

PROGRAM DZIAŁANOŚCI ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W KĄKOLEWIE TYP A

Środowiskowy Dom Samopomocy w Kąkolewie typu A przeznaczony jest dla osób przewlekle psychicznie chorych obojga płci.

Osoby chore psychicznie postrzegane są często przez otoczenie jako niebezpieczne, bardziej agresywne, a zatem budzące strach. Lęk wywołują często niezrozumiałe zachowania chorych i pojawiają się opinie, że osoby chore powinny być izolowane, ponieważ są niebezpieczne. Często spotykanym błędnym wyobrażeniem dotyczącym choroby psychicznej jest przekonanie, że jest ona wynikiem upadku moralnego, osobistej słabości lub braku silnej woli. Poglądy takie wynikają głównie z tego, że osoby chore psychicznie otacza atmosfera niezrozumienia i nieprzewidywalności, że brakuje nam wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, że od dziecka jesteśmy przesiąknięci stereotypami na temat chorych psychicznie. Takie postawy utrudniają powrót do zdrowia osobom, które doświadczyły choroby psychicznej.

Podstawowa działalność naszego ŚDS-u koncentruje się na zapobieganiu izolacji społecznej osób przewlekle chorych psychicznie poprzez stworzenie warunków sprzyjających szeroko pojętej integracji i spójności. Pobyt osoby psychicznie chorej w środowiskowym domu samopomocy w Kąkolewie typu A ma przyczynić się do poprawy i podtrzymywania jej funkcjonowania społecznego, intelektualnego, emocjonalnego, ruchowego oraz rozwoju kompetencji społecznych i interpersonalnych.

Rehabilitacja psychiatryczna świadczona w naszym Domu polega na wdrożeniu systemu skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających uczestnikom chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną. Proces oddziaływań leczniczych, społecznych i zawodowych zmierza do przywrócenia sprawności utraconej z powodu choroby i umożliwienia jak najbardziej samodzielnego życia. Choroba psychiczna jest czynnikiem powodującym utratę sprawności psychicznej, bowiem wyraźnie zaburza dostosowanie społeczne. Skutkiem takiej dezadaptacji jest niemożność pełnienia dotychczasowych ról społecznych, niezdolność do radzenia sobie z życiem codziennym, pracą zawodową oraz nieumiejętność prawidłowego komunikowania się. Uczestnik przestaje aktywnie uczestniczyć w życiu codziennym, nawiązywać kontakty z innymi ludźmi. Traci uprzednie zainteresowania, staje się obojętny, zaczyna zaniedbywać obowiązki szkolne, domowe, zawodowe. Przestaje dbać o swój wygląd zewnętrzny i higienę osobistą. Czuje się "naznaczony" poprzez swoją chorobę i coraz bardziej izoluje się od społeczeństwa. Dlatego w Domu typu A podejmujemy szereg działań w celu przywrócenia uczestnikowi wszystkich umiejętności, które utracił na skutek choroby. Strategia rehabilitacji przyjęta przez kadrę Domu opiera się na wspieraniu uczestnika w trudnym dla niego okresie powrotu do aktywnego życia w społeczeństwie, wspieraniu go w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych oraz na kształtowaniu jego doświadczeń. Polega ona również na przystosowaniu danej osoby do nowych, chorobowo zmienionych, często gorszych warunków. Postępowanie wspierające aktywizujące jest więc zindywidualizowane i dostosowane do zmieniających się możliwości danej osoby.

Wobec osób chorych psychicznie oprócz ogólnych wskazań dotyczących rehabilitacji, stosujemy specyficzne reguły czyli tzw. zasady rehabilitacji psychiatrycznej. Kierujemy się w naszej działalności:

1. **Zasadą partnerstwa**, która polega na poszanowaniu praw i indywidualności uczestnika. Rehabilitacja jest prawem, a nie obowiązkiem chorego psychicznie, zatem nie może być prowadzona wbrew jego woli i bez zgody. Dlatego warunkiem rozpoczęcia skutecznej rehabilitacji jest uzyskanie jego zaufania, akceptacji programu i współpracy. Istotą tej zasady jest zachowanie szacunku, dążenia do podtrzymania u uczestnika poczucia godności, autonomii i pozytywnej samooceny. Stosując tę zasadę zwracamy uwagę, aby oddziaływania rehabilitacyjne miały charakter współpracy, a nie systemu nakazów.

2. **Zasadą wielostronności oddziaływań** oznaczającą jednocześnie oddziaływania rehabilitacyjne w różnych sferach życia codziennego: rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej i społecznej. Wymaga to od kadry Domu ścisłej współpracy członków zespołu wspierająco - aktywizującego, dobrej znajomości problemów uczestnika i jego środowiska.
3. **Zasadą stopniowania trudności** w zakresie wszystkich form oddziaływania. Zasada ta wynika ze zmniejszonych zdolności adaptacyjnych większości chorych psychicznie. Realizacja tej zasady powoduje, że używamy różnych form pomocy dostosowanych do zmieniających się możliwości uczestnika.
4. **Zasadą powtarzalności oddziaływań**, która odnosi się szczególnie do osób, u których proces chorobowy przebiega z okresowymi zaostrzeniami i po każdym trzeba powtórzyć nabyte już poprzednio umiejętności. U większości przewlekle chorych efekty rehabilitacji mogą być tylko częściowe i nie można osiągnąć, ani pełnego, ani trwałego powrotu do zdrowia.
5. **Zasadą zgodności psychospołecznych i biologicznych metod oddziaływania** polegającą na kompleksowym stosowaniu leczenia farmakologicznego i oddziaływań rehabilitacyjnych. Należy to czynić w taki sposób, aby działanie uboczne jednej ze stosowanych metod nie stanowiło przeszkody lub niebezpieczeństwa nadmiernego obciążenia przy innych metodach.
6. **Zasadą optymalnej stymulacji** zakładającą, że niewskazana jest zbyt nadmierna lub zbyt uboga stymulacja uczestnika. Niedobór bodźców, monotonia zdarzeń wywołują: bierność, utratę zainteresowań, spłycenie i zwężenie związków emocjonalnych, brak planów na przyszłość, brak dbałości o wygląd zewnętrzny, apatię, upośledzenie napędu. Przyczyną patologicznych reakcji na nadmierną lub zbyt ubogą stymulację jest obniżony u większości chorych psychicznie próg możliwości adaptacyjnych.

Analizując powyższe zasady wskazać należy, że prowadzona przez nas rehabilitacja psychiatryczna sprowadza się do: kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań, wyrabiania nawyków celowej aktywności i treningu w sposobie życia zbliżonym do zwyczajowych norm.

RODZAJE I FORMY REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ STOSOWANE W DOMU TYPU A:

1. **Rehabilitacja lecznicza** polega na zastosowaniu przez kadrę Domu zespołu działań prowadzących do możliwie najpełniejszego odzyskania sprawności psychofizycznej, utraconej wskutek choroby, a u osób, które z powodu wad wrodzonych lub nabytych we wczesnym dzieciństwie sprawności tej nie zdobyły - osiągnięcie możliwego w ich przypadku usprawnienia.

Podstawowymi elementami rehabilitacji leczniczej stosowanymi w Domu są: psychoterapia, ergoterapia, nauczanie czynności codziennych, wczesna diagnoza i prognoza społeczna, farmakoterapia, pielęgnowanie, kinezyterapia. W Domu typu A wykorzystujemy różne formy aktywności celem rozwinięcia zdolności adaptacyjnych i zachowanych sprawności uczestnika, aby umożliwić mu najlepsze przystosowanie się do zmienionej przez chorobę sytuacji życiowej. Przed rozpoczęciem procesu rehabilitacji kadra Domu ocenia potrzeb i możliwości danego uczestnika, na podstawie badania lekarskiego, pielęgniarstwa, psychologicznego i społecznego.

W przypadku gdy u danego uczestnika leczenie jest nieskuteczne i nie usuwa przewlekle utrzymujących się zaburzeń psychicznych, podstawowym celem rehabilitacji prowadzonej w Domu jest nauczenie uczestnika, jak ma żyć ze swoją chorobą. Staramy się nauczyć go, jak może unikać ujawniania psychotycznych przeżyć wobec osób obcych, jak prowadzić aktywny tryb życia mimo znacznie upośledzonego napędu, jak zachować się i ubierać w sposób akceptowany przez otoczenie oraz jak dostosować się do ogólnie przyjętych norm zwyczajowych i reagować na sytuacje konfliktowe.

2. **Rehabilitacja społeczna** wdrażana w naszym Domu obejmuje zarówno proces przygotowania osoby chorej do aktywnego życia, jak i kształtowanie warunków i postaw otoczenia tak, aby umożliwić uczestnikowi pełną integrację środowiskową.

Głównym celem rehabilitacji społecznej prowadzonej w Domu jest kształtowanie prawidłowych postaw uczestnika i przedstawicieli jego otoczenia.

3. **Rehabilitacja zawodowa** w Domu obejmuje przede wszystkim przystosowane do możliwości uczestnika ćwiczenia teoretyczne i zajęcia praktyczne zmierzające do wstępnego diagnozowania preferencji zawodowych oraz wdrażania systemu rotacji uczestników do Warsztatów Terapii Zajęciowej w Rydzynie, Centrum Integracji Społecznej oraz Spółdzielni Socjalnej w Kłodzie.

Ocena zdolności do pracy jest szczególnie trudna w przypadku osób chorych psychicznie. W ocenie zdolności do pracy bierzemy pod uwagę nie tylko sprawność intelektualną i manualną, ale również poziom motywacji, nawyki, umiejętności współżycia środowiskowego, rozwiązywanie sytuacji konfliktowych. Brak aktywności zawodowej oraz nieumiejętność wypełniania

wolnego czasu mogą powodować pogorszenie społecznego funkcjonowania, połączone z utratą poczucia rzeczywistości i czasu, co może doprowadzić do nasilenia się objawów choroby.

Uwzględniając kliniczne, psychologiczne i socjalne cechy osoby chorej psychicznie, stosujemy w rehabilitacji dwie **formy**: wczesną i późną. Dobór formy uzależniamy od rodzaju i nasilenia choroby, a także od jej fazy.

1. W pierwszej fazie choroby stosujemy zasady **wczesnej rehabilitacji psychiatrycznej**, polegającą na zapobieganiu bierności, dążeniu do utrzymania się uczestnika w dotychczasowych rolach życiowych i społecznych. Forma ta związana jest z krótkim intensywnym leczeniem osoby chorej psychicznie i obejmuje rozpoznanie społecznych problemów uczestnika, pomoc psychologiczną udzielaną Jemu i rodzinie w rozwiązywaniu konfliktów. Często niezbędne jest również podjęcie terapii rodzinnej. Rehabilitację wczesną prowadzimy do czasu osiągnięcia przez uczestnika właściwego poziomu adaptacji społecznej.
2. **Późną rehabilitację psychiatryczną** stosujemy:
 - 1) u osób chorych psychicznie, wielokrotnie hospitalizowanych,
 - 2) u chorych przewlekłe hospitalizowanych,
 - 3) wobec osób pozbawionych możliwości powrotu do samodzielnej egzystencji.

W rehabilitacji późnej farmakoterapia ma mniejsze znaczenie, bowiem największą rolę odgrywają oddziaływania kształtujące motywację do akceptowanych przez otoczenie zachowań, pobudzające do celowej aktywności. Zadaniem Domu jest odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu: samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, opanowywania uciążliwych dla otoczenia objawów choroby. Kształtowaniu tych umiejętności towarzyszy psychoterapia podtrzymująca i systematyczne usprawnianie ruchowe. Stosujemy techniki behawioralne polegające na wygaszaniu lęku przez stopniową konfrontację z wyobrażeniami związanymi z lękiem i poprzez równoległe stwarzanie poczucia bezpieczeństwa, terapię zajęciową oraz terapię pracą. Rehabilitacja późna stanowi proces długotrwały, bowiem w większości przypadków przewlekłe choroby, u których nastąpiła poprawa dostosowania społecznego, pozbawieni dalszego socjoterapeutycznego wsparcia, cofają się stopniowo do stanu sprzed rehabilitacji.

METODY REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ

W rehabilitacji chorych psychicznie wykorzystujemy wiele metod stosowanych wobec osób niepełnosprawnych, których upośledzenie jest spowodowane zmianami somatycznymi (np. kinezyterapię, sport), a ponadto różne formy oddziaływań psycho i socjoterapeutycznych. Polegają one na wspieraniu chorego w trudnym okresie powrotu do aktywnego życia oraz pomaganiu mu w odzyskaniu utraconych umiejętności, w celu osiągnięcia jak najbardziej samodzielnej egzystencji i integracji społecznej. Dobór metod oddziaływań rehabilitacyjnych ustalamy na podstawie określonych deficytów, potrzeb i możliwości poznawczych uczestnika. Takiej analizie dokonują lekarz, psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, pedagog, pracownik socjalny. Każdy z nich ma określone zadania do spełnienia, a ścisła ich współpraca umożliwia optymalny dobór metod.

Metody rehabilitacji psychiatrycznej stosowane w naszym Domu typu A to:

1. Treningi umiejętności społecznych.

Niektóre choroby psychiczne, zwłaszcza przewlekłe postaci schizofrenii powodują utratę umiejętności w różnych dziedzinach życia, co obniża poziom funkcjonowania społecznego. Uczestnicy mają trudności w porozumiewaniu się z innymi ludźmi, nie potrafią radzić sobie w ważnych i trudnych sytuacjach życiowych. Przeszają dbać o higienę osobistą i wygląd zewnętrzny, mają trudności w ubieraniu się, w przyrządzaniu posiłków, robieniu zakupów. Treningi umiejętności społecznych polegają na uczeniu nowych zachowań osób chorujących psychicznie oraz odtwarzaniu utraconych umiejętności. Szczególnie istotne jest odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu: samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, gospodarowania pieniędzmi, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, rozwiązywania problemów.

Stosujemy następujące rodzaje treningów umiejętności społecznych:

1. Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich.

2. Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy.
3. Trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej.
4. Trening kulinarny.
5. Trening budżetowy.
6. Trening techniczny.
7. Trening umiejętności praktycznych.
8. Trening umiejętności społecznych.
9. Przygotowanie do podjęcia pracy.

Każdy z wymienionych treningów ma na celu poprawę funkcjonowania w innej dziedzinie życia, dlatego podejmowanie decyzji o tym, w którym z nich uczestnik Domu powinien wziąć udział poprzedzone jest dokładną analizą jego deficytów, potrzeb oraz możliwości poznawczych. I tak dla chorych mających kłopoty z utrzymaniem higieny osobistej lub przygotowaniem sobie najprostszych posiłków prowadzony jest udział w treningach: higienicznym lub kulinarnym. Natomiast dla osób już dobrze funkcjonujących, gotowych do zmierzenia się z trudniejszymi zadaniami w codziennym życiu, wskazany jest udział np. w treningu przygotowującym ich do podjęcia pracy.

2. Trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym.

Osoby chore psychicznie bardzo często nie chcą przyjmować leków, ponieważ:

- nie chcą przyznać się do choroby, bo przyznanie się do niej oznacza zwiększenie poczucia bezradności,
- przeżycia psychotyczne są niekiedy zjawiskiem zgodnym z ich ego, pozytywnym i wzmacniającym,
- nie mają dostatecznej wiedzy o objawach choroby i wpływie ich na funkcjonowanie oraz sposobach ich łagodzenia przez terapię,
- ich rodziny są nadmiernie skoncentrowane na tym, aby chory skrupulatnie przestrzegał zaleceń lekarskich i odwrotnie - nie interesują się i nie angażują w jego leczenie, albo też czują się przytłoczone ciężarem choroby i nie mają odpowiednich informacji na temat diagnozy i leczenia,
- występują uboczne objawy, utrudniające funkcjonowanie w codziennym życiu,
- nie rozumieją skomplikowanych reguł dotyczących przyjmowania leków.

Nieprzestrzeganie przyjmowania leków pociąga za sobą poważne następstwa w postaci nawrotów choroby. A każdy nawrót choroby powoduje u tych chorych regres wcześniej wyuczonych umiejętności i wtedy zachodzi konieczność powtarzania wielu oddziaływań rehabilitacyjnych. Dlatego włączamy uczestnika w jego własne leczenie, ponieważ zwiększy to skuteczność całej terapii.

Zasadniczym celem jest nauczenie uczestników umiejętności niezbędnych do aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym. Trening obejmuje uczenie umiejętności w 4 zakresach:

| | |
|------------|---|
| Zakres I | Uzyskiwanie informacji o leczeniu przeciwpsychotycznym, o lekach i ich działaniu. Chodzi tu o nauczenie uczestnika, jak działają leki psychotropowe, a szczególnie neuroleptyki, dlatego konieczne jest kontynuowanie leczenia podtrzymującego i jakie są korzyści z regularnego przyjmowania leków. |
| Zakres II | Zasady samodzielnego przyjmowania leków i ocena skutków ich działania. W tej części treningu uczy się uczestników, jak prawidłowo przyjmować leki, tzn. w jakich dawkach i o jakiej porze, jak prawidłowo rozkładać leki i jak je przechowywać. Poza tym chory ma się nauczyć codziennie oceniać własną reakcję na leki, po to, aby sam to wiedział i aby mógł lepiej informować o swoim samopoczuciu lekarza prowadzącego. |
| Zakres III | Rozpoznawanie objawów ubocznych i radzenie sobie z nimi. Uczestnik ma się nauczyć rozpoznawać u siebie objawy uboczne oraz radzić sobie z niektórymi z nich we własnym zakresie. Powinien także wiedzieć, w jakim momencie musi zwrócić się o pomoc do lekarza. |
| Zakres | Ustalanie z lekarzem spraw związanych z leczeniem np. działanie leków, ich dawki, objawy |

| | |
|----|--|
| IV | uboczne. Chodzi tu o nauczenie uczestnika w jaki sposób ma skutecznie uzyskać pomoc w razie problemów związanych z farmakoterapią. |
|----|--|

Trening uczy osiągania przez uczestników coraz większej samodzielności w dziedzinie własnego leczenia farmakologicznego, co z kolei przyczynia się do znacznego wzrostu skrupulatność w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, związanych z przyjmowaniem leków, co niewątpliwie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotów choroby.

Treningi umiejętności społecznych oraz trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym przeznaczone są przede wszystkim dla przewlekle chorych na schizofrenię, ale również dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających długotrwałej terapii. Prowadzone są według klasycznych zasad terapii behawioralnej, polegających na systematycznym uczeniu, w jasno określonym celu, z użyciem prostych instrukcji, wzmocnień pozytywnych i modelowania, poprzez odgrywanie ról, powtarzanie zachowań, stawianie i wykonywanie "zadań domowych".

3. Terapia zajęciowa.

Metoda ta polega w naszym Domu na usprawnianiu fizycznym i psychicznym poprzez wykonywanie różnych zajęć. Mają one charakter zajęć manualnych, takich jak: wykonywanie różnych przedmiotów z drewna, metalu, skóry, szycie, szydełkowanie, czy zajęć umysłowych np. czytanie książek, recytowanie wierszy, malowanie, śpiewanie. Zajęcia obejmują również wykonywanie czynności dnia codziennego, takich jak: gotowanie, prasowanie, gdyż to ułatwi wielu uczestnikom samodzielną egzystencję.

Dobór zajęć uwzględnia aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne i poziom społeczno-kulturalny uczestnika. Istotnym jest, że nie kierujemy do terapii zajęciowej jedynie uczestników, którzy sami skłonni są do działania i nie mają trudności w kontakcie z otoczeniem. Motywujemy do terapii zajęciowej także uczestników najbardziej chorych, którym potrzebna jest zachęta i fachowa pomoc. Terapia zajęciowa polega na stopniowym angażowaniu uczestnika w życie społeczne przez udział we wspólnej celowej aktywności, zwykle z pogranicza pracy użytkowej i twórczości artystycznej. To stwarza osobie chorej możliwość bezsłownej ekspresji przeżyć oraz poczucie przynależności do grupy, co pozwala na integrację z nią i skłania do współdziałania z innymi ludźmi. Celem terapii zajęciowej jest nie tylko odtworzenie więzi grupowych i umiejętności współpracy z innymi, ale stopniowe zrozumienie własnych potrzeb i możliwości oraz odzyskanie wiary w siebie. Terapia zajęciowa w Domu ułatwia nawiązanie kontaktu z otoczeniem i zapobiega szkodliwej beczynności.

Stosujemy następujące formy terapii zajęciowej, ułatwiające proces rehabilitacji:

- terapię pracą,
- terapię ruchem,
- terapię sztuką.

Ergoterapia, czyli terapia pracą, polega na wykorzystaniu pracy jako metody rehabilitacji uczestników chorych psychicznie.

W życiu każdego człowieka praca odgrywa znaczną rolę, ponieważ zaspakaja jego potrzeby emocjonalne i społeczne, modyfikuje osobowość, kształtuje prawidłowe postawy społeczne. Poprzez pracę człowiek kontaktuje się z otoczeniem, uczy się współżycia w grupie, współpracy, lojalności, koleżeństwa, wyraża siebie i swoje aspiracje, dążenia. Choroba lub zła adaptacja do środowiska mogą zaburzyć naturalną potrzebę aktywności. Brak zdolności i chęci do pracy jest objawem patologicznym, charakterystycznym dla niektórych chorób psychicznych. Dlatego rehabilitacyjne walory pracy polegają głównie na odtwarzaniu zdolności do udziału w życiu społecznym, celowej aktywności, zainteresowań, potrzeby pełnienia ról społecznych.

W zależności od rodzaju schorzenia oraz aktualnego stanu psychicznego uczestnika, dobieramy najwłaściwszy rodzaj pracy. I tak dla chorych z najgłębszymi zaburzeniami najbardziej odpowiednie jest wykonywanie najprostszych czynności, takich jak: dbanie o higienę, ubiór. W miarę poprawy ich stanu zdrowia zachęcamy do pomocy przy przygotowaniu posiłków, dbaniu o zieleń, czystość sprzętów. Natomiast dla chorych nieco agresywnych, niespokojnych dobieramy zajęcia przy wykonywaniu których będą mogli wyładować napięcie przez pokonywanie oporu materiału, czyli np. rzeźba w drewnie, praca w metalu.

Dla chorych depresyjnych, zahamowanych ruchowo i emocjonalnie, najwłaściwsze są zajęcia pozwalające na powtarzanie tych samych czynności, rytmiczne, nie zmuszające do aktywnego kontaktu z otoczeniem np. tkactwo, dziewiarstwo.

Natomiast zajęcia proponowane uczestnikom pobudzonym są urozmaicone, ciekawe, wymagające ruchu, pobudzające do rywalizacji. W wyrabianiu nawyków celowej aktywności i doskonaleniu poziomu pracy ważną rolę odgrywa właściwa gratyfikacja.

Ergoterapia stanowi też wstępną rehabilitację zawodową, gdyż jej zadaniem jest wyuczenie punktualności, umiejętności współdziałania, wykonywania poleceń, pokonywania trudności. W aktywizowaniu poprzez pracę zwracamy uwagę na to, aby nie angażować uczestników w zbyt ciężkie, monotonne, nie dające satysfakcji zajęcia, bez uwzględnienia ich możliwości i zainteresowań, gdyż może to prowadzić do pogłębiania objawów choroby.

Terapia ruchem, czyli kinezyterapia wykorzystuje ruch jako metodę rehabilitacji, celem aktywizacji chorych psychicznie. Terapia ruchem w Domu typu A jest stosowana w formie ćwiczeń ogólnie usprawniających, zajęć sportowych, ćwiczeń relaksacyjno-koncentrujących. Dzięki nim osiągamy 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. Terapia ruchem może również usprawniać często ograniczone u chorych psychicznie, przekazywanie informacji za pomocą gestu, mimiki, postawy ciała. Opracowując program zajęć ruchowych uwzględniamy rodzaj zaburzeń psychicznych, wiek, stan somatyczny i towarzyszące choroby somatyczne, rodzaj, dawkę i uboczne działanie leków psychotropowych. Zajęcia ruchowe proponowane osobom zahamowanym, spowolnionym mają charakter aktywizujący, natomiast uczestnikom pobudzonym psychoruchowo stwarzają możliwość wyładowania wzmożonego napięcia.

W oddziaływaniach rehabilitacyjnych bardzo duży nacisk kładziemy na **terapię sztuką**, gdyż sprzyja ona uaktywnianiu uczestników i ułatwia im okazywanie emocji i ich wyrażanie, nawiązywanie oraz podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi. Organizacja zajęć kulturalno-artystycznych np. wyjścia do kina, teatru, muzeum, wystawy, wernisaże umożliwiają uczestnikom przeżywanie i doświadczanie doznań estetycznych oraz duchowych. Z kolei organizowanie spotkań towarzysko rozrywkowych, zapraszanie gości, przygotowywanie poczęstunku są to elementy aktywizacji chorych psychicznie uczestników Domu. . Nastrój odprężenia, muzyka, obecność innych ludzi tworzą atmosferę sprzyjającą nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów międzyludzkich.

4. Psychoterapia

Jest to świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie środkami psychologicznymi na stan psychiczny uczestnika i jego zachowanie, przez osobę z odpowiednimi kwalifikacjami. Celem psychoterapii w naszym Domu jest uruchomienie procesu zmian, poprawa stanu psychofizycznego osoby oraz jej funkcjonowania społecznego. Psychoterapia ma pomóc w uzyskaniu motywacji do czynnego udziału w procesie rehabilitacyjnym oraz w podjęciu ról społecznych, nierzadko trudniejszych i mniej satysfakcjonujących niż dotychczas pełnił. Poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne wspieramy uczestnika w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych, uczymy go nowych powszechnie akceptowanych postaw.

W rehabilitacji chorych psychicznie psychoterapię stosujemy w kontekście indywidualnym lub grupowym.

Psychoterapia indywidualna opracowana jest dla jednej osoby i stanowi interakcję pomiędzy nim a terapeutą. Terapeuta stosuje różne formy oddziaływań psychoterapeutycznych np. dyrektywną i niedyrektywną.

W rehabilitacji psychologicznej szczególne znaczenie ma **psychoterapia grupowa**, która opiera się na wykorzystywaniu oddziaływań między uczestnikami, a terapeutą w kilku - lub kilkunastoosobowych grupach. Dzięki temu uczestnik uzyskuje większą wiedzę o sobie i swoich relacjach z innymi, może korygować nieadaptacyjne formy zachowania oraz rozwiązywać dręczące go problemy i trudności. Ponadto postrzega, że jego kłopoty nie są czymś unikalnym i nie jest osamotniony w swoich przeżyciach. Bardzo cennym zjawiskiem w przebiegu psychoterapii grupowej jest wytwarzanie więzi emocjonalnej pomiędzy członkami grupy.

PROGRAM DZIAŁANOŚCI ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W KĄKOLEWIE TYP B

Środowiskowy Dom Samopomocy w Kąkolewie typu B przeznaczony jest dla osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym, a także osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, gdy jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne, obojga płci.

W odniesieniu do osób upośledzonych umysłowo działalność Domu typu B koncentruje się na wdrożeniu działań rewalidacyjnych w celu poprawy funkcjonowania społecznego, emocjonalnego, intelektualnego oraz nabycia i podtrzymania kompetencji społecznych.

Zasadnicze kierunki działania rewalidacyjnego prowadzone w domu typu B to:

1. maksymalne rozwijanie tych sił biologicznych, zadatków i cech, które są najmniej uszkodzone,
2. wzmacnianie i usprawnianie uszkodzonych sfer psychicznych lub fizycznych,
3. wyrównywanie (kompensacja) i zastępowanie (substytucja) deficytów biologicznych i rozwojowych. (jedną z form działania kompensacyjnego jest przewyciężenie poczucia lęku, niepewności, zniechęcenia przez wzmocnienie w uczestniku poczucia wartości).

Rewalidacja prowadzona przez kadrę Domu typu B w Kąkolewie oparta jest na następujących zasadach:

1. Zasadzie akceptacji – osoba upośledzona jest traktowana jako osoba, która z racji specyficznej sytuacji ma inne potrzeby oraz prawo do szczególnej opieki i pomocy, jako uczestnik, który obciążony jest większymi trudnościami rozwojowymi.
2. Zasadzie pomocy – pobyt w Domu ma na celu pomóc uczestnikowi w aktywizacji jego sił biologicznych, w usamodzielnieniu go, w przewyciężaniu trudności życiowych oraz trudności wynikających z upośledzenia. Działania podejmowane przez kadrę ukierunkowane są na kształtowanie odpowiedniej atmosfery i odpowiednich warunków rozwoju.
3. Zasadzie indywidualizacji – wypełniając tą zasadę zespół wspierający aktywizujący rozpatruje tą regułę w dwóch aspektach:
 - a. jako zasadę zmierzającą do dostosowywania procesu rewalidacji do indywidualnych potrzeb uczestnika,
 - b. jako zasadę mającą na uwadze indywidualny cel rehabilitacji uczestnika.
4. Zasadzie terapii pedagogicznej – terapia pedagogiczna wspiera i doskonale uzupełnia działania terapeutyczne lekarza, psychoterapeuty i terapeutów zajęciowych.
5. Zasadzie współpracy z rodziną – polega na wypracowaniu wspólnego, uzgodnionego działania Domu i środowiska rodzinnego, aby wspomagać każdy wysiłek uczestnika istotny dla jego rozwoju. Wielkie znaczenie dla całokształtu oddziaływań rewalidacyjnych ma dobrze prowadzona współpraca z rodziną uczestnika, która może przyczynić się do zmiany form postępowania, a przez to do poprawy warunków funkcjonowania.

W pracy z osobami upośledzonymi kadra Domu nieustannie poszukuje właściwych działań, metod i form pracy, rozwija własne umiejętności i kompetencje. Metody stosowane przez kadrę Domu typu B dobierane są odpowiednio do możliwości psychofizycznych uczestników.

Formy treningów stosowanych w Domu typu B:

1. Nauka prostych czynności samoobsługowych:
 - 1) Ubieranie i rozbieranie odzieży, jej pranie, prasowanie, składanie.
 - 2) Dobór odzieży stosownie do pory roku.
 - 3) Nauka dbałości o higienę osobistą, samodzielne wykonywanie czynności higienicznych.
 - 4) Samodzielne załatwianie potrzeb fizjologicznych.
 - 5) Samodzielne spożywanie posiłków, nauka posługiwania się sztucami
 - 6) Nauka podstawowej obsługi urządzeń AGD, RTV (pralka, lodówka, zmywarka, mikrofalówka, kuchenka elektryczna, radio, TV, suszarka do włosów, żelazko).
2. Poszerzanie umiejętności samoobsługowych wymienionych w pkt. 1.
3. Kształtowanie sprawności manualnej poprzez:
 - 1) Wykonywanie prac w pracowni plastycznej (wyklejanie, malowanie, rysowanie, wycinanie, klejenie, szkicowanie),
 - 2) Zajęcia w pracowni krawiecko-dziwiarskiej (zwijanie włóczki, haftowanie, szycie robótki na drutach, szydełku, wycinanie, krojenie według szablonu itp.).
4. Usprawnianie fizyczne, w szczególności rozwój ruchowy, wypracowywanie koordynacji wzrokowo-ruchowej, koordynacji ruchów ciała:

- 1) Zajęcia na salce rehabilitacyjnej indywidualne i grupowe, gimnastyka, ćwiczenia na przyrządach typu wioślarz, rower treningowy, bieżnia elektryczna, stepper, ławeczka itp.
- 2) Proste czynności kształtujące motorykę dużą i małą: klękanie, siadanie, skakanie, kucanie, zabawy ruchowe, gry sportowe, gimnastyka itp.
5. Nauka komunikowania (werbalna i niewerbalna):
 - 1) Prowadzenie rozmów, treningów interpersonalnych, nawiązywania znajomości.
 - 2) Nauka komunikowania potrzeb niewerbalna; gesty, znaki, mowa ciała itp.
 - 3) Zajęcia logopedyczne.
 - 4) Ćwiczenia zdolności rozumienia mowy i wykonywanie prostych poleceń oraz umiejętności komunikowania niewerbalnego.
6. Elementarna edukacja:
 - 1) Nauka podstawowych pojęć matematycznych, językowych, znaczeniowych itp.
 - 2) Dalsze rozwijanie rozumienia prostych poleceń, nakazów i zakazów.
 - 3) Nauka reakcji na bodźce płynące z otoczenia.
 - 4) Uczenie kojarzenia przedmiotów z obrazkiem, obrazka z nazwą.
7. Rozbudzenie zainteresowań szerszym otoczeniem społecznym; środowisko rodzinne, środowisko Domu, środowisko przyrodnicze, zasady ruchu drogowego, korzystania z obiektów użyteczności publicznej.
8. Rozwijanie umiejętności współdziałania z grupą, rodziną, opiekunem, terapeutą.
9. Wzbogacenie doświadczeń życiowych i rozwijanie ciekawości poznawczej poprzez udział w spacerach, wyjazdach i wyjściach kulturalnych, integracyjnych, turystycznych oraz rehabilitacyjnych.

RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ STOSOWANE W DOMU TYPU B.

I. ARTETERAPIA:

1. MUZYKOTERAPIA:

- 1) Zabawy ze śpiewem (zabawy ilustracyjne, inscenizowane, rytmiczne i taneczne),
- 2) Ćwiczenia i zabawy rytmiczne,
- 3) Ćwiczenia i zabawy oddechowe,
- 4) Ćwiczenia i zabawy artykulacyjne,
- 5) Gra na instrumentach perkusyjnych,
- 6) Słuchanie muzyki,
- 7) Relaksacja przy muzyce.

2. TERAPIA PLASTYCZNA I RĘKODZIEŁO:

1) Malowanie:

- poznawanie różnych technik, stosowanie ich na papierze, szkle, glinie, tekturze, kawałku drewna, itp.; farbą plakatową, farbą akrylową, farbą do szkła, świecą.

2) Rysowanie:

- kredą, ołówkiem, węglem rysunkowym, kredką świecową, kredką ołówkową, mazakiem.

3) Rękodzieło:

- nauka i tworzenie obrazów z liści, płatków kwiatów,
- oklejanie słoików, butelek wełną, sznurkiem itp.,
- nauka zdobienia metodą decoupage,
- tworzenie obrazów typu collage,
- zdobnictwo i dekoratorstwo.

4) Wyklejanie z:

- liści lub innego materiału przyrodniczego,
- pomiętej bibuły (kuleczki),
- materiałów odpadowych (po zestruganej kredce),
- gotowych materiałów,
- plasteliny,
- wełny.

5) Modelowanie z:

- plasteliny,
- modeliny,
- masy solnej,
- drutu.

6) Wycinanie z:

- papieru,

- gazet,
- kolorowego papieru,
- szmatek,
- szablonu.

7) Papieroplastyka:

- wykonywanie z krepiny, bibuły, papieru kwiatów,
- wyklejanie obrazków na tekturze kulkami z bibuły,
- wykonywanie kartek okolicznościowych,
- wykonywanie sezonowych dekoracji placówki,
- origami.

8) Różne:

- malowanie farbami plam i rozdmuchiwanie ich słomką (technika dmuchanego obrazka),
- stemplowanie (gotowymi stemplami, liśćmi, dłonią, gazą, nitką maczaną w farbie, odbijanie metodą frottage),
- witraże,
- wykorzystanie materiałów sypkich i pestkowców (np. kasza manna, jęczmienna, ryż, cukier, słonecznik, dynia).

3. CHOREOTERAPIA

Główne cele tej terapii dotyczą obszarów funkcjonowania:

1. Społecznego - obejmującego interakcje międzyludzkie, dzielenie się wrażeniami, wspomnieniami i uzyskiwanie wsparcia,
2. Fizycznego – obejmującego zaspokojenie potrzeby ruchu i ekspresji,
3. Psychologicznego – obejmującego osobistą integrację, ekspresję emocji, poczucie własnej wartości i podniesienie jakości swojego życia.

Dzięki choreoterapii uczestnicy upośledzeni umysłowo mogą:

1. Zwiększyć umiejętność rozwiązywania konfliktów,
2. Zwiększyć umiejętność pozytywnego realizowania własnego potencjału,
3. Zwiększyć zdolność zaspokajania swoich potrzeb ,
4. Pogłębić kontakt z samym sobą i ze swoim ciałem,
5. Poprawić kondycję i sprawność ruchową,
6. Nauczyć się nowych sposobów radzenia sobie w świecie,
7. Zwiększyć kreatywność,
8. Zwiększyć umiejętność skupiania uwagi,
9. Zmniejszyć skłonność do depresji,
10. Zmniejszyć tendencje do zachowań agresywnych,
11. Zaspokajać potrzebę autonomii i kontroli - poprzez zmniejszanie deficytów sensorycznych i ruchowych w tańcu,
12. Poprawić postawę , napięcie mięśniowe, ruchomość stawów i zakresu ruchu, co z kolei wpływa na podwyższenie nastroju psychicznego – poprzez ćwiczenia ruchowe.

4. BIBLIOTERAPIA.

Podstawowe techniki biblioterapeutyczne stosowane w naszym Domu w zależności od możliwości uczestników to:

1. czytanie wyselekcjonowanych tekstów przez prowadzącego,
2. słuchanie tekstów biblioterapeutycznych o charakterze relaksacyjnym lub aktywizującym,
3. dyskusja nad czytany utworem (czasami zdarza się, że mówienie o książce jest pretekstem do innej rozmowy, jest wstępnym elementem terapii poprzedzającym poruszenie problemów bliższych uczestnikom niż te, o których traktuje utwór),
4. pisanie listu do bohatera literackiego,
5. wymyślanie innego zakończenia utworu,

6. wchodzenie w rolę wybranego bohatera i przedstawienie scenek (drama) inspirowanych sytuacją literacką,
7. wykonywanie ilustracji do czytanego utworu obrazującej jego nastrój,
8. wykonywanie prac plastycznych ilustrujących emocje wywołane czytaniem utworem,
9. mandala, czyli buddyjska technika uspokajająca, która ma wywołać refleksję oraz poprawić koncentrację, która doskonale spełnia również rolę integracyjną grupy pobudza do pracy twórczej (malowanie, rysowanie, usypywanie z piasku, kasztanów, patyczków, grochu itp., mandale stosujemy nie tylko w pracowni, ale również w terenie, np. podczas zajęć na powietrzu lub na wycieczce).

II. STYMULACJA POLISENSORYCZNA

Stymulacja polisensoryczna stosowana w naszym Domu przebiega poprzez celowe kształtowanie bodźców w celu wywołania zaplanowanych wrażeń i uczuć. Umożliwia poznawanie przez patrzeć, słuchanie, dotykanie, wąchanie i smakowanie – czyli tworzenie globalnego, wielozmysłowego obrazu danego pojęcia. Działania te towarzyszą każdej nawet najbardziej prozaicznej, codziennej czynności. Tylko dzięki stałemu dopływowi bodźców otaczającego świata jest możliwa integracja tych wrażeń uczestników, które umożliwiają osiągnięcie pewnej orientacji w otoczeniu, co z kolei skutkuje zwiększonym poczuciem bezpieczeństwa oraz poczuciu spójności z otoczeniem.

III. TERAPIA PSYCHOLOGICZNA.

Terapia psychologiczna prowadzona w naszym Domu ma na celu uruchomienie procesu zmian, poprawę stanu psychofizycznego osoby oraz jego funkcjonowania społecznego. Pomaga uczestnikowi w uzyskaniu motywacji do czynnego udziału w procesie rehabilitacyjnym oraz w podjęciu ról społecznych. Poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne wspieramy uczestnika w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych, uczymy go powszechnie akceptowanych postaw.

W rehabilitacji uczestników upośledzonych umysłowo psychoterapię stosujemy w kontekście indywidualnym lub grupowym.

Psychoterapia indywidualna opracowana jest dla jednej osoby i stanowi interakcję pomiędzy nim a terapeutą. Terapeuta stosuje różne formy oddziaływań psychoterapeutycznych np. dyrektywną i niedyrektywną.

W rehabilitacji szczególne znaczenie ma **psychoterapia grupowa**, która opiera się na wykorzystywaniu oddziaływań między uczestnikami, a terapeutą w kilku lub kilkunastoosobowych grupach. Dzięki temu uczestnik nabywa poczucie przynależności do grupy, bycia jej ogniwem. Bardzo cennym zjawiskiem w przebiegu psychoterapii grupowej jest wytwarzanie więzi emocjonalnej pomiędzy członkami grupy.