i podjętych tematów. Dowolność i niski poziom trudności technicznych wykonywanych prac wyzwala aktywność twórczą, pozwala zaakceptować siebie i innych, zwiększyć poczucie własnej wartości, daje poczucie radości tworzenia. Obserwuje się, iż aktywność jednych wyzwala ekspresję u drugich.

"Wytwór" czy wyrób, będący efektem terapii, często nie ma wartości estetycznej, ale jest wyrazem myśli i doznań pacjenta.

Podczas pobytu pacjent powinien wykonać przynajmniej jeden wyrób, który później ma możliwość zakupić. Uczestniczy w zajęciach indywidualnie, w czasie wyznaczonym przez terapeutę zajęciowego i nie kolidującym z innymi zabiegami.

3.2.5 TRENINGI PSYCHOLOGICZNE

3.2.5.1 Cele treningu

Wykształcenie określonych form zachowań (umiejętności nawyków), które w określonych sytuacjach mogą zapewnić uzyskanie zamierzonego wyniku. Zmiany bądź kreowanie nowych sposobów reagowania mogą odbywać się poprzez oddziaływanie na pojedyncze procesy i funkcje psychicznie lub ich układy, ujawniające się przy wykonywaniu złożonych działań.

Przy doborze celów treningu i metod treningowych uwzględnia się rodzaj sytuacji, w których jednostka będzie działać oraz rodzaj i charakterystykę wykonywanych zadań. W zależności od metod treningu, może on być ukierunkowany na osiągnięcie jednego lub więcej z wymienionych celów:

- przygotowanie do wykonywania zadań w grupie, kształcenie umiejętności interpersonalnych,
- pomoc w harmonijnym rozwoju osobowości osiąganiu życiowej dojrzałości psychicznej,
- wykształcenie umiejętności samokontroli,
- przechodzenie od mimowolnego kształtowania zachowań przez własne doświadczenie życiowe i zawodowe do kształtowania dowolnego i korekcji wpływu na nie wcześniejszych doświadczeń,
- zapewnienie stabilności emocjonalnej, podwyższenie wytrzymałości psychicznej, odporności na stres i czynniki zakłócające działanie,
- rozwijanie zdolności koncentracji i podzielności uwagi utrzymywania optymalnego poziomu czuwania,
- rozwijanie umiejętności prognozowania działania i jego następstw w dłuższej perspektywie czasowej.

3.2.5.2 Ogólne zasady prowadzenia treningu

W ćwiczeniach treningowych stosuje się następujące zasady:

- wielokrotne powtarzanie ćwiczeń w celu wypracowania odpowiednich układów funkcjonalnych i standardów jakości w programach działania jednostki,
- systematyczność,
- stopniowe zwiększanie poziomu trudności wykonywanych zadań,
- adekwatność treści i celów przygotowania - możliwe ścisłe zespolenie z konkretnymi zadaniami praktycznymi,
- podmiotowe traktowanie uczestników treningu, wyrównanie statusu trenera i uczestników,
- rozwijanie optymalnej motywacji uczestnictwa w treningu.

3.2.5.3 Funkcje treningu

Osiąganie poszczególnych celów ćwiczeń jest możliwe dzięki korzystaniu z dostępnych metod, w zależności od charakteru aktualnych i przyszłych zadań oraz warunków działania, co zapewniają funkcje treningu:

- adaptacyjna, związana z wykształceniem specyficznych umiejętności radzenia sobie w nowych warunkach, zadaniach,
- profilaktyczna, która łączy się z kształtowaniem umiejętności prawidłowej oceny i przewidywania zdarzeń oraz zdolności do działania w niesprzyjających warunkach,
- stymulująca, charakteryzuje się pobudzaniem wybranych funkcji i procesów psychicznych, np. wrażliwości spostrzegania. Pobudzenie właściwych procesów otwiera możliwości podnoszenia ich sprawności,
- korekcyjna, polega na hamowaniu i wygaszaniu nieprawidłowych reakcji i nawyków i trenowaniu nowych.

W praktyce kilka funkcji jest wykorzystywanych łącznie. Najczęściej funkcja profilaktyczna jest związana z kształtowaniem ogólnej sprawności psychicznej (metody relaksacyjno - koncentrujące), natomiast pozostałe funkcje wykorzystuje się w treningach specjalnych.

3.2.5.4 Stosowane metody treningowe

3.2.5.4.1 Trening interpersonalny

Trening interpersonalny stanowi formę uczenia się nowych zachowań społecznych w małej grupie, których podłożem są inscenizowane przez trenera sytuacje. Wykonując poszczególne ćwiczenia i występując w różnych rolach, jednostka jest aktywnym uczestnikiem treningu oraz obserwatorem zachowań własnych i pozostałych uczestników. W trakcie treningu uruchamiane są procesy zmian wewnętrznych, sprzyjających lepszemu zrozumieniu siebie, otwarcie na nowe, w tym korektywne doświadczenia i redukcję mechanizmów obronnych osobowości. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, decentracji interpersonalnej i nowych elementów systemu wartości to funkcje treningu interpersonalnego.

Trening interpersonalny należy zaliczyć do grupy metod treningu specjalnego. Jest to trening grupowy, w którym ważną rolę odgrywają czynniki i procesy występujące tylko w grupie. Trening taki stwarza korzystne warunki dla odreagowania, emocjonalnego wsparcia i kreowania zmian zachowania. Dostarcza cennych informacji zwrotnych nieodzownych do osiągnięcia wglądu we własne zachowanie i jego korekty.

Treningi interpersonalne mogą być prowadzone systematycznie w kilku lub kilkunastu jednogodzinnych sesjach lub w postaci tzw. "maratonów", które trwają po kilka godzin.

3.2.5.4.2 Trening relaksacyjne

Relaks jest to stan odprężenia psychosomatycznego, przeciwieństwo nadmiernego napięcia psychicznego, które zgodnie z prawami Yerkesa - Dodsona, obniża sprawność działania. Neurofizjologiczne podłoże relaksu związane jest ze zmniejszaniem napięcia, jakie powstaje w stanach emocjonalnego pobudzenia wskutek funkcjonowania ujemnego psychosomatycznego sprzężenia zwrotnego. Opanowanie umiejętności redukcji napięcia mięśniowego przyczynia się do obniżenia napięcia psychicznego (i odwrotnie). Napięcie mięśniowe, łatwiej poddające się autoregulacji niż psychiczne, można zmniejszać za pomocą ideomotorycznych nakazów i sugestii w treningu autogennym Schulza lub przez nauczenie się fizycznego odprężania mięśni w treningu Jacobsona.

W **treningu autogennym** do rozluźniania mięśni prowadzą sugestie uczucia ciężkości i bezwładności mięśni szkieletowych w pozycji leżącej. Stosowane w dalszych ćwiczeniach sugestie ciepła ogarniającego stopniowo całe ciało wywołują rozluźnienie mięśni gładkich poszczególnych narządów wewnętrznych. Powstaje przyjemne i korzystne wrażenie

odprężenia. Dalsze sugestie dotyczą uczucia spokoju, równowagi, harmonii wewnętrznej, siły i gotowości do nowego działania.

Trening relaksacyjny Jacobsona polega na wykonywaniu zestawu 27 ćwiczeń, związanych z napinaniem i rozluźnianiem mięśni kończyn, korpusu, głowy, szyi, twarzy i krtani. Ich opanowanie jest podstawą nauki relaksacji zróżnicowanej, przydatnej w trakcie wykonywania dowolnych codziennych czynności. Jest to umiejętność optymalnego napinania mięśni pracujących i selektywnego rozluźniania wszystkich pozostałych.

Wizualizacja również wprowadzają charakterystyczne dla relaksu wyciszenie aktywności umysłowej. Uzyskuje się je poprzez ćwiczenia wyobrażeniowe, podczas których myślenie zostaje skierowane na sytuacje i obrazy ułatwiające osiągnięcie odprężenia. Ćwiczenia wizualizacyjne łączą się często z konkretnymi działaniami, które zakończone sukcesem pozwolą zmienić obraz siebie wraz z nastawieniami dotyczącymi jakości działania i poziomy osiąganych wyników.

Czas trwania treningów relaksacyjnych - 25-30 minut. Treningi odbywają się 4 razy w tygodniu.

3.2.5.4.3 Trening umiejętności społecznych

Trening asertywności to uczenie się nowych zachowań interpersonalnych, wyrażających uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa danej osoby w sposób' bezpośredni, stanowczy i uczciwy, a jednocześnie respektujący uczucia, postawy, życzenia, opinie i prawa innej osoby (osób). Uczestnicy treningu ćwiczą swoje zachowanie w sytuacjach, w których mają trudności z wyrażaniem siebie wobec innych, w sposób nie naruszający osobistych praw tych osób. Uczenie zachowań asertywnych wykorzystywane jest zarówno jako element systemu leczenia jak i systemu edukacji.

Uczestnicy uczą się zachowań asertywnych przede wszystkim odgrywając role i naśladując trenera. Wielokrotnie ćwiczą zaplanowane asertywne zachowanie w trudnej sytuacji odgrywając scenki. Pomocą w uczeniu jest obserwacja zachowania proponowanego i pokazanego przez trenera lub jednego z uczestników grupy.

Sytuacje ćwiczone podczas treningu asertywności są bardzo różnorodne i zależą od problemów, jakie wnoszą uczestnicy. Istnieje jednak blok tematyczny, zwykle wprowadzany na treningu. Wiąże się to z zasadą nabywania kolejnych "mini" umiejętności metodą kolejnych kroków. Złożone sytuacje życiowe, szczególnie te najbardziej poruszające, czyli związane z kontaktem z bliskimi osobami, wymagają wielu różnych umiejętności asertywnego zachowania, których nie można uczyć się jednocześnie. Dlatego wprowadzane

są one jako "mini" umiejętności podstawowe, których wyćwiczenie pozwala na swobodne posługiwanie się asertywnością w trudnych sytuacjach życiowych.

Do bloku *podstawowych umiejętności* włączone zostały następujące tematy:

- obrona swoich praw, wyrażanie uczuć przyjemnych,
- wyrażanie uczuć nieprzyjemnych,
- przyjmowanie uczuć i opinii innych osób,
- stanowienie swoich praw,
- wyrażanie osobistych opinii i przekonań,
- monolog wewnętrzny - rozpoznawanie i przekształcanie tych zdań na własny temat, które blokują uruchomienie zachowań asertywnych.

Wymienione bloki podstawowych umiejętności nie muszą być realizowane w całości. Na wstępie uczestnicy treningu wypełniają kwestionariusz zwany „Mapą Asertywności", dzięki czemu można zorientować się, jakie są zainteresowania grupy. Daje to możliwość odpowiedniego doboru i rozszerzenia poszczególnych tematów.

Każdy z tematów poprzedzony jest *miniwykładem*, uogólniającym potoczne doświadczenia z nimi związane oraz przestawiającym propozycję asertywnego zachowania. Następnie proponuje się uczestnikom ćwiczenie, pokazujące w przejrzystej formie istotę asertywnego rozwiązania omawianej sytuacji. Jest to krótkie, proste *ćwiczenie*, które wykonują kolejno wszyscy uczestnicy, albo dłuższa scenka, pokazywana przez ochotników.

Po omówieniu ćwiczenia podstawowego, zachęca się: uczestników do znalezienia podobnych życiowych sytuacji, w których chcieliby zmienić swoje zachowanie na bardziej asertywne. Następuje blok prac indywidualnych.

Prowadzony trening zachowań asertywnych oparty jest na koncepcji terapeutycznej opracowanej przez Herberta Fensterheima. Przyjmując, że "zachowania nie istnieją w izolacji, ale oddziaływują wzajemnie na siebie, tworząc wzory zwane psychologiczną organizacją", uważa on, że zmiana jednego zachowania pociągnie za sobą zmianę serii zachowań z nim związanych. W ten sposób można, postępując systematycznie, uzyskać znaczącą zmianę sposobu działania, a jednocześnie zmianę "psychologicznej organizacji", czyli osobowości. Fensterheim leczył pacjentów o objawach nerwicowych, depresyjnych oraz mających trudności z kontrolą zachowań właśnie poprzez naukę zachowań asertywnych.

Trening komunikacji - to uczenie się nowych form komunikacji, które umożliwią efektywne funkcjonowanie w życiu zawodowym i prywatnym uczestników treningu.

Głównym celem treningu jest pogłębienie świadomości w zakresie stosowanych dotychczas przez uczestników metod komunikacji.

Trening zwykle zaczyna się krótkim wykładem, który pełni funkcję edukacyjną. Uczestnicy wykładu mają okazję zapoznać się z różnymi formami komunikacji oraz ich znaczeniem dla jakości przekazywanych informacji oraz kształtowaniem relacji interpersonalnych. W ramach wykładu otrzymują również informacje na temat podstawowych narzędzi komunikacji, które są użyteczne przy tworzeniu dobrych relacji, pozyskiwaniu informacji, komunikowaniem własnych oczekiwań w stosunku do partnera interakcji, itp.

Program treningu obejmuje również wykształcenie umiejętności udzielania i przyjmowania konstruktywnej krytyki, wyrażania ocen oraz nabycia umiejętności rozwiązywania konfliktów. A więc nabycie umiejętności efektywnej komunikacji jest również wsparciem i zasobem osobistym, który można wykorzystać w sytuacjach trudnych.

Trening komunikacji jest również wykorzystywany w procesie leczenia. Umożliwia on uczestnikom warsztatu pogłębienie świadomości w zakresie uniwersalizmu konfliktów, które stanowią nieodłączny element życia, jednocześnie dając im narzędzie do ich rozwiązywania. Kształtuje umiejętność wyrażania własnych myśli i uczuć w przypadku pacjentów, którzy ujawniają deficyty w zakresie tej umiejętności lub też proces ich wyrażania jest zahamowany.

Po części edukacyjnej zwykle następuje część diagnostyczna w ramach, której uczestnicy z pomocą prowadzącego określają obszary problemowe, które wymagają pracy. Zwykle w tym momencie wprowadzana jest praca warsztatowa w ramach której uczestnicy zajęć rozwijają swoje umiejętności komunikacji udzielając sobie jednocześnie wsparcia oraz informacji zwrotnych dotyczących pracy grupowej. Początkowo prace odbywają się w parach, następnie na forum grupy, gdzie uczestnicy warsztatu mają okazję wykształcić umiejętność aktywnego słuchania oraz udzielania informacji zwrotnych. Warsztat kończy zwykle wspólna praca grupowa, podczas której nabyte umiejętności uczestnicy mają okazję przećwiczyć w sytuacji zadaniowej na forum grupy. W wyniku oddziaływań warsztatowych uczestnicy warsztatu zyskują większe poczucie samo skuteczności i poczucie wpływu w sytuacjach społecznych.

Trening antystresowy łączy w sobie elementy psychoedukacji, profilaktyki zdrowia oraz autodiagnozy stresu. Trening ma na celu obniżenie napięć będących skutkiem stresu oraz wymianę doświadczeń, które jednocześnie mają wskazać na uniwersalizm problemów,

będących udziałem uczestników warsztatów oraz wymianę doświadczeń, które w dużej mierze stanowią cenne wskazówki do radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Trening zwykle otwiera autodiagnoza skutków stresu związanych głównie z symptomami psychosomatyczymi. Autodiagnoza ma również na celu poszerzenie wglądu uczestników w funkcjonowanie własnego ciała oraz skutków napięć mięśniowych, które rzadko są kojarzone przez uczestników jako efekt sytuacji trudnych. Autodiagnoza ujmuje również zmiany w funkcjonowaniu poznawczym oraz emocjonalnym.

Kolejnym etapem treningu jest psychoedukacja w ramach której prezentuje się podstawowe koncepcje dotyczące stresu oraz ich użyteczność w poszerzaniu wglądu na temat stresu oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Przedmiotem psychoedukacji są również zasoby osobiste i społeczne, które umożliwiają radzenie sobie w życiu codziennym. W ramach edukacji prezentuje się negatywne skutki stresu, do których należą choroby psychosomatyczne oraz powstawanie uzależnień jako przykładu mało efektywnych form radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Przedmiotem etapu warsztatowego jest rozwój zasobów osobistych, takich jak poczucie wpływu, samo skuteczności oraz umiejętności komunikacji, które w dużym stopniu przyczyniają się do efektywnego funkcjonowania w sytuacjach trudnych. Zajęcia mają na celu przede wszystkim zredukowanie napięć będących następstwem stresu. Uczestnicy warsztatu mają możliwość mówienia o sytuacjach dla nich trudnych, wymieniają własne doświadczenia oraz dzielą się indywidualnymi sposobami radzenia sobie ze skutkami stresu.

W ramach treningu prezentowane są również metody relaksacji, które zostały opisane we wcześniejszej części tego opracowania.

3.2.6 ARTETERAPIA

3.2.6.1 Definicja

Arteterapia to działanie skierowane na podnoszenie poziomu jakości życia za pomocą szeroko rozumianego uprawiania różnorodnych dziedzin sztuki. Jest prowadzona poprzez wykorzystanie spontanicznej twórczości i działania kreatywne podejmowane w sytuacji terapeutycznej.

3.2.6.2 Formy arteterapii

Muzykoterapia z elementami choreoterapii:

1) Wykorzystywane formy oddziaływań:

- odreagowująco- wyobrażeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie (nagrania wyzwalające wyobrażenia wzrokowe o charakterze projekcyjnym, pobudzające emocje).
- treningowe - usuwanie napięcia metodami opartymi na treningu autogennym Schu1tza.
- relaksacyjne- kojące nagrania, wizualizacje, miękki ruch do muzyki.
- komunikatywne- zadania uczące współdziałania, przeciwstawiania się, wczuwania się a także doświadczenia związane z kontaktem dotykowym np. w tańcu.
- kreatywne- improwizacja instrumentalna, wokalna i ruchowa (śpiew, taniec, pantomima), elementarne muzykowanie, tworzenie.
- kontemplacyjne- wywołanie przeżyć piękna, czytanie poezji wyobrażanie sobie treści związanych z danym tematem.

2) Zasady kwalifikacji.

Zajęcia zleca lekarz lub psycholog. Nie ma przeciwwskazań do udziału w zajęciach.

3) Cele oddziaływań:

- aktywizacja emocjonalna,
- poprawa komunikacji interpersonalnej,
- doznania estetyczne i trening twórczości,
- poprawa koordynacji ruchowej,
- zmniejszenie napięcia psycho – fizycznego,
- poprawa koncentracji i pamięci.

3.2.7 TERAPIA RUCHOWA

3.2.7.1 Cele terapii ruchowej

W związku z dużym problemem otyłości wśród pacjentów z chorobami psychicznymi, wynikającymi z zaburzeń aktywności związanej z chorobą, jak i również z objawami ubocznymi związanymi z przyjmowaniem leków przeciw w programie terapeutycznym chcielibyśmy zwrócić na to szczególną uwagę.

Zajęcia ruchowe byłyby indywidualnie dostosowane do możliwości wydolnościowych pacjenta, a jednocześnie zajęcia grupowe umożliwiłby proces integracji grupowej zaburzony przez proces chorobowy.

Terapia ruchem, czyli kinezyterapia wykorzystuje ruch jako metodę rehabilitacji, celem aktywizacji chorych psychicznie. Terapia ruchem w psychiatrii jest stosowana

w formie ćwiczeń ogólnie usprawniających, zajęć sportowych, ćwiczeń relaksacyjno-koncentrujących. Dzięki nim można osiągnąć poprawę pracy narządów wewnętrznych, wzmocnienie układu mięśniowego, odprężenie nerwowe. Terapia ruchem ułatwia kontakty z ludźmi przez towarzyszące grupowej aktywności ruchowej ożywienie. Aktywność ruchowa pośrednio wpływa na poprawę nastroju, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, podniesienie samooceny oraz dążenia do rywalizacji. Brak aktywności, tak często towarzyszący chorobom psychicznym, powoduje zmniejszenie wydolności fizycznej choreg, a stosując ruch w rehabilitacji można zapobiec dalszemu upośledzeniu. Terapia ruchem może również usprawniać często ograniczone u chorych psychicznie, przekazywanie informacji.

3.2.7.2 Wykorzystywane formy terapii

Na Oddziale Dziennym prowadzone są zajęcia Yogi i nordic walking. Organizowane są również wyjazdy na różnorodne imprezy kulturalno-rozrywkowe oraz turystyczno-rekreacyjne.

4 PLAN ZAJĘĆ REHABILITACYJNYCH

Oddział Dzienny prowadzi zajęcia rehabilitacyjne dla pacjentów od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00 zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, psychologa i terapeutę zajęciowego, we współpracy z pacjentem.

W planie rehabilitacji uwzględnia się takie rodzaje zajęć, aby stanowiły system skoordynowanych oddziaływań, mających umożliwić pacjentowi samodzielnej egzystencji, integracji społecznej, podjęcia aktywności zawodowej i nabycia umiejętności zapewniających możliwie największą niezależność.

W indywidualnym planie rehabilitacji określa się rodzaj i wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych dla danego pacjenta, uwzględniając przebieg jego choroby, nasilenia objawów oraz oczekiwań i możliwości tego pacjenta.

5 BIBLIOGRAFIA

1. Aleksandrowicz J. (2000). *Psychoterapia*. Warszawa: PZWL
2. Aleksandrowicz J. (2004). *Psychoterapia – poradnik dla pacjentów*. Kraków: Wyd. UJ
3. Bilikiewicz A. (red). (1992). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL

4. Cenin M. (1993). *Trening psychologiczny. Analiza efektywności w trudnych sytuacjach zadaniowych.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego
5. Czabała J. Cz. (2000). *Czynniki leczące w psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
6. Grzesiuk L. (red). (1995) *Psychoterapia.* Warszawa: PWN

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Specjalistycznego MSW
w Jeleniej Górze
mgr Elżbieta Zakrzewska