



## Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię – wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć

*Psychoeducation for patients with schizophrenia  
– a preliminary analysis of psychoeducational sessions methodology*

MAŁGORZATA CHĄDZYŃSKA, JOANNA MEDER, KATARZYNA CHARZYŃSKA, ANNA DROŹDŹYŃSKA

Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

### STRESZCZENIE

**Cel badań.** Celem pracy była analiza metod pracy i tematyki zajęć psychoedukacyjnych dla osób chorych na schizofrenię.

**Metoda.** Przeprowadzono jednorazowe badanie ankietowe wśród 16 terapeutów, na temat warunków i sposobów prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych.

**Wyniki.** Wykazano brak silnego zróżnicowania w sposobach prowadzenia zajęć i zakresie ich treści. Najczęściej wymieniane tematy to: informacje o chorobie, wiadomości dotyczące farmakoterapii oraz kształtowanie umiejętności społecznych i radzenia sobie ze stresem. W pracy z rodzinami problemy terapeutów dotyczyły poczucia winy, braku akceptacji choroby, unikania tematyki choroby oraz trudności w odnalezieniu wspólnego języka z rodziną.

**Wnioski.** Psychoedukacja oprócz dostarczenia wiedzy na temat choroby powinna zawierać elementy technik terapeutycznych mające na celu minimalizowanie skutków choroby w codziennym życiu. Konieczna jest staranna kwalifikacja do grup uwzględniająca stan kliniczny i indywidualną postawę do choroby. W pracy z rodzinami należy uwzględnić indywidualne sposoby członków rodziny stosowane dla poradzenia sobie z obciążeniami związanymi z chorobą.

### SUMMARY

**Objectives.** The aim of the study was to analyze methodology and topics of psychoeducational sessions for patients with schizophrenia.

**Method.** In this cross-sectional study 16 therapists responded to a questionnaire concerning the settings and methods they used in psychoeducational sessions.

**Results.** No significant differences between therapists were found regarding the techniques and contents of psychoeducational sessions. The most frequently reported topics included: providing information about the illness and its pharmacological treatment, as well as training in social skills and coping with stress. The problems encountered in family psychoeducation concerned the family members' sense of guilt and inability to accept the illness, their avoiding talking about the illness, as well as the therapists' difficulty in communicating with families.

**Conclusions.** Psychoeducation should not only provide information about the illness, but also include therapeutic techniques aimed at minimization of consequences of the illness in everyday life. Careful qualification to particular groups it is necessary, taking into account the patient's clinical status and his/her attitude to the illness. In family psychoeducation family members' individual ways of coping with the burden of the patient's illness should be considered.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / psychoedukacja

**Key words:** schizophrenia / psychoeducation

---

W terapii zaburzeń psychicznych powszechnie uznaje się współdziałanie farmakoterapii i psychoterapii jako dwóch form niesienia pomocy. W leczeniu schizofrenii szeroko rozpowszechnione są, obok farmakoterapii, takie systematyczne oddziaływania psychospołeczne, jak: interwencje psychoterapeutyczne, terapia rodzinna, treningi umiejętności społecznych i warsztaty. Jedną z podstawowych metodpsychoterapeutycznych wspomagających leczenie osób chorych na schizofrenię są oddziaływania psychoedukacyjne wobec chorego i jego rodziny [1, 2].

Psychoedukacja określana jest jako korzystanie z metod, technik i programów edukacyjnych mające na celu ułatwienie powrotu do zdrowia lub minimalizowanie skutków choroby czy niepełnosprawności [3]. Oddziaływania psychoedukacyjne oznaczają dostarczanie wiedzy oraz wykorzystywanie strategii terapeutycznych w celu zwiększania umiejętności i poprawy funkcjonowania osób chorych na schizofrenię. Zajęcia psychoedukacyjne odnoszą się do indywidualnych historii i angażują pacjentów na poziomie poznawczym i emocjonalnym. W literaturze przedmiotu

podkreśla się, że psychoedukacja nie polega jedynie na dostarczeniu informacji, lecz jest interaktywnym procesem, który zawiera elementy strategii psycho-terapeutycznych. McGorry [4] wyszczególnił cele psychoedukacji dotyczącej osób w stanie wczesnej psychozy. Są to: włączenie przez pacjenta doświadczeń chorobowych w swój sposób interpretacji świata, rozwój subiektywnych i obiektywnych strategii służących uzyskaniu kontroli nad psychozą i jej skutkami, ochrona obrazu samego siebie przed negatywnymi zmianami, jakie niesie ze sobą psychoza – dotyczący-ymi pełnionych ról społecznych, relacji interpersonalnych i planów na przyszłość.

Psychoedukacja jest różnie definiowana: od szerokiego zakresu wszelkich oddziaływań terapeutycznych związanych z dostarczaniem informacji o chorobie (w tym zajęć treningowych), po podejścia nastawione na specyficzne cele: zapobieganie nawrotom, poprawę współpracy [5]. Wiąże się to z różnym zakresem tematycznym i sposobami prowadzenia zajęć. Przedstawiona praca jest próbą opisu podstawowych zmiennych określających sposób prowadzenia zajęć.

## CEL PRACY

Celem badania było szczegółowe poznanie potrzeb szkoleniowych terapeutów prowadzących zajęcia psychoedukacyjne z pacjentami przewlekle chorymi na schizofrenię, stworzenie listy najważniejszych tematów w dziedzinie psychoedukacji, analiza sposobów dostosowywania metod pracy i tematyki zajęć do potrzeb i możliwości pacjentów.

## METODA

Badanie przeprowadzono jako jednorazowe wypełnienie ankiety dotyczącej warunków i sposobu prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych. Wypełniali ją terapeuci prowadzący zajęcia psychoedukacyjne wśród pacjentów chorych na schizofrenię. Ankieta składała się z 20 pytań częściowo otwartych (oprócz wyboru odpowiedzi istniała możliwość dopisania własnych propozycji) oraz 1 pytania otwartego dotyczącego uzupełnienia tematyki spotkań. Zawierała ona pytania demograficzne dotyczące zawodu i doświadczenia w pracy terapeutów oraz placówek, w których prowadzone są zajęcia, składu grup, długości trwania zajęć i formy grupy. Ponadto za pomocą ankiety zebrano informacje o przygotowaniu do zajęć, problemach w pracy, tematyki psychoedukacji.

Badaniem objęto 16 terapeutów prowadzących zajęcia psychoedukacyjne dla osób chorych na schizofrenię oraz 169 pacjentów (analizę wyników odpowie-

dzi pacjentów przedstawiono w innym artykule). Terapeuci wypełniali kwestionariusze na temat sposobu prowadzenia zajęć, ich tematyki, wykorzystywanych pomocy, oczekiwań i zaistniałych problemów. Charakterystykę terapeutów przedstawia tabl. 1.

**Tablica 1.** Pracownicy prowadzący zajęcia psychoedukacyjne.

**Table 1.** Staff members conducting psychoeducational sessions.

Cecha	Liczba	%
Staż w psychoedukacji (lata)		
– do 5	8	50
– 6-15	4	25
– powyżej 15	4	25
Zawód osoby prowadzącej		
– psychiatra	1	6
– psycholog	10	63
– terapeuta zajęciowy	3	19
– pielęgniarka	1	6
– inny	1	6
Zawód osoby tworzącej program		
– psychiatra	12	24
– psycholog	17	34
– terapeuta zajęciowy	8	16
– pracownik socjalny	4	8
– pielęgniarka	7	14
– inny	2	4

Spośród 16 terapeutów: 9 prowadziło zajęcia na oddziale całodobowym, pozostali na oddziałach dziennych. Psychoedukacja w większości prowadzona jest przez psychologów (63%). Pozostali edukatorzy to: terapeuci zajęciowi (19%), a w pojedynczych przypadkach psychiatrzy, pielęgniarki, asystent terapii uzależnień. Kiedy rozpatruje się, kto jest zaangażowany w program psychoedukacji – jako trener lub przy opracowaniu zajęć, wówczas zwiększa się rola psychiatry i innych zawodów. Spośród wszystkich współuczestniczących w programach psychoedukacyjnych 34% – to psychologowie, 24% – psychiatrzy, 16% – terapeuci zajęciowi, 14% – pielęgniarki. Połowa badanych prowadziła zajęcia krócej niż od 5 lat, a 25% terapeutów – dłużej niż 15 lat.

## WYNIKI

Wyniki dotyczą sposobu prowadzenia i przygotowania do zajęć, ich tematyki oraz problemów związanych z uczestnictwem w psychoedukacji. Charakterystyki formalne zajęć przedstawia tabl. 2.

Grupy liczyły od 8 do 35 uczestników, średnio ok. 14 osób. Cykl zajęć trwał od 1 do 12 miesięcy, najczęściej 1-3 miesięcy (dla 75% zajęć), ze średnim czasem trwania ok. 3 miesięcy. Jedno spotkanie trwało od 30 minut do 2 godzin, średnio 1 godzinę, naj-

częściej – 45-60 minut. Grupa psychoedukacyjna spotyka się najczęściej 1 raz w tygodniu, rzadziej 2 razy w tygodniu. W 75% przypadków jest to grupa otwarta, średnio 68% uczestników bierze udział w całym cyklu zajęć.

**Tablica 2.** Opis zajęć psychoedukacyjnych.

**Table 2.** Description of psychoeducational sessions.

Charakterystyka zajęć	Minimalnie	Maksymalnie	Średnio
Liczba uczestników	8	35	14
Czas trwania cyklu (miesiące)	1	12	3
Uczestnictwo w całym cyklu (%)	25	100	68
Czas spotkania (minuty)	30	120	59

Badani opisywali źródła wiedzy wykorzystywane do prowadzenia zajęć (tabl. 3). Najczęściej prowadzący czerpią wiedzę z literatury (12 osób tj. 75% prowadzących). Są to głównie podręczniki specjalistyczne z zakresu psychologii i psychiatrii oraz skrypty lub inne materiały do zajęć z psychoedukacji (odpowiednio 75% i 69%). Rzadziej korzystają z poradników (38%) oraz monografii (19%). Czasopisma popularnonaukowe i szkolenia są źródłem wiedzy dla 56,3% prowadzących. 2 osoby (13%) wskazało na doświadczenie starszych kolegów jako zasób wykorzystywanej wiedzy.

**Tablica 3.** Źródła wiedzy na temat psychoedukacji wykorzystywane przez prowadzących.

**Table 3.** Sources of knowledge about psychoeducation referred to by the providers.

Źródła wiedzy	Liczba	%
Literatura fachowa	9	75
Szkolenia	25	56
Doświadczenie kolegów	30	13

Edukatorzy wypowiadali się na temat specyficznych problemów w prowadzeniu zajęć na temat choroby i leczenia (tabl. 4). Najczęściej wymienianą trudnością (81%) było utrzymanie ciągłości programu wobec rotacji członków grupy. Około połowa uczestników ankiety akcentowała trudności pacjentów z koncentracją uwagi (56,3%) i związane z tym (oraz ze zróżnicowaniem grupy pod względem funkcjonowania pacjentów) kłopoty z wyborem sposobu przekazania wiedzy (50%). Problemem 5 prowadzących był brak krytycyzmu pacjentów wobec choroby oraz niskie ich zainteresowanie, co powodowało trudności z aktywizacją grupy. Wśród problemów organizacyjnych najczęściej wymieniano niskie fundusze (9 osób) oraz brak podręcznika (7 trenerów). Inne wymieniane problemy to brak czasu, sali, materiałów i stałych współpracowników.

**Tablica 4.** Problemy w prowadzeniu zajęć psychoedukacyjnych.

**Table 4.** Problems encountered in psychoeducational sessions provision.

Problemy w prowadzeniu zajęć	Liczba	%
Merytoryczne:		
– utrzymanie ciągłości programu	13	81
– brak koncentracji ze strony pacjentów	9	56
– wybór sposobu przekazywania wiedzy*	8	50
– bezkrytycyzm pacjentów wobec choroby	5	31
– niezainteresowanie ze strony pacjentów	5	31
– wybór wspólnego języka	1	6
Organizacyjne:		
– niskie fundusze	9	56
– brak podręcznika	7	44
– brak czasu	3	19

\*ze względu na różne funkcjonowanie pacjentów

Tabl. 5 przedstawia najczęściej realizowane tematy i oceny ich ważności. Terapeuci byli poproszeni o uszeregowanie 8 tematów pod względem ich ważności, gdzie 8 oznacza najważniejszy temat, a 1 – najmniej ważny. Większość badanych terapeutów (od 81,3% do 93,8%) realizuje zawarte w ankiecie tematy. Oceny istotności tematów nie różniły się istotnie statystycznie (test Friedmana  $p=0,434$ ). Ponadto osoby badane zaproponowały tematy zajęć nie uwzględnione w ankiecie. Dotyczyły one: wiedzy ogólnej o chorobie („kryteria zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych; różne rozpoznania; krytyczna postawa wobec objawów”); aspektów prawnych i organizacji opieki zdrowotnej („psychospołeczne formy leczenia – psychoterapia, socjoterapia; ustawa o ochronie zdrowia psychicznego; rola i znaczenie grup samopomocowych”); radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą („funkcjonowanie z chorobą; rozpoznawanie własnych stanów emocjonalnych; postawy wobec choroby; wyrażanie i radzenie sobie z negatywnymi emocjami”); roli rodziny w leczeniu; relacji z ludźmi („relacje między „zdrowymi” a „chorymi”; znaczenie relacji z ludźmi; rozwój umiejętności społecznych komunikacyjnych”); specyficznych umiejętności („podejmowanie decyzji; sposoby radzenia sobie ze stresem; akcentowanie zdrowych stron funkcjonowania pacjenta); terapii uzależnień; życia w środowisku („akceptacja przez środowisko osoby chorej; uczestnictwo w życiu społecznym: praca, życie towarzyskie, rozwijanie zainteresowań).

**Tablica 5.** Najczęściej podejmowane tematy.

**Table 5.** Frequency of particular topics and their estimated importance.

Tematy	Liczba	%
Pierwsze oznaki	15	94
Pogarszanie się stanu zdrowia	15	94
Unikanie alkoholu i narkotyków	14	88
Przebieg choroby	14	88
Przyjmowanie leków	14	88
Radzenie sobie z objawami	14	88
Prośzenie o pomoc	14	88
Przyczyny choroby	13	81
Kontakt z lekarzem	13	81

Dziewięć spośród badanych prowadzi spotkania psychoedukacyjne dla rodzin. Najbardziej istotnym problemem w pracy z rodzinami osób chorych na schizofrenię (tabl. 6) okazała się konieczność niwelowania poczucia winy za zachorowanie (ważny wg 9 terapeutów). Stosunkowo często sygnalizowano brak akceptacji choroby pacjenta przez jego rodzinę (7 osób), ustalenie wspólnego języka porozumienia się z rodziną (6 osób) oraz brak zainteresowania chorobą pacjenta przez rodzinę (5 osób). Ponadto, jako temat do rozmowy z rodzinami pacjentów wskazywano walkę ze stygmatyzacją, przeszłość osoby chorej. Problemy w prowadzeniu dotyczą postawy „unikającej” rodzin, gdy tłumaczą, że nie potrzebują wsparcia lub nie mogą uczestniczyć w grupie z różnych powodów organizacyjnych (brak czasu, trudności z dojazdem, nieodpowiedni termin itp.).

**Tablica 6.** Problemy w psychoedukacji rodzin.

**Table 6.** Problems encountered in family psychoeducation.

Rejestrowane problemy	Liczba	%
Niwelowanie poczucia winy	9	56
Brak akceptacji choroby pacjenta	7	44
Ustalenie wspólnego języka komunikacji w rodzinie	6	38
Niezainteresowanie chorobą pacjenta	5	31

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie wykazało brak wyraźnego zróżnicowania zarówno sposobu prowadzenia, jak i tematyki zajęć. Zajęcia są prowadzone średnio przez godzinę tygodniowo, w cyklu trwającym 3 miesiące w grupach kilkunastuosobowych. Prowadzą je głównie psychologowie przy współpracy psychiatrów i terapeutów zajęciowych, którzy jako źródła wiedzy wykorzystują literaturę, czasopiśmiennictwo popularnonaukowe i własne szkolenia.

Jako najczęstszy problem wymieniano trudności z utrzymaniem ciągłości programu. Jest to związane ze specyfiką zajęć, które uwzględniają potrzeby pacjentów, ich postawy i rozumienie choroby. Terapeuta ma za zadanie poznać, zrozumieć i zaakceptować własne, indywidualne rozumienie choroby przez pacjentów. Następnie przedstawia alternatywny model choroby, lecz nie narzuca go, tylko daje pod rozwagę pacjentom [4]. W trakcie prowadzenia zajęć uwzględnia opór i zaprzeczenie, co wyznacza konieczność podążania za pacjentem. Terapeuta z jednej strony realizuje program edukacyjny, z drugiej – prowadzi rozmowy i dyskusje odnoszące się do indywidualnych postaw i sposobów rozumienia sytuacji wykorzystując techniki terapeutyczne. Taki sposób prowadzenia spotkań powoduje trudności w ścisłym trzymaniu ustalonego planu zajęć.

Trudności wskazywane przez terapeutów związane z uczestnictwem pacjentów w zajęciach wskazują na konieczność starannej kwalifikacji do grup psychoedukacyjnych. Po pierwsze w zajęciach powinni uczestniczyć pacjenci w stanie klinicznym umożliwiającym rozumienie przekazywanych treści tj. po ustaniu ostrych objawów wytwórczych, kiedy osoba może świadomie podążać za tokiem spotkania i rozumieć co dzieje się w grupie. Po drugie psychoedukacja wymaga posiadania pewnego poziomu wglądu w chorobę lub świadomości chorowania. Dzieje się tak, gdyż znaczenie nadawane doświadczeniu wpływa na postępowanie w danej sytuacji i adaptację do niej, zmienia interpretację faktów i gromadzenie wiadomości na dany temat, a przez to modyfikuje proces uczenia się [6]. Znaczenie jest tworzone w dynamicznym procesie uzgadniania sensów. Psychoedukacja może wpływać na ten proces, o ile nie jest sprzeczna z rozumieniem przez pacjenta własnych doświadczeń. Zaprzeczanie chorobie może być sposobem na poradzenie sobie z traumą chorowania i stygmatyzacją łączącą się z rozpoznaniem schizofrenii [4]. Wówczas jest najlepszym dostępnym osobie sposobem adaptacji do kryzysu wiążącego się z chorowaniem, obniżeniem samooceny, zmianą obrazu siebie. Zadaniem terapeutów jest prezentowanie wiedzy w sposób, który nie przeraża osób chorujących na schizofrenię i jednocześnie proponowanie terapeutycznych opcji dla problemów, które niesie ze sobą fakt posiadania wglądu.

Większość modeli psychoedukacyjnych proponuje tematykę opartą o rozumienie schizofrenii w oparciu o model podatności na zranienia Zubina i Springa [7]. Można wyróżnić tematy ściśle związane z dostarczaniem informacji o chorobie: diagnoza, przebieg, rozpoznawanie objawów oraz z radzeniem sobie z objawami: informacje o farmakoterapii, monitorowanie samopoczucia i rozpoznawania oznak pogorszenia, sposoby poprawy funkcjonowania z chorobą. Kolejny blok tematyczny dotyczy przyczyn zachorowania, modelu występowania objawów w oparciu o podstawy fizjologiczne i mechanizm stresu. Ponadto w obszar psychoedukacji włączane są informacje, sposoby i umiejętności związane z leczeniem i powrotem do satysfakcjonującego funkcjonowania psychospołecznego: zasady korzystania z opieki zdrowotnej, prawa pacjenta, relacje z innymi, funkcjonowanie w rodzinie i szerokim środowisku społecznym oraz sposoby radzenia sobie ze stresem. Psychoedukacja odnosi się także do problemów indywidualnych związanych z faktem chorowania: obniżeniem samooceny, zmianą obrazu siebie, poczuciem stygmatyzacji, brakiem akceptacji siebie jako osoby chorej. Jest to szczególnie ważne zagadnienie przy pierwszym epizodzie psychozy [4]. Niektórzy autorzy wyróżniają blok dotyczący zapobiegania nawrotom psychozy zawie-



rający umiejętności obserwacji wczesnych objawów psychozy, tworzenie planu postępowania w sytuacji kryzysu zdrowotnego oraz zmian funkcjonowania mających na celu zapobieganie nawrotom w dalszej perspektywie czasowej [5, 8, 9]. Należy podkreślić, że psychoedukacja jest więcej niż zbiorem oddziaływań nastawionych na poprawę współpracy w leczeniu [5, 10]. Szeroki zakres tematyczny oraz różnorodność stosowanych technik ma na celu, oprócz dostarczenia wiedzy o chorobie i zdrowieniu, a także umożliwienia odniesienia ich do własnych przeżyć pacjenta, wyposażenie pacjentów w umiejętności sprzyjające optymalnemu funkcjonowaniu psychospołecznemu i radzeniu sobie z chorobą i zapobieganiu jej. Zajęcia psychoedukacyjne mają różnorodne formy: od oddziaływań edukacyjnych, których celem jest dostarczanie informacji o chorobie i leczeniu – do psychoedukacji rozumianej jako połączenie technik edukacyjnych i elementów terapii grupowej (wymiany doświadczeń, prób zmiany rozumienia i odczuwania własnej sytuacji, doświadczenia wglądu). W opisywanych (przez respondentów) zajęciach podkreślano aspekt informacyjny i edukacyjny. Zdaniem autorów warto więcej uwagi skierować na aspekty terapeutyczne.

Najsukcesowniejszą formą psychoedukacji są oddziaływania odbywające się w triadzie: pacjent–rodzina–terapeuta [5, 11, 12, 13, 14]. Na konieczność udziału rodziny w procesie psychoedukacji wskazała teoria ujawnianych uczuć (*expressed emotions*) [15, 14]. Zgodnie z nią wśród rodzin o wysokim poziomie emocjonalnego uwikłania, krytycyzmu i wrogości częściej dochodzi do nawrotów schizofrenii. Stąd bardzo ważne stają się procesy emocjonalne przebiegające w rodzinach. W pracy z rodzinami badani terapeuci podkreślali problemy wynikające z obciążenia emocjonalnego, jakie niesie ze sobą schizofrenia. Kluczowym zadaniem nazwali konieczność niwelowania poczucia winy za zachorowanie. Rodziny w różny sposób próbują poradzić sobie z faktem zachorowania ich członka. Czasem poprzez dezakceptację, czy zaprzeczanie chorobie, poprzez unikanie problemów, które może przejawiać się brakiem zainteresowania chorobą. Stąd konieczne w psychoedukacji jest znalezienie wspólnego języka z rodziną, który odnosić się będzie do jej sposobu rozumienia i gotowości do zmierzenia się z faktem zachorowania. Oddziaływania polegają na wspólnym poszukiwaniu rozwiązań problemów w oparciu o doświadczenia własne danej rodziny oraz innych uczestników spotkań grupowych. Rodzina traktowana jest jako sojusznik w walce z chorobą. Nie jest traktowana jako czynnik odpowiedzialny za zachorowanie, lecz ma znaczenie dla przebiegu choroby i procesu powrotu do zdrowia. Podczas spotkań psychoedukacyjnych jest motywowana i edukowana do współpracy w walce z chorobą. Celem psychoedu-

kacji jest zmiana postaw do chorego członka rodziny, w kierunku uzyskiwania autonomii i samodzielności, czemu sprzyja unikanie krytycyzmu i nadmiernej opiekuńczości.

## WNIOSKI

Psychoedukacja zawiera w sobie elementy edukacyjne i techniki terapeutyczne mające na celu ułatwienie powrotu do zdrowia i minimalizowanie skutków choroby w codziennym życiu. Warto w prowadzeniu zajęć więcej uwagi poświęcać aspektom terapeutycznym oddziaływań. Zajęcia psychoedukacyjne są prowadzone z pacjentami oraz z ich rodzinami. Konieczna jest staranna kwalifikacja do grup psychoedukacyjnych uwzględniająca stan kliniczny oraz indywidualną postawę wobec choroby. Tematyka zajęć psychoedukacyjnych obejmuje: informacje o chorobie, jej przebiegu, objawach, wiadomości na temat farmakoterapii, modelu choroby, zapobiegania nawrotom, kształtowanie umiejętności społecznych i radzenia sobie ze stresem. W pracy z rodzinami należy uwzględniać indywidualne sposoby wykorzystywane przez członków rodziny dla poradzenia sobie z obciążeniami związanymi z chorobą oraz subiektywne znaczenie nadawane schizofrenii. Najczęściej podkreślano poczucie winy, brak akceptacji choroby, unikanie tematyki choroby.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kasperek B, Michałowska J, Sala P, Spiridonow K. Modele oddziaływań edukacyjnych dla rodzin osób chorych na schizofrenię. W: Meder J. red. Rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 63-88.
2. Meder J. Leczenie i rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie. W: Meder J. red. Rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 15-20.
3. McFarlane WR. Family therapy in schizophrenia. New York, London: The Guilford Press; 1983.
4. McGorry PD. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*. 1995; 58 (4): 313-328.
5. Czernikiewicz A. Psychoedukacja w schizofrenii. W: Meder J, Sawicka M. red. Psychoterapia w schizofrenii. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s. 101-126.
6. Taylor S. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983; 38: 1161-1173.
7. Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977; 86: 102-126.
8. LIPI: Workshop manager on schizophrenia. Prelapse, Międzynarodowy Psychiatryczny Instytut Fundacji Lundbeck. 2002.
9. Rector NA. Cognitive-Behavioural therapy for severe mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50 (5): 245-246.
10. Ehmann T, Hanson L. Social and psychological interventions. W: Ehmann T, MacEwan GW, Honer WG. red. Best Care in early psychosis intervention. London: Taylor, Francis; 2004. s. 61-84.

11. Lincoln TM, Wilhelm K. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2007; 96 (1-3): 232-245.
12. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Luchsted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29 (2): 223-245.
13. Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999; 34 (6): 287-295.
14. De Barbaro B. red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
15. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*. 1972; 121: 241-258.

*Wpłynęło: 23.05.2011. Zrecenzowano: 16.06.2011. Przyjęto: 25.07.2011.*

*Adres: Dr Małgorzata Chądzyńska, Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytut Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9; 05-957 Warszawa, e-mail: malgorzata.cha@wp.pl, tel: 022-45-82-521.*