

## Geneza, założenia oraz modele programów psychoedukacyjnych

*Genesis, assumptions, and models of psychoeducational programs*

RENATA GÓRNA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

**STRESZCZENIE.** Przedstawiono wpływ poszczególnych podejść teoretycznych, dotyczących przyczyn i terapii zaburzeń psychicznych, na kształt programów psychoedukacyjnych. Zwięźle omówiono wpływ paradygmatu biomedycznego, psychospołecznego i biopsychospołecznego na wybór rodzaju oferty edukacyjnej oraz rodzaj zastosowanych interwencji terapeutycznych. Wskazano na różnorodne modele i przykłady programów psychoedukacyjnych oparte na określonych koncepcjach teoretycznych. Podkreślono konieczność dostosowania strategii i technik psychoedukacyjnych do możliwości personalnych i technicznych oraz potrzeb uczestników terapii. Zwrócono uwagę na znaczenie psychoedukacji w profilaktyce i szeroko rozumianej rehabilitacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.

**SUMMARY.** Particular theoretical approaches to causes and treatment of mental disorders, as well as their effect on the shape of psychoeducational programs are outlined. Implications of the biomedical, psychosocial, and biopsychosocial paradigms for the choice of both the type of educational program and of therapeutic intervention are briefly discussed. Various models and examples of psychoeducational programs based on particular theoretical approaches are presented. The necessity is emphasized of matching psychoeducational strategies and techniques not only to staffing and technical resources available, but also to the needs of therapy participants. The author points out the importance of psychoeducation in the prevention of mental disorders and, in a broad sense, in social rehabilitation of people with mental disorders.

---

**Słowa kluczowe:** psychoedukacja / modele teoretyczne / geneza / przykłady programów  
**Key words:** psychoeducation / theoretical models / genesis / examples of programs

---

### GENEZA

Współczesne modele oddziaływań psychoedukacyjnych opierają się w swoich założeniach na dwóch, dopełniających się wzajemnie, perspektywach rozumienia przyczyn choroby. Jedna z nich wywodzi się z modelu biologiczno-medycznego, druga z modelu psychospołecznego. Obecne modele oddziaływań psychoedukacyjnych reprezentują podejście biopsychospołeczne.

*Model biomedyczny.* Dominujący w psychiatrii już od początku XX wieku model biomedyczny nadal wywiera znaczący wpływ zarówno w psychiatrii amerykańskiej, jak i europejskiej. Główne zasługi w tworzeniu

podwalin europejskiej psychiatrii, zorientowanej biomedycznie, miała psychiatria niemiecka. Wydarzeniem o podstawowym znaczeniu dla rozwoju psychiatrii jako nauki było wprowadzenie przez Emila Kraepelina podejścia nozologicznego do klasyfikacji chorób psychicznych [17] oraz wprowadzenie w połowie lat pięćdziesiątych leków neuroleptycznych do farmakoterapii. Model biomedyczny jako przyczynę chorób psychicznych uznaje zaburzenia funkcji biologicznych organizmu i kładzie nacisk na biologiczne rodzaje terapii.

Ograniczeniem tego modelu – z punktu widzenia terapeutycznego – jest redukcjonizm,

wynikający z biologicznego ujmowania uwarunkowań choroby psychicznej, ograniczanie liczby zmiennych do czynników biologicznych i linearne rozumienie przyczyn choroby. W tym ujęciu choroba psychiczna traktowana jest jako defekt metaboliczny. Prowadzi to do pasywnego ujmowania choroby i wyboru jako strategii radzenia sobie tylko mniej lub bardziej pogodzonego z losem znoszenia choroby i jej leczenia [16]).

Ortodoksyjne programy psychoedukacyjne zgodnie z biologicznym podejściem wobec choroby i jej leczenia proponowały pacjentom i ich rodzinom jedynie edukację na temat przyczyn, objawów choroby i wczesnych objawów dekompensacji oraz roli leczenia.

*Model psychospołeczny.* Reprezentanci psychoanalitycznych i psychodynamicznych orientacji w psychiatrii i psychologii, począwszy od lat czterdziestych (Frieda Fromm-Reichmann, Mery Bowen, Brown), podważali biologiczne przyczyny choroby psychicznej. Jednocześnie jako podstawowe formy leczenia akcentowali oddziaływania psychoterapeutyczne, ukierunkowane na pracę z pacjentem i jego rodziną. Przyczynę chorób psychicznych, w tym głównie schizofrenii, upatrywano w czynnikach osobowościowych i społecznych [17]. Model psychospołeczny, najbardziej pręźnie rozwijający się w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, okazał się podejściem niewystarczającym. Nadmiernym uproszczeniem było linearne rozumienie przyczynowości choroby psychicznej, ze wskazaniem na rodzinę jako głównego czynnika powstania choroby (nadopiekuńcza lub odrzucająca matka, typ rodziny schizmatycznej, zaburzenia procesów komunikacji, EE). Obarczał rodzinę poczuciem winy [17].

Objawy chorobowe traktowane były jako przejawy dysfunkcjonalności rodziny. Terapia koncentrowała się więc na modyfikacji zachowań oraz komunikacji pacjenta i rodziny w celu zachowania homeostazy rodziny.

*Model biopsychospołeczny.* Założenia tego modelu przedstawione w latach siedemdziesiątych przez Engel, łączyły zarówno per-

spektywę biomedyczną, jak i psychospołeczną. Podstawowym założeniem tego modelu było odejście od linearnego rozumienia przyczynowości choroby w kierunku przyczynowości cyrkularnej. Przyczyny i skutki, tak wyraźnie wyodrębniane w ujęciach liniarnych, stanowią tu jedynie wycinek dłuższego łańcucha przyczynowo-skutkowego. W ujęciu systemowym psychopatologia jest fragmentem dynamicznego procesu interakcji w rodzinie, uwarunkowanego wieloczynnikowo [17]. Uzasadniona wydaje się teoria, że czynniki psychospołeczne, tj. klimat emocjonalny, sposoby komunikacji i interakcji w rodzinie, mechanizmy radzenia sobie itp. mają wpływ na przebieg trwającej lub rozwijającej się choroby.

Postulat kompleksowej terapii rodziny ujmuje patologię rodziny jako czynnik modyfikujący przebieg choroby. Terapia rodziny kierowana jest zarówno do pacjenta, jak i jego rodziny i obejmuje: edukację, wsparcie i terapię rodziny, najczęściej stosowaną w ujęciu strukturalnym lub systemowym (np. model mediolański) [17]. Zgodnie z tym założeniem, psychoedukacja nie może ograniczać się jedynie do potrzeb edukacyjnych, powinna uwzględniać również oddziaływania o charakterze wspierającym i objaśniającym kierowane do pacjenta i jego rodziny, a także zawierać elementy terapii rodzinnej.

Obecnie proponowane modele oddziaływań psychoedukacyjnych oraz systemowa terapia rodzin opierają się na zbliżonych założeniach, istotą których jest ujmowanie przyczynowości choroby w sposób cyrkularny i systemowy. Rezultaty pierwszej generacji badań, obejmującej lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte, koncentrowały się wokół pozytywnych efektów tej interwencji i stały się podstawą do dalszych badań, określanych mianem badań drugiej generacji nad psychoedukacją. Celem ich było określenie efektywności różnorodnych wariantów i modeli programów psychoedukacyjnych. Wyniki okazały się jednak niejednoznaczne [9].

Pierwsze próby wprowadzania i sprawdzania efektywności interwencji psychoeduka-

cyjnych mają swój początek w latach siedemdziesiątych [9]. Programy psychoedukacyjne zastosowane były wówczas wobec rodzin pacjentów psychotycznych w szpitalu w Camberwell w Londynie [8, 17]. W ciągu ostatnich 20 lat metoda ta zyskała wielu zwolenników, głównie ze względu na niewielkie nakłady finansowe potrzebne do jej realizacji, a w konsekwencji jej stosowania poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin, redukcję nawrotów choroby i rehospitalizacji. Programy psychoedukacyjne stosowane są obecnie jako standardowa metoda leczenia w ramach kompleksowej terapii schizofrenii, w wielu szpitalach psychiatrycznych, jak i placówkach ambulatoryjnych na świecie.

## CELE I ZAŁOŻENIA

Programy psychoedukacyjne proponują trzy warianty oddziaływań terapeutycznych, tj. pracę z pacjentem, pracę z rodziną pacjenta oraz pracę z pacjentem i jego rodziną, przy zastosowaniu spójnej koncepcji terapii, uwzględniającej perspektywę i potrzeby obu stron. Wiedza na temat choroby i sposobów postępowania z osobą chorą w rodzinie umożliwia pozostałym członkom rodziny bardziej efektywne przystosowanie społeczne i emocjonalne, a choremu optymalne funkcjonowanie. Głównym zamierzeniem programów psychoedukacyjnych jest stworzenie takich możliwości, w których pacjent i jego rodzina stają się aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia.

Istotą tych programów jest m.in. uczenie pacjenta i jego rodziny umiejętności wczesnego rozpoznawania istotnych zmian w obrazie klinicznym celem szybkiego podjęcia odpowiedniej interwencji terapeutycznej i złagodzenia przebiegu choroby, uczenie sposobów radzenia sobie z objawami choroby i jej konsekwencjami [1].

Najbardziej znaczącym elementem programów psychoedukacyjnych jest edukacja pacjenta i rodziny o zaburzeniu, a następnie zastosowanie różnego rodzaju interwencji terapeutycznych, dostosowanych do potrzeb

uczestników. Efektywność tak rozumianej psychoedukacji zależy od oparcia się na możliwie szerokim, schematycznym modelu koncepcyjnym, który pozwala na integrację danych o zaburzeniu i wskazuje możliwe sposoby oddziaływań. W przypadku programów psychoedukacyjnych wykorzystuje się [4, 7, 8, 16] model schizofrenii odwołujący się do podatności na stres, tzw. model uwrażliwienie-obciążenie (*stress-vulnerability*), zaproponowany pierwotnie przez Meehl (1962, 1989), Gottesman i Shields (1972) oraz Zubina i Spring (1977), etiologiczne teorie zaburzeń, oczekiwane różnice w rokowaniu, uzasadnienie dla równorzędnej roli leczenia farmakologicznego i oddziaływań psychosocjalnych.

Model uwrażliwienie-obciążenie jest na tyle ogólny i elastyczny, iż możliwe jest dostosowanie jego zasad do każdego indywidualnego przypadku. Wyodrębniono w nim 3 grupy czynników, które mogą się wzajemnie wzmacniać, aż do wystąpienia objawów chorobowych lub prowadzą do powtarzania się epizodów chorobowych [7, 16]: czynniki biologiczne, które stanowią podłoże uwrażliwienia na stres (czynniki genetyczne i fizjologiczne, używanie substancji uzależniających, napięty tryb życia, przełomowe fazy rozwoju), czynniki środowiskowo-społeczne, które stanowią obciążenia/stresory (tzw. krytyczne fazy życia, klimat rodzinny, izolacja społeczna, warunki pracy, brak optymalnego poziomu wymagań), czynniki osobowościowe (umiejętność adekwatnego radzenia sobie z pojawiającymi się problemami). Kompleksowa strategia lecznicza powinna obejmować działania ukierunkowane na wszystkie wskazane obszary, a więc koncentrować się na [16]: obniżeniu poziomu biologicznego uwrażliwienia, utrzymaniu optymalnego poziomu stymulacji pochodzącej ze środowiska społecznego (zmiana aktywności życiowej, unikanie sytuacji trudnych), zwiększaniu kompetencji w radzeniu sobie z problemami (np. treningi umiejętności społecznych, terapia rodzinna).

Model ten przedstawia więc racjonalne uzasadnienie dla zastosowania całościowej

strategii leczenia obejmującej leczenie farmakologiczne oraz oddziaływania psychosocjalne. Udział w programach psychoedukacyjnych umożliwia pacjentom, jak i ich rodzinom, wzrost akceptacji choroby, aktywny udział we własnej farmakoterapii, optymalizację wpływu i czynników stresowych w otoczeniu, uczenie się adekwatnych mechanizmów radzenia sobie z chorobą. Tak szeroko rozumiana, kompleksowa terapia pozwoli ograniczyć liczbę nawrotów choroby i przyczynić się do wydłużenia okresów remisji choroby.

Wykorzystując założenia modelu uwrażliwienie-obciążenie można wyodrębnić następujące cele programów psychoedukacyjnych [4, 8, 16].

- 
- 
- Dostarczenie pacjentom i ich rodzinom praktycznej koncepcji wyjaśniającej powstawanie i utrzymywanie się choroby.
  - Mobilizowanie pacjentów do aktywnego udziału we własnym leczeniu – przeciwdziałanie postawie biernej uległości wobec choroby.
  - Zwiększanie akceptacji przyjmowania leków, zwłaszcza w leczeniu długoterminowym.
  - Uczenie umiejętności rozpoznawania obciążeń ze środowiska społecznego.
  - Uczenie umiejętności rozpoznawania i monitorowania objawów prodromalnych (wczesnych objawów ostrzegawczych).
  - Zwiększanie kompetencji życiowych osoby chorującej – nauczenie efektywnych, alternatywnych sposobów radzenia sobie z problemami (wypracowanie indywidualnej koncepcji radzenia sobie).
  - Udzielanie wsparcia rodzinie chorego – złagodzenie skutków choroby dla funkcjonowania systemu rodzinnego (obniżenie napięcia w relacjach rodzinnych – „brzemień rodzinne”).
  - Poprawa stylu komunikacji.
  - Formułowanie realistycznych oczekiwań.
  - Rozbudowa sieci oparcia społecznego dla pacjenta i jego rodziny.
- 
- 

## UCZESTNICZY PROGRAMU

Oddziaływania psychoedukacyjne stosowane były początkowo jedynie wobec chorych na schizofrenię. Po udokumentowaniu w wielu opracowaniach efektywności zastosowania tej formy oddziaływań wielu klinicystów próbowało zastosować ją jako obiecujące podejście do leczenia pacjentów z innymi zaburzeniami. Opisano próby realizacji programu psychoedukacyjnego wobec pacjentów z zaburzeniami bipolarnymi, zaburzeniami afektywnymi jednobiegunowymi, pacjentów wykorzystywanych seksualnie, agresywnych, długoterminowo hospitalizowanych oraz pacjentów z podwójnymi rozpoznaniem.

Sesje spotkaniowe prowadzone są przez członków zespołu terapeutycznego, w skład którego może wchodzić lekarz psychiatra, psycholog, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki. W wielorodzinnych grupach terapeutycznych wskazane jest, aby występował koterapeuta, który nie jest jednocześnie terapeutą indywidualnym pacjentów [1, 3, 12, 14]. Grupa łączona pacjentów i rodzin, jeśli jest to możliwe, powinna mieć także obserwatora, który pełni rolę superwizora [3].

Warunkiem uczestnictwa w terapii jest [3, 12, 14]: nawiązanie kontaktu terapeutycznego (bezpieczny klimat, pozytywne wzmocnienia), ustąpienie ostrych objawów psychotycznych, brak zaburzeń myślenia, zaburzeń koncentracji umożliwiające zdolność pacjenta do uczestnictwa, przewlekłe objawy psychotyczne nie muszą stanowić przeciwwskazania do udziału w zajęciach, dobrowolność uczestnictwa i motywacji własnej pacjenta i rodziny (ważnym elementem jest także zmotywowanie pacjenta do jego kontynuacji).

W przypadku członków rodzin pacjentów kryteria te można uszczegółowić następująco: wspólne zamieszkiwanie pacjenta z jednym lub obojgiem rodziców [1, 12, 15], choć jeden z członków rodziny pacjenta wyraża zgodę uczestniczenia w spotkaniach, mimo iż inni odmawiają uczestnictwa [2], brak wy-

rażnych zaburzeń osobowości u członków rodziny pacjenta lub przyczyn somatycznych, uniemożliwiających udział w zajęciach [1], rodziny o sztywnej lub rozmytej strukturze [2], głównym problemem w rodzinie jest choroba jednego z jej członków, a nie konflikt rozgrywany poprzez destrukcję [1], rodziny skłócone z powodu nieprawidłowych wzorców komunikacji [2], preferowane są rodziny z wysokim wskaźnikiem wyrażanych emocji (*expressed emotions*, EE) [6].

## STRUKTURA ORGANIZACYJNA

Oferta programów psychoedukacyjnych dostosowana jest do specyfiki funkcjonowania pacjentów (pacjenci przewlekle chorzy, po raz pierwszy hospitalizowani), rodzaju zaburzeń, możliwości personalnych i technicznych. Na początku spotkań uczestnicy zapoznawani są z ogólnymi celami i zasadami programu oraz planem zajęć. W zależności od motywacji, a także możliwości pacjenta i jego rodziny dostosowuje się najbardziej optymalny zakres oddziaływań. W programach tych stosowana jest określona sekwencja form oddziaływania, uzależniona od etapu leczenia pacjenta oraz od zakresu zdobytych doświadczeń przez pacjenta i jego rodzinę [1].

Program spotkań, zachowując ogólny schemat, może podlegać modyfikacjom w zależności od aktualnych potrzeb pacjentów, ich rodzin, terapeutów czy też warunków zewnętrznych. Programy psychoedukacyjne wykorzystują materiały dydaktyczne dotyczące choroby, dostosowane dla pacjentów i ich rodzin i w związku z tym uczestnicy otrzymują w trakcie każdej sesji materiały pomocnicze w postaci: konspektów wykładów, broszur, dzienniczek obserwacyjnych, materiałów ćwiczeniowych. W trakcie realizacji programów psychoedukacyjnych stosuje się także szereg strategii psycho- i socjoterapeutycznych, które służą poprawie sposobów radzenia sobie ze stresem przez wszystkich członków rodziny [8]. Sesje mogą mieć charakter edukacyjny, tre-

ningowy z elementami psychoterapii, bądź edukacyjno-treningowy.

Program edukacyjny może obejmować następujące tematy: wiedza na temat choroby (etiopatogeneza, symptomatologia, przebieg, rokowania, objawy prodromalne), farmakoterapia (rodzaje leków, wskazania, skutki uboczne działania leków, zalecenia, aktywny udział w leczeniu), chory psychicznie w rodzinie (opieka, obciążenie rodziny, postawy wobec chorego, komunikacja w rodzinie, rozwiązywanie problemów rodzinnych), problemy prawne chorego psychicznie, systemy oparcia społecznego, przewyciężanie sytuacji kryzysowych [4, 18].

Program psychoedukacyjny w ramach cyklu zamkniętego obejmuje zazwyczaj od 4 do 8 sesji. Jednak ilość sesji jest różna w zależności od stopnia rozbudowania oferty programowej, motywacji uczestników, warunków zewnętrznych (warunki lokalowe, możliwości personalne). Czas spotkań wynosi od ok. 45 min. do 90 min. (ok. 30 min. wykład, ok. 60 min. omówienie problemów w odniesieniu do tematu, dyskusja, ćwiczenia). Spotkania odbywają się raz lub dwa razy w tygodniu. Czas realizacji całości programu waha się na ogół od miesiąca do 2 lat. Program psychoedukacyjny powinien być powtarzany w celu utrwalenia przez uczestników przyswojonych wiadomości i umiejętności. Grupy spotkaniowe mogą mieć charakter: zamknięty, półotwarty lub otwarty.

## RODZAJE INTERWENCJI PSYCHOEDUKACYJNYCH

Wielu profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego poszukuje sposobów interwencyjnych, aby pomóc pacjentowi i członkom rodziny w radzeniu sobie, w sposób mniej stresujący, z czynnikami kłopotliwymi związanymi z faktem choroby i opieką nad chorym psychicznie członkiem rodziny. Zakłada się, iż w ramach programów psychoedukacyjnych terapeuci mogą pomóc w tym procesie poprzez wskazanie różnego rodzaju

technik interwencyjnych, pozwalających rodzinie i choremu członkowi rodziny poradzić sobie z psychotycznymi doznaniemiami w sposób bardziej terapeutyczny.

Systemy te skupiają się na obszarach interwencji psychoedukacyjnych i teoriach komunikacji, bazujących na interwencji [3, 12, 14]. Istnieje dalsza potrzeba łączenia rodzajów interwencji, aby skutecznie pracować zarówno z chorym członkiem rodziny, jak i resztą rodziny. Interwencje te powinny uznawać specyficzne, unikalne doświadczenia każdej rodziny, podjęte wraz z opieką nad chorym członkiem rodziny [11].

Zipple i Spaniol [cyt. za Hatfield & Lefley 1987] opisali cztery główne kategorie interwencji psychoedukacyjnych [11]: informacyjne, wspierające i objaśniające, związane z ćwiczeniem umiejętności społecznych, ogólne (terapię systemowe, strategiczne, terapię oparte na teoriach komunikacji).

Można spotkać się ze znacznie rozbudowaną ofertą treningów kształtowania umiejętności społecznych. Wśród nich wyróżnia się [7, 13, 14] treningi: podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy, rozwiązywania problemów (ukierunkowany na rozwój zdolności radzenia sobie z problemami codziennymi i sytuacjami trudnymi oraz szczególnie stresującymi dla pacjenta sytuacjami lub wydarzeniami życiowymi, a także na generalizowanie umiejętności rozwiązywania problemów), przygotowania do podjęcia pracy, samoobsługi (higieny osobistej, wyglądu zewnętrznego, techniczny, umiejętności praktycznych, budżetowy), aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakoterapeutycznym i rozpoznawania wczesnych objawów chorobowych, radzenia sobie w sytuacjach interwencji kryzysowej.

Autorzy wskazali, iż większość interwencji wykorzystuje elementy zaczerpnięte z wszystkich czterech podejść. W coraz większym stopniu obserwuje się wyraźną preferencję rozbudowanych ofert psychoedukacyjnych. W literaturze można spotkać się z coraz liczniejszymi dowodami na to, iż podejścia psychoedukacyjne prowadzą do

lepszycch wyników w zapobieganiu nawrotom zaburzeń psychicznych i poprawy funkcjonowania pozostałych członków rodziny [11, 12]. Jednakże Hatfield (1990) wykazał, że w literaturze przedmiotu istnieje wiele nieścisłości i niekonsekwencji w definiowaniu psychoedukacji [11].

## MODELE PROGRAMÓW PSYCHOEDUKACYJNYCH

W literaturze fachowej szeroko dyskutowane są różnorodne modele programów psychoedukacyjnych. Każdy z autorów prezentuje własną koncepcję najbardziej optymalnego wariantu oddziaływań. Programy te w różnym stopniu i na różnych etapach terapii angażują chorego i/lub członków jego rodziny, a także oferują mniej lub bardziej rozbudowaną ofertę interwencji terapeutycznych [8, 9, 11, 12].

*Model psychoedukacyjny Andersona* (1981) [za: 9, 11]. Wg tego modelu jednym z podstawowych celów leczenia jest zwiększenie stabilności środowiska rodzinnego. Cel ten jest osiągalny przez: redukcję niepokoїв i obaw ze strony członków rodziny o pacjenta, wzrost wiedzy o chorobie, przekonanie członków rodziny o możliwości zwiększania umiejętności radzenia sobie z chorobą i pacjentem. Autorzy zaobserwowali, że wzrasta liczba doniesień dotyczących różnych problematycznych aspektów stylów komunikacji w rodzinie i ich związku z symptomami chorobowymi pacjentów oraz wskaźnikami nawrotowości. W zaproponowanym modelu autorzy wyróżniają następujące cztery fazy. (1) Nawiązanie kontaktu. (2) Warsztaty poświęcone kształtowaniu umiejętności radzenia sobie (trening umiejętności społecznych). (3) Ponowne zgłoszenie, zaangażowanie w sesjach edukacyjnych (wspólne sesje pacjentów i rodziny). (4) Kontynuacja leczenia lub decyzja o przerwaniu. Stwierdzono, iż model taki zapewnia: jasną konceptualizację, ukonkretnienie celów, długoterminowe zaangażowanie. Jednocześnie wskazywano, że jego słabość polega na wy-

kluczeniu chorego psychicznie z początkowych faz leczenia. Pacjent i jego rodzina nie brali udziału we wspólnych sesjach aż do trzeciej fazy, czyli ponownego zgłoszenia się i kontynuacji.

*Model psychoedukacyjny Berkowitz, Kuipers, Eberlein-vries, Leffa* (1981) [za: 9, 11]. Model ten proponuje cztery fazy: (1) wywiad z rodziną, (2) edukację rodziny dotyczącą zdrowia psychicznego, (3) terapię grupową rodziny (wg zasad terapii grup wielorodzinnych), (4) okazjonalne wizyty domowe. Etapy, w których odbywa się edukacja rodziny i terapia grupowa rodziny kierowane są tylko do członków rodziny chorego, bez obecności samego pacjenta chorego.

*Model Falloona i wsp.* (1984). Oddziaływania psychoedukacyjne skierowane tu były do pojedynczej rodziny w obecności chorego psychicznie członka rodziny, w domu chorego i jego rodziny [9, 11]. Interwencje dotyczyły przede wszystkim: wiedzy o chorobie psychicznej (błędne przekonania związane z nią, etiopatologia, symptomatologia, przebieg, rokowania), zagadnień związanych z farmakoterapią (racjonalne uzasadnienie dla podtrzymywania leczenia neuroleptykami, efekty uboczne, problemy związane z nadużywaniem alkoholu i narkotyków), kształtowania umiejętności komunikacji. Autorzy stwierdzili, że „kluczową zaletą pracy z całą rodziną stanowi możliwość interwencji i zmiany dysfunkcyjnych wzorów zachowań”. Uważają oni także, że zastosowanie terapii grupowej w wielorodzinnej terapii rodzin w obecności samych chorych psychicznie, pozwala rodzinie funkcjonować w roli koterapeutów, modelujących odpowiednie wzory zachowania i komunikacji w stosunku do nowych rodzin. Te rodziny mogą również uczyć się poprzez wymianę informacji z innymi rodzinami.

*Model psychoedukacyjny Jacob, Frank, Kupfer, Cornes i Carpentera* (1987) [za: 11]. Wszystkie informacje pakietu edukacyjnego, a także informacje dotyczące metod radzenia sobie z chorobą, przekazywane są rodzinom w obecności chorego członka ro-

dziny w okresie hospitalizacji i kontynuowane są po wypisie pacjenta ze szpitala. Taki model stosowany był m.in. wobec pacjentów z depresją. Autorzy programu stwierdzają w swoich doniesieniach, iż uczestnicy potwierdzali znaczenie roli informacyjnej i wspierającej zastosowanych przez terapeutów technik.

*Model Walsha* (1988) [za: 11]. Autor badał efektywność sesji psychoedukacyjnych, które obejmowały pacjenta i jego rodzinę. Uważał, że efektywne leczenie wymaga przeprowadzenia wspólnych sesji rodzinnych, których celem jest stworzenie bezpiecznego środowiska, o wysokim stopniu przewidywalności. Model łączy elementy podejścia psychoedukacyjnego i interwencji bazujących na teorii komunikacji. Poprzez skoncentrowanie się na treści i kontekście przekazów, terapeuta może interweniować w chaotyczny system rodzinny, w celu zbudowania stabilnego, przewidywalnego, bezpiecznego środowiska rodzinnego. Interwencje terapeutyczne kierowane do członków rodziny i chorego psychicznie powinny uwzględniać jednocześnie zarówno treść, jak i kontekst komunikatu pochodzącego od pacjenta i jego rodziny. Model taki zakłada trzy rodzaje interwencji, które można zastosować w terapii: techniki wyjaśniające i strukturalne, edukację, interwencje bazujące na teorii komunikacji.

## PRZYKŁADY PROGRAMÓW PSYCHOEDUKACYJNYCH

Przedstawione propozycje modelowych programów psychoedukacyjnych, obejmujące wielotygodniową, intensywną terapię stosowane są na ogół w ośrodkach naukowych, zdolnych do zapewnienia odpowiednio przygotowanej kadry terapeutów, rozbudowanej oferty rehabilitacyjnej. Nie zawsze jednak warunki te mogą zostać spełnione. Nie u wszystkich chorych konieczne wydaje się zastosowanie tak szeroko rozbudowanej interwencji psychoterapeutycznej [16]. W warunkach standardowej, rutynowej opieki osób chorych psychicznie stosuje się

na ogół krótkie programy psychoedukacyjne dostosowane do lokalnych możliwości opieki medycznej i potrzeb uczestników, realizujące podstawowe cele tych programów. Poniżej zostaną zaprezentowane przykłady takich programów [5, 12].

### **Trening psychoedukacyjny zastosowany w szpitalach publicznych i klinikach stanu Nowy Jork (USA)**

Treningiem [12] obejmowano pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych. Przeprowadzany był w dwóch wariantach grup psychoedukacyjnych (grupa z pojedynczą rodziną lub wielorodzinną). Każda grupa wielorodzinną składała się z 6 rodzin i 2 koterapeutów. Grupa pojedyncza liczyła od 10 do 12 uczestników. W obu wariantach pacjenci i ich rodziny byli zaangażowani w oddzielne sesje wstępne (każdy pacjent i jego rodzina była widziana oddzielnie przez 3 sesje). W trakcie tych sesji uczestnicy byli intensywnie edukowani o schizofrenii. Następnie, zarówno w grupach pojedynczych, jak i wielorodzinnych, pacjent i rodzina spotykali się wspólnie, raz na 2 tygodnie, przez 2 lata. Spotkania grup pojedynczych i wielorodzinnych prowadzono zgodnie z pisanym protokołem klinicznym, który obejmował kilka części [12]. (1) *Wstęp*. Każdą sesję otwierała i zamykała faza integracyjna (wg techniki zaprezentowanej przez Andersona). Klinicyści, pacjenci i rodziny dzielili się bieżącymi doświadczeniami i problemami dnia codziennego. Często prowadzono rozmowy nie związane bezpośrednio z tematem programu. (2) *Przegląd postępów w chorobie*. Pacjenci i ich rodziny relacjonowali stan choroby zaobserwowany podczas ostatnich 2 tygodni. (3) *Przegląd problemów*. Zgłaszano problemy, z którymi pacjenci i ich rodziny nie radzili sobie w tym okresie. Wyodrębniano jeden ze zgłaszanych problemów i stawał on się przedmiotem formalnej procedury rozwiązywania problemów, wzorowanej na metodzie Falloona i Libermana. Końcowe rozwiązanie wybierane było przez wszystkich uczestników

spotkań na okres próby i stosowane przez następne 2 tygodnie.

Wyniki wskazywały na skuteczniejsze zapobieganie nawrotom w grupach wielorodzinnych niż w grupach obejmujących pojedynczą rodzinę (ryzyko nawrotu w okresie 2 lat odpowiednio: 27,7% i 41,6%).

Podczas prowadzenia terapii wg tego modelu kierowano się pięcioma głównymi zasadami:

- 
- 
- sukces kształtowania zmian w zachowaniu i postawach wymaga ustanowienia między stronami, (terapeutami, pacjentami i ich bliskimi) związku kooperacyjnego, partnerskiego, nieoceniającego,
  - edukacja o schizofrenii powinna być dodatkowo uzupełniana ciągłym wspieraniem i prowadzeniem rodziny,
  - trudności wprowadzania lub utrzymywania zmian są na ogół częściej konsekwencją ignorancji terapeutów niż dysfunkcji rodzinnej lub psychopatologii,
  - najlepszym podejściem do rozwiązywania sytuacji problemowych jest próba rozkładania ogólnie sformułowanego problemu na elementy składowe i rozwiązywanie ich „krok po kroku”
  - wsparcie dla pacjentów i ich rodzin powinno pochodzić ze strony grupy osób dobrze poinformowanych i pozytywnie nastawionych
- 
- 

### **Psychoedukacja dla rodzin pacjentów z dwubiegunowym zaburzeniami afektywnymi w Szpitalu Uniwersyteckim w Utrechcie (Holandia)**

W programie tym [5], w trakcie 5 sesji przekazywano informacje dotyczące choroby, leczenia farmakologicznego, praktyczne porady w radzeniu sobie z pacjentem i radzeniu sobie z własnym codziennym funkcjonowaniem. *Pierwsza sesja* – dyskutowano o przebiegu, symptomach i rozpoznawaniu zaburzeń maniako-depresyjnych. Zadanie domowe: proszono uczestników



o wspólne z pacjentem zaobserwowanie wczesnych, typowych dla pacjenta symptomów manii. *Druga sesja* – prezentowano informacje dotyczące objawów charakterystycznych dla depresji oraz roli i znaczeniu czynników dziedzicznych w depresji. Zadanie domowe: proszono o dokładne rozróżnienie objawów zwiastunowych od ostrych w depresji. *Trzecia sesja* – wyjaśniano rodzinom korzyści i niebezpieczeństwa związane z przyjmowaniem litu oraz stosowaniem alternatywnych metod leczenia. Szczególną uwagę poświęcono objawom zatrucia litem. Przekazywano także dane o dodatkowym, uzupełniającym leczeniu farmakologicznym podczas wystąpienia epizodów depresyjnych lub maniakalnych. Zadanie domowe: proszono o wyszczególnienie i nauczenie się objawów charakterystycznych dla zatrucia litem i innymi lekami przyjmowanymi przez pacjentów. *Czwarta sesja* – analizowano postawę osób z otoczenia pacjenta wobec niego, zakres przypisywanej mu samodzielności i własnej odpowiedzialności. Zachęcano rodziny do stwarzania takich możliwości, aby pacjenci mogli wykazywać się swoją własną odpowiedzialnością tak długo, jak choroba nie znajduje się w poważnej fazie. Zadanie domowe: proszono rodziny o rejestrację zachowań pacjenta wskazujących na jego samodzielność i odpowiedzialność za podjęte decyzje. *Piąta sesja* – poruszano tematy związane z różnymi sferami i zakresami funkcjonowania społecznego partnerów (praca, wychowywanie dzieci, zainteresowania, kontakty społeczne itp.). Celem spotkania było stymulowanie partnerów do rozwijania swoich zdolności, cech osobowości, poszerzania kontaktów z innymi ludźmi.

Informacje podczas sesji przekazywane były w formie ustnej i pisemnej. W tym celu posługiwano się specjalnymi broszurami o charakterze popularyzatorskim, dotyczącymi choroby i leczenia, przede wszystkim zastosowania leczenia litem. Partnerom pacjentów stwarzano możliwość przedstawiania własnych doświadczeń w radzeniu sobie z chorobą pacjenta. Dyskutowano wspól-

nie nad postawami wobec chorych, omawiano sposoby radzenia sobie z problemami. Grupa prowadzona była przez lekarza psychiatrę lub pracownika socjalnego.

W badaniach stwierdzono, iż pacjenci uczestniczący w terapii wykazywali się większą wiedzą na temat choroby, leczenia farmakologicznego i strategii postępowania społecznego w porównaniu z grupą kontrolną. Współpraca (*compliance*) pacjenta w ciągu następnego roku nie uległa zmianie. Zaobserwowano, iż zastosowana procedura terapeutyczna wiązała się z początkowym wzrostem poziomu lęku pacjentów z grupy treningowej. Za pomocą skal stwierdzano podwyższenie poziomu lęku po sesjach psychoedukacyjnych. Jednak, w badaniach wykonanych po 6 miesiącach i po 1 roku, wyniki wróciły do poziomu z okresu przed sesjami [5].

## PODSUMOWANIE

W kompleksowo, biopsychospołecznie zorientowanym planie leczenia psychoedukacja stanowi równorzędny składnik terapii. W zależności od posiadanych możliwości może przybierać różne formy, zawsze jednak powinna być dostosowana do potrzeb pacjentów. Programy psychoedukacyjne zawierają elementy, które pozwalają realizować postulat integrowania oddziaływań farmakologicznych i psychospołecznych, a także integrowania oddziaływań kierowanych do pacjenta i do jego rodziny [3].

Psychoedukacja stanowi istotny element profilaktyki, szczególnie w przypadku pacjentów we wczesnej fazie choroby. Wpływa na redukcję objawów pozytywnych i negatywnych, poprawę społecznego funkcjonowania pacjentów, spadek liczby nawrotów i zmniejszenie wskaźnika hospitalizacji [6]. Zastosowanie programów psychoedukacyjnych wydaje się również celowe w przypadku leczenia długoterminowego. Pozwala zmniejszyć objawy nieprzystosowania społecznego u pacjentów chorujących przewlekle, ułatwia pełnienie przez nich ról społecznych,

a także zachęca do aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym.

Psychoedukacja jako jeden z rodzajów oddziaływań rehabilitacyjnych wspomaga realizację zadań wchodzących w skład szeroko rozumianej rehabilitacji społecznej osoby chorej psychicznie, jak również wpływa na kształtowanie właściwych postaw otoczenia wobec niej, w tym przypadku głównie środowiska rodzinnego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K: Model oddziaływania wobec rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. Doświadczenia własne. *Przegl. Lek.* 1986, 43, 7, 500–503.
2. Bogacz J, Wojnar M: Terapia systemowa w grupie wielorodzinnej. *Psychoterapia* 1995, 2 (94), 27–35.
3. Cechnicki A: Dziesięć lat oddziału dziennego dla chorych na schizofrenię – opis programu terapeutycznego. *Psychoterapia* 1992, 2 (81), 39–54.
4. Chłodzińska-Kiejna S, Górna R, Bąk O: Psychoedukacja w zapobieganiu nawrotom schizofrenii. (Artykuł przyjęty do druku w *Psychiatr. Pol.*)
5. Gent EM, Zwart FM: Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J. Affect. Disord.* 1990, 21, 15–18.
6. Gmitrowicz A, Kaszyńska B: Psychoedukacja rodzin pacjentów oddziału młodzieżowego. *Psychiatr. Pol.* 1996, XXX, 6, 919–928.
7. Goldstein MJ: Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. *Psychopharmacology Bull.* 1992, 23, 3, 237–240.
8. Goldstein MJ: Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, suppl. 382, 54–57.
9. Goldstein MJ: Psychoeducation and relapse prevention. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 9, suppl. 5, 59–69.
10. Hennessy KD, Greenberg RP: Four decades of mental health trends: An empirical analysis of hospital and community psychiatry. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45, 10, 1034–1039.
11. Marley JA: Content and context: Working with mentally ill people in family therapy. *Social Work* 1992, 37, 5, 412–417.
12. McFarlane WR, Dunne E: From research to clinical practice: Dissemination of York States Family Psychoeducation Project. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 3, 265–270.
13. Meder J, Sawicka M, Wachowiak O: Trening umiejętności społecznych – doświadczenia własne. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1993, 2, 401–405.
14. Meder J, Orzechowska Z, Sawicka M, Wachowiak O: Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania sytuacji trudnych – zarys tematu. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1993, 2, 407–413.
15. Pakenham KI, Dadds MR: Family care and schizophrenia: The effects of a supportive educational program on relatives personal and social adjustment. *Australian and Zealand Journal of Psychiatry* 1987, 21, 580–590.
16. Stark MF: Krótki program psychoedukacyjny dla pacjentów schizofrenicznych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1993, 2, 381–388.
17. Wieczorek J, Mirowska-Wieczorek J: Psychoedukacja w kompleksowej terapii schizofrenii. W: *V Lubelskie Spotkania Naukowe*, Lublin 1996, 380–386.
18. Welbel S, Brodniak W, Raduj J, Mocarska M: Próba oddziaływań edukacyjnych w grupie rodzin pacjentów PZP z rozpoznaniem schizofrenii a ich potrzeby życiowe i zdrowotne. *Psychiatr. Pol.* 1987, XXI, 2, 97–102.

*Adres: Dr Renata Górna, Katedra i Klinika Psychiatrii AM,  
ul. Kraszewskiego 25, 50-229 Wrocław*