

Principer vid rehabilitering på en psykiatrisk avdelning

Lars-Erik Claeson

Birgitta Hedenrud

Georg Punell

Psykiatrisk rehabilitering utgör en skärningspunkt mellan de olika behandlings- och utvecklingslinjer, som för närvarande kan urskiljas inom psykiatri och klinisk psykologi. En rad fackmän måste här samordna sina specialkunskaper, läkare, psykologer, socialarbetare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster etc.

Den psykiatriska rehabiliteringen innefattar en träning, som numer syftar till att säkerställa ett gradvis alltmer avancerat "tekniskt" kunnande på ett flertal skilda områden: träning av motoriska funktioner, träning rörande hem och hushåll, social träning samt träning av arbetsmässiga funktioner. En väsentlig princip när det gäller denna träning är det optimalt stegvisa förfarandet, innebärande att slutmålet uppdelas i olika etappmål, där det för patienten gäller att klara en etapp i taget innan han går vidare till nästa. En annan viktig princip är att träningen skall utformas så att patienten upplever den som ändamålsenlig och meningsfull. En tredje princip är den adekvata "återkopplingen", innebärande att patienten informeras om resultaten av sina ansträngningar i så nära tidsmässigt samband som möjligt; kunskapen om att lyckas bättre och bättre förstärker beteendet.

Lars-Erik Claeson är psykolog på Lillhagens sjukhus, Birgitta Hedenrud underläkare och Georg Punell bitr överläkare på klinik I, Lillhagens sjukhus.

Utgångsläget vid psykiatrisk rehabilitering

Psykiatrisk rehabiliteringsverksamhet utgör en skärningspunkt mellan de olika behandlings- och utvecklingslinjer som f n kan urskiljas inom det psykiatriska och klinisk-psykologiska området. Många specialområden måste bevakas, företräddas och synkroniseras om patienten skall kunna erbjudas en effektiv rehabilitering. Det innebär att en rad fackmän måste samordna sina specialkunskaper. Lika självklart som att läkaren ansvarar för de medicinska frågorna, tex att patienten har en väl avvägd inställning på psyko-farmaka (vilket i vissa fall kan vara en förutsättning för en framgångsrik rehabilitering, jfr Malm 1970, Battegay 1971), lika självklart är det att psykologen bevakar de inlärningspsykologiska och socialpsykologiska aspekterna, att kuratorn bevakar de sociala-samhälleliga aspekterna, arbetsterapeuten de arbetsterapieresurser som finns samt utifrån dessa uppbyggnaden av träningsprogram, sjukgymnasten fysiska aspekter såsom kondition, reduktion av somatiska handikapp etc. För erhållandet av optimal effekt måste därför en samfäll bedömning ske av ett team, bestående av vårdpersonalen tillsammans med en grupp samverkande fackmän.

Verksamheten på en avdelning med psykiatriska rehabiliteringsuppgifter bör sålunda ledas av ett rehabiliteringsteam på basis av ett horisontellt

samarbete. Detta team handhar gemensamt planering, effektivering och uppföljning. Det gör således en bedömning av individuell funktionsnivå utifrån observation och registrering (Claeson 1969) och uppsätter tillsammans med patienten lämpliga målsättningar, övervakar träningen och gör en resultatvärdering.

Kunskap och motivation

"Rehabilitering kan sägas vara ett samlingsnamn för åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art, som företas för att återföra en tidigare skadad eller sjuk person till bästa möjliga funktionsnivå i psykiskt, fysiskt, socialt och arbetsmässigt avseende" (Holmberg 1971). "Inte sällan sättes likhetstecken mellan rehabilitering och återanpassning i arbetet. Att få en handikappad människa tillbaka i arbete är givetvis från såväl ekonomisk som social synpunkt en viktig form av rehabiliteringen. I många fall har rehabiliteringen mera begränsad målsättning, exempelvis att en patient sättes i stånd att helt eller delvis klara sin dagliga personliga livsföring. Denna rehabilitering representerar betydande ekonomiska värden, de humanitära oräknade" (jfr Höök, 1967).

Till psykiatrisk rehabilitering räknas ofta förutom rehabilitering i strikt bemärkelse även habiliterande åtgärder. Låg funktionsnivå kan ha orsakats av störningar med både organisk och psykologisk genes (tex felaktig miljöpåverkan under uppväxtåren, långvarig isolering m m). En särskild kategori av störningar utgör symptom som utvecklas i samband med långvarig hospitalisering (Schwartz & Waldron 1963, Punell 1970).

Psykiatrisk rehabilitering inrymmer två basala komponenter som ömsesidigt påverkar varandra: å ena sidan att öka det tekniska kunnandet, å

En tillbakablick på den psykiatriska rehabiliteringen i stort ger vid handen att man ofta underskattar patienternas tekniska kunnande och satsat — ibland inadekvat — på träning i stället för på motivationen.

Kontrasten mellan bedömd och verklig funktionsnivå har understundom påtagligt illustrerats i samband med att patienterna kommit ut på resor.

andra sidan att höja motivationen. Tillsammans lägger de grunden till individens egna möjligheter till självförverkligande.

För att individen skall kunna fungera, måste han dels ha den tekniska färdigheten (att kunna), men han måste också bry sig om att använda sitt kunnande (att vilja). Det senare sammanhänger med patientens totalbedömning av sin situation, och huruvida han mot denna bakgrund uppfattar de föreslagna åtgärderna som riktiga och meningsfyllda. En tillbakablick på den psykiatriska rehabiliteringsverksamheten i stort ger vid handen, att man ofta underskattat patienternas tekniska kunnande och satsat — ibland inadekvat — på träning i stället för på motivationen.

Kontrasten mellan bedömd och verklig funktionsnivå har understundom påtagligt illustrerats under det senaste decenniet i samband med att patienterna kommit ut på resor. Rent allmänt har man blivit alltmer medveten om betydelsen av stimuleringsgraden för patienterna, vilket medfört inte bara att reseverksamheten ökat, utan också att interaktionen mellan sjukhus och samhälle blivit livligare. Sammanfattningsvis omfattar rehabiliteringsområdet således förutom det tekniska kunnandet även motivationen.

Träningssystematiken vid psykiatrisk rehabilitering

Träningsdelen har gått under namn som "habit training" (Rees 1956), ADL-träning (jfr Malm 1970) osv och har syftat till att träna in olika vanebeteenden som har med elementära färdigheter att göra. Numera kan träningsdelen sägas syfta till att säkerställa ett gradvis alltmer avancerat "tekniskt" kunnande på ett flertal skilda områden: träning av motoriska funktioner, träning rörande hem och hushåll (basal och avancerad ADL-träning), social träning samt träning av ar-

betsmässiga funktioner.

Den fysiska träningen kan vara inriktad dels på sviktande, primära motoriska funktioner (t ex åldringarnas förmåga att förflytta sig o a motoriska förutsättningar för ADL-funktioner), dels på vissa psykomotoriska funktioner (t ex vid hämningsyndrom), där bl a rörelseträning i grupper kan komma till användning (Roxendal 1972).

Basal ADL-träning omfattar elementära personliga aktiviteter såsom hygien, klädsel, bordsskick etc.

Avancerad ADL-träning omfattar aktiviteter av typ nutidsorientering, stadsträning, buss- och spårvagnsresor, bio- och teaterbesök, att kunna handla i affärer och sköta sitt hushåll ("lägenhetsträning"), att kunna uträtta ärenden på post och bank, att kunna planera sin ekonomi etc.

Social träning inkluderar bl a strävan att utveckla verbala och nonverbala relationer med andra människor (kommunikationsträning), liksom även strävan att rätt värdera och orientera sig i given psykologisk miljö (realitetsträning).

Den arbetsmässiga träningen för patienter som kan återvända till arbetslivet kan bestå i arbetsprövning/arbetsträning antingen på en förberedande nivå på sjukhuset eller på arbetsvårdsinstitutioner i annan regi efter utskrivningen.

För att träning av den tekniska färdigheten skall kunna fungera optimalt krävs att vissa förutsättningar är uppfyllda och att träningen följer vissa principer. Till förutsättningarna hör att handikappande psykiska symtom som t ex ångest, hallucinationer m m hålls tillbaka med lämpliga terapeutiska åtgärder. Till förutsättningarna hör också att patienten har de fysiska resurserna för träningen, vilket bedöms från sjukgymnastsidan.

Rehabiliteringsprinciper

Den väsentligaste principen på träningssidan är principen om ett optimalt stegvis förfarande. Denna princip finns illustrerad även i andra träningssammanhang (t ex inläring av ett nytt arbete), i pedagogiska sammanhang (Ericsson 1967) samt i beteendeterapeutiska metoder såsom formning (Ullman & Krasner 1965) och systematisk desensibilisering (Wolpe 1969).

.....
Motivationsdelen har ofta försummats i psykiatrisk rehabilitering och fortfarande kan man på psykiatriska sjukhus se exempel på ur terapeutisk synpunkt meningslösa och för patienten intetsägande sysselsättningar.
.....

Principen innebär att slutmålet uppdelas i olika etappmål, där det för patienten gäller att klara av en etapp i taget innan han går vidare till nästa. Varje steg i ett sådant träningsprogram bör vara tillräckligt svårt för att innebära en ansträngning för individen, men inte svårare än att han klarar av det. Och det är synnerligen viktigt att han klarar av det, emedan detta via påverkan på självförtroendet får effekter på motivationssidan. Undersökningar har visat att misslyckanden, speciellt om de upprepas, sänker den egna ambitionsnivån (motivationen) och därtill hörande intresse och vilja att försöka på nytt (Murray 1967). Att lyckas däremot höjer ambitionsnivån, dvs individens förväntan på sig själv, vilket också medför att han anstränger sig ännu mera nästa gång.

Den andra principen innebär att träningen skall vara så utformad att den av patienten upplevs som ändamålsenlig och meningsfull. Då blir också den egna satsningen starkast. Med meningsfullhet avses bl a att det nya beteende som patienten lärt sig skall kunna vidmakthållas av förstärkningar som utgör en naturlig del av patientens dagliga miljö (Ericsson 1967). Motivationsdelen har ofta försummats vid psykiatrisk rehabilitering, och fortfarande kan man på psykiatriska sjukhus se exempel på ur terapeutisk synpunkt meningslösa och för patienten intetsägande sysselsättningar. Att träningsprogrammet upplevs som meningsfullt är en grundförutsättning för att psykiatrisk rehabilitering skall fungera.

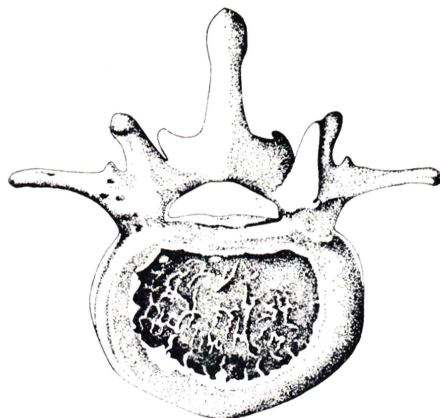
Den tredje principen rör adekvat återkoppling (feed-back, jfr Manis 1972). Patienten bör informeras om resultaten av sina ansträngningar i så nära tidsmässigt samband som möjligt. Detta kan snabbt leda till en kedja av korrigeringar och därmed ökade ansträngningar, emedan kunskapen om att lyckas bättre och bättre förstärker beteendet ("self-reinforcement").

Avslutande kommentar

De anförda principerna får ses som exemplifieringar. Den faktor som här särskilt betonats är motivationen, vilken förutom en positiv effekt i rehabiliteringsarbetet även har en direkt terapeutisk återverkan. Upplevelsen av att bemästra olika uppgifter och att lyckas med detta i successivt allt svårare steg höjer individens självförtroende och självförtroende — komponenter som i sig är antagonistiska till spänning och olust, vilket bidrar till att frigöra resurser som tidigare varit blockerade.

LITTERATUR

- Battegay, R.*: Psychopharmaka und Gruppe. Triangle, 1971, 10, 105—108.
- Björklöf, S., Kärnek, R. och Qvarlander, H.*: Sjukhusdemokrati. Prisma. Stockholm, 1970.
- Claeson, L.-E.*: Skattning — en föråldrad metod. Nord. Psykiat. Tidskr. 1969, 23, 458—460.
- Ericsson, B.*: Systematisk beteendeförändring (Behaviour Modification). Stencil, Skolpsykologbyrån i Göteborg, 1967.
- Holmberg, G.*: Avgränsning mellan somatisk och psykiatrisk rehabilitering, målsättning för verksamheten i relation till olika rehabiliteringsnivåer. Arbets-terapeuten, 1971, 150—155.
- Höök, O.*: Utvecklingslinjer inom medicinsk rehabilitering. Läkartidningen, 1967, 64, 1529—1533.
- Malm, U.*: ADL-träning och annan behandling vid psykisk sjukdom. Arbetsterapeuten 1970, 241—249.
- Manis, M.*: Kognitiva processer, om begävnig, inläring och minne. Wahlström & Widstrand, Stockholm, 1971.
- Murray, E.*: Motivation och emotion. Wahlström & Widstrand, Stockholm, 1967.
- Punell, G.*: Det psykiatriska artefaktsyndromet och dess behandling. Läkartidningen, 1970, 67, 3560—3567.
- Rees, T. P. & Glatt, M. M.*: The Practitioner, juli 1955, s 62.
- Roxendal, G.*: Primär motorisk funktion och manuell attityd i psykiatrisk vård och omsorgsverksamhet. Sjukgymnasten, nr 9, 1972.
- Schwartz, D. A. & Waldron, R.*: Overprotection in the psychiatric Hospital. Psychiat. Quart., april 1963, 1—15.
- Ullman, L. P. & Krasner, L.*: Case Studies in Behaviour Modification. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1965.
- Wolpe, J.*: Practice of Behaviour Therapy. Pergamon Press, London, 1969.



Manipulation av ryggraden

En mobiliseringsmetods
bakgrund, teknik, indikationer

Harald Brodin (red)

Ca-pris inkl. moms 50:-

Manipulation av ryggraden har sannolikt ingått som ett led i all äldre läkekonst, men är minst lika aktuell idag, med den stora frekvensen ryggbesvär hos nutidsmänniskan.

Denna bok vill bidra till att manipulationsbehandlingen tilldelas den plats den förtjänar inom den fysikaliska terapin.

Ur innehållet:
Manipulasjonsbehandlingsens bakgrunn
Undersökning
Behandling
Indikationer för manipulationsbehandling
Kontraindikationer
Manipulationsbehandlingsens plats i modern medicin



ESSELTE STUDIUM

☎ 112 85 STOCKHOLM ☎ 08/52 06 60