

## Krótki program psychoedukacyjny dla pacjentów schizofrenicznych

*Kurzes Psychoedukationsprogramme für schizophrene Patienten*

*Short psychoeducational program for schizophrenic patients*

F.- MICHAEL STARK

Z Kliniki Psychiatrycznej i Nerwowej Szpitala Uniwersyteckiego Eppendorf w Hamburgu

**STRESZCZENIE.** Szerokie uznanie skuteczności behawioralnych programów terapeutycznych dla pacjentów schizofrenicznych, stawia od nowa pytanie o optymalizację takich programów oraz o przeniesienie ich do użytku w codziennej praktyce klinicznej. Opracowanie to przedstawia krótki program informacyjny dla chorych obejmujący tematy: koncepcja choroby, wiadomości o lekach oraz postawy zmniejszające ryzyko nawrotu.

**ZUSAMMENFASSUNG.** Nachdem die Effizienz der verhaltenstherapeutischen Therapieprogramme für schizophrene Patienten weitgehend anerkannt ist, rückt die Fragestellung in der Vordergrund, wie diese Programme optimiert und für den Gebrauch im klinischen Alltag umgesetzt werden können. Der vorliegende Artikel stellt ein Manual für ein Kurzinformationsgruppe zum Krankheitskonzept, dem Wissen um Medikamente und zu einer die Rückfallgefahr mindernden Haltung vor.

**SUMMARY.** The efficacy of behavioral programs for schizophrenic patients has been widely acknowledged. These programs optimization for the use in everyday clinical practice has become the focus of interest now. The present article offers a manual for a standardized educational module covering topics on illness-concept, medication, and relapse prevention measures.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / zapobieganie nawrotom / psychoedukacja

**Schlüsselwörter:** Schizophrenie / Rückfallverbeugung / Psychoedukation

**Key words:** Schizophrenia / relapse prevention / educational group

---

Wbrew początkowemu sceptycyzmowi co do efektywności terapeutycznych interwencji behawioralnych wobec chorych na schizofrenię, liczne badania dowiodły w międzyczasie, że pacjenci schizofreniczni mogą uzyskiwać korzyści z tego rodzaju programów (Brady 1984; Wallace i Liberman 1985, Hogarty i wsp. 1986, Buchkremer i Fiedler 1987). Naczelne pytanie brzmi obecnie - nie tylko w odniesieniu do badań, lecz również w odniesieniu do leczenia - jak można optymalizować takie programy?

Jeden z aspektów obejmuje zagadnienie zapewnienia trwałości efektem tych programów, np. w odniesieniu do podwyższenia kompetencji społecznej, poprawy umiejętności rozwiązywania problemów, bardziej wyważonego stylu komunikacji z bliskimi, rozbudowy siatki społecznej czy poprawy aprobaty wobec stosowania leków. Badania nad atrybucją zwracają uwagę na znaczenia indywidualnego stylu obchodzenia się z tą chorobą (Soskis i Bowers 1969, McGlashan i Carpenter 1981, Linden 1987, Derissen 1989, Leete

1989). Jak mogliby więc pacjenci zintegrować utrzymujące się zagrożenie możliwym nawrotem z indywidualną koncepcją radzenia sobie, by nie zdawać się na bierną uległość, lecz uruchomić wszystkie własne rezerwy (Greenfeld i wsp. 1989, Wiedl i Schöttner 1989 a,b)?

Można też spytać, czy rzeczywiście wszyscy pacjenci mają tak szerokie zapotrzebowanie na terapię jak to, które realizowane jest w wielotygodniowej, intensywnej pracy grupowej. Właśnie dla codziennej praktyki podstawowe znaczenie ma fakt, że zwykle nie jest tu dostępny taki potencjał terapeutów, jaki ośrodki badawcze mogą wyzyskać do rozwoju i oceny nowych programów. Wychodząc z takich założeń, artykuł ten przedstawia krótki program informacyjny dla pacjentów schizofrenicznych, jako przykład programu możliwego do zastosowania w warunkach rutynowej opieki.

## OPIEKA RUTYNOWA

Standardowa terapia chorych na schizofrenię w postępowaniu rutynowym obejmuje: stosowanie leków w sytuacji zaostrzenia, podtrzymujące rozmowy, propozycje społeczności leczniczej i powiązanie z ambulatorium oraz, jeśli są dostępne, z innymi służbami. Niezbędne leczenie neuroleptyczne ma obecnie w tym kontekście miejsce pierwszoplanowe. Zajmuje ono dominującą rolę z konieczności tak długo, jak długo nie zostanie sformułowany explicite całościowy, zorientowany psychospołecznie plan leczenia, w którym stosowanie leków jest wśród innych składnikami niezbędnym, lecz z zasady równorzędnym. Dominacja leków niesie z sobą niebezpieczeństwo, iż zarówno pacjenci jak i personel oddziału będą w przeważającej części pojmować zaburzenie schizofreniczne zgodnie z klasycznymi koncepcjami etiologicznymi jako defekt metaboliczny. Takie koncepcje wyjaśniające prowadzą dalej u pacjentów do głównie pasywnego pojmowania choroby i do gotowości wyboru jako strategii radzenia sobie tylko mniej lub bardziej pogodzonego z losem znoszenia choroby i jej leczenia. Niezbędna w długoterminowym le-

czeniu akceptacja przyjmowanie leków przez chorych, może się w takiej sytuacji opierać wyłącznie na czynniku "zaufania lekarzowi" (Krucko, 1978; Herrman, 1979; Linden, 1987; Linden i wsp. 1988; Stark 1988) Może to być dla wielu pacjentów strategia właściwa, ponieważ odciąża ich od ewentualnego obwiniania, jakoby ponosili odpowiedzialność za przebieg swej choroby. Innym pacjentom jednak właśnie taka koncepcja odbiera możliwość rozwoju odpowiedzialności za siebie i korzystnego ustawienia się w życiu. Także gotowy do zaangażowania się personel oddziału może czuć się w takiej roli niedostatecznie wykorzystany, co może prowadzić do niepewności, poczucia bezradności i ogólnego niezadowolenia wobec pacjentów i własnej roli. Mogłoby to być jedną z przyczyn obserwowanych niekiedy, zwłaszcza w ostrych oddziałach, okresów załamania, przejawiających się spadkiem zgłoszeń pacjentów i wysoką fluktuacją personelu.

## KRÓTKI PROGRAM PSYCHOEDUKACYJNY

Celem proponowanego krótkiego programu psychoedukacyjnego jest dostarczenie pacjentom praktycznej koncepcji wyjaśniającej powstawanie i utrzymywanie się choroby, łatwo zrozumiałej i natychmiast gotowej do zastosowania. Model ten ma otworzyć pacjentom drogę do aktywnego i samodzielnego zmierzania się z czynnikami, które indywidualnie przyczyniają się u nich do wysokiego ryzyka nawrotu. Personel oddziału powinien, wchodząc odpowiednio w rolę, pokierować pacjentami tak, by już w czasie pobytu w oddziale rozpoznać i sprawdzić stosowalność modelu w drobnych, codziennych sytuacjach. U podstaw krótkiego programu psychoedukacyjnego leży zmodyfikowany model uwrażliwienia-obciążenia (Vulnerabilitäts-Belastungsmodell), zbudowany na podejściu sformułowanym pierwotnie przez Zubina i wsp. (1983). Model integruje składniki genetyczno-fizjologiczne i czynniki środowiskowo-społeczne. Przypuszcza się, że istniejące

uwrażliwienie oraz czynniki środowiskowe takie, jak radykalne zmiany w życiu (np. śmierć ważnych osób, małżeństwo, zmiana pracy) lub zewnętrzne obciążenia (np. warunki pracy, izolacja społeczna, klimat rodzinny), jak również niedostateczna umiejętność adekwatnego radzenia sobie z pojawiającymi się problemami, mogą się wzajemnie silnie wzmacniać aż do dekompensacji psychotycznej. Optymalne postępowanie dla uniknięcia nawrotów polegałoby w ujęciu tego modelu zarówno na obniżeniu poziomu uwrażliwienia, m.in. przez odpowiednie leczenie neuroleptyczne, jak również na zwiększaniu kompetencji w obchodzeniu się z czynnikami obciążającymi, np. poprzez sensowne unikanie sytuacji trudnych lub skuteczne ich rozwiązywanie.

Program zawiera też podstawowe informacje o właściwych i niepożądanych działaniach najczęściej używanych leków psychotropowych, jak również wskazówki dotyczące włączenia psychofarmakoterapii w całościowy plan leczenia zmierzające do podwyższenia szerokiej i nośnej akceptacji przyjmowania leków. Na koniec zebrano możliwe wczesne objawy ostrzegawcze, które w powiązaniu z odpowiednimi strategiami radzenia sobie mogą umożliwiać pacjentom samodzielne reagowanie w sytuacjach kryzysowych. Dwie tablice mają za zadanie również wizualne przedstawienie omawianych zagadnień. Podręcznik dla prowadzącego grupę z krótkim programem psychoedukacyjnym przedstawiono w aneksie.

Badanie skuteczności takiego programu przedstawione zostało w innej pracy (Stark, 1992). Program w ogólności dowiódł, iż w zastosowaniu klinicznym jest sensownym punktem wyjścia i koncepcyjną podstawą do dalszych kroków w kierunku postępowania społeczno-psychiatrycznego. Ponadto, okazał się on w klinicznej codzienności praktyczny i pobudzający do odnowienia i dalszego rozwoju koncepcji klinicznych i opiekuńczych. Po stosunkowo niewielkich zmianach, prawdopodobnie możliwe będzie jego przeniesienie do innych instytucji i praktyki.

## PIŚMIENNICTWO

1. Brady JP: Social skills training for psychiatric patients. *Amer. J. Psychiatry* 1984,141,491-498.
2. Buchkremer G, Fiedler PA: Kognitive versus handlungsorientierte Therapie. Ein Vergleich zweier psychotherapeutischer Methoden zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 1987, 58,481-488.
3. Derissen W: Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverlauf bei schizophrenen Psychosen, *Fortschr.Neurol. Psychiatr.* 1989,57,434-439.
4. Greenfield D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M: Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr. Bull.* 1989,15,245-252.
5. Hermann U: Medizinisch-soziologische Analyse der Einflussfaktoren auf "compliance". *Nervenarzt* 1979,50:102-108.
6. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ: Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch.Gen. Psychiatry* 1986,43,633-642.
7. Krucko J: Sozialpsychiatrische Gründe der Nichteinnahme verordneter Medikamente und der Rückfälligkeit bei psychotischen Patienten. *Int. Pharmakopsychiatrie* 1978,13,234-249.
8. Leete E: How I perceive and manage my illness? *Schizophr.Bull.* 1989,15,197-200.
9. Linden M: Negative vs positive Therapieerwartungen und compliance vs non-compliance. *Psychiat.Prax.* 1987,14,132-136.
10. Linden M, Nather J, Wilms HU: Zur Definition und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschr.Neurol. Psychiatr.* 1988,56,35-43.
11. McGlashan TH, Carpenter WT: Does attitude toward psychosis relate to outcome? *Amer.J.Psychiatr.* 1981,138,797-801.
12. Müller P, Günther U: Schizophrenic patients' attitudes toward their former illness. *Psychopathology* 1984,17,217-227.
13. Soskis DA, Bowers MB: The schizophrenic experience. A follow-up study of attitude and posthospital adjustment. *J. Nerv.Ment.Dis* 1969,149,443-449.
14. Stark F-M: Verhaltenstherapie bei schizophrenen Patienten. Ein Training zum adequadem Umgang mit Medikation in der Langzeitbehandlung. W: Burchard JM (Ed.): *Therapiefähigkeit durch psychopharmakologische Behandlung.* Münchner Wissenschaftliche Publikationen, München 1988, s. 132-146.
15. Stark F-M: Strukturierte Information über Vulnerabilität und Belastungsmanagement für schizophrene Patienten. *Verhaltenstherapie* 1992,2,40-47.
16. Wallace CJ, Lieberman RP: Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatr.Res* 1985:15,239-247.
17. Wiedl KH, Schöttner B: Die Bewältigung von Schizophrenie (I): Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. *Z. klin. Psychol.Psychopathol.Psychother.* 1989,37,176-194.

18. Wiedl KH, Schögnötner B: Die Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung (II): Weiterführende Forschungsansätze. *Z. klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.* 1989,37,317-340.
19. Zubin J, Magaziner J, Steinhauer SR: The metamorphosis of schizophrenia. From chronicity to vulnerability. *Psychological Med.* 1983,13,551-571.

*Adres: Dr. F.-Michael Stark, Psychiatrische und Nervenlinik, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20, Niemcy.*

## Aneks.

### GRUPA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW PSYCHOTYCZNYCH

#### Podręcznik dla prowadzącego grupę

Wykorzystanie tego podręcznika zakłada umiejętność prowadzenia grupy psychoedukacyjnej. Tu można jedynie zarysować treściowe składniki, niezbędne do prowadzenia grupy o tej szczególnej tematyce. Do skutecznego poprowadzenia programu prowadzący (prowadząca) grupę powinien mieć doświadczenie w pracy z pacjentami schizofrenicznymi, szczególnie w zakresie odpowiedniego ich wciągania do zajęć oraz wyważania wymagań wobec chorych z wyraźnymi objawami deficytowymi.

#### Pierwsza sesja: OBJAWY PSYCHOZY

**Temat:** co oznacza rozpoznanie psychozy?  
**Treść:**

- przegląd objawów, które pacjenci powinni nazwać swoimi własnymi określeniami,
- funkcjonalność objawów w codziennym życiu

#### Sposób postępowania:

##### 1. Wyliczenie objawów

Aktywne uczestnictwo pacjentów: polecić pacjentom nazwanie przykładowych objawów, napisanie ich na tablicy albo ostatecznie pytać o indywidualne przykłady lub wymienić możliwe objawy i prosić o ich potwierdzenie.

##### 2. Uporządkowanie objawów

*Prowadzący grupę porządkuje wymienione objawy na zaburzenia w zakresie:*

- myślenia
- uczuć
- porozumiewania się z innymi
- organizacji dnia/higieny
- pracy

#### *Podsumowanie:*

Objawy ujawniają się we wszystkich ważnych sferach życia, ich terapeutyczne przepracowanie musi być z tego powodu odpowiednio kompleksowe i szerokie.

#### **Druga sesja: MODEL CHOROBY**

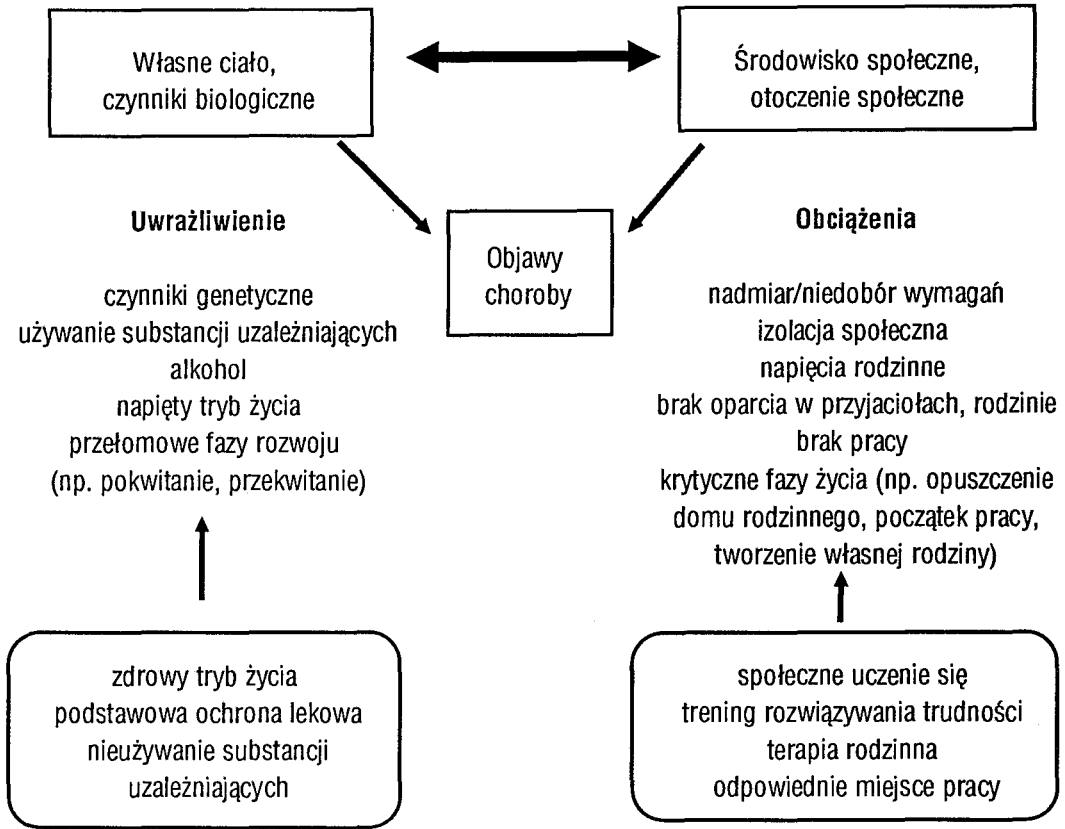
**Temat:** jak można sobie wyjaśnić prawdopodobne przyczyny oraz czynniki podtrzymujące i wyzwalające objawy psychozy?

**Treść:** wyobrażenia sobie modelu uwrażliwienia-obciążenia jako pragmatycznego modelu chorobowego (rys. 1)

#### *Uwagi dla prowadzącego grupę:*

Model ten integruje scala składniki genetyczno-fizjologiczne oraz współdziałające czynniki ze środowiska społecznego. Postuluje się, że istniejące uwrażliwienie (vulnerability) oraz obciążenia (stresory) ze środowiska życiowego wzmacniają się wzajemnie aż do schizofrenicznego wybuchu. Przypuszcza się też, że w warunkach występowania predyspozycji różne obciążenia, jak np.:

1. radykalne zmiany życiowe (śmierć ważnej osoby, małżeństwo, zmiana pracy i podobne do nich tzw "wydarzenia życiowe" (life events),



Rys. 1. Model uwrażliwienia-obciążenia (Empfindlichkeits- Belastungsmodell, vulnerability-stress model).

2. zewnętrzne stresory (warunki pracy, klimat rodzinny, społeczna izolacja),
  3. zbyt słabe lub zatracane w następstwie częstych hospitalizacji umiejętności adekwatnego rozwiązywania pojawiających się problemów,
- prowadzą do powtarzania się epizodów schizofrenicznych.

### Sposób postępowania

1. Wyliczanie przyczyn i okoliczności wyzwalających:
 

Zapytać pacjentów o możliwe przyczyny choroby i okoliczności wyzwalające ją według ich własnego przekonania/ doświadczenia.
2. Uporządkowanie przyczyn i wyzwalających okoliczności:

Na tablicy podzielić wyliczone określenia na czynniki "zewnętrzne" (wypisane po prawej stronie) i "wewnętrzne" (po lewej stronie). Ewentualnie uzupełnić przez ukierunkowane pytania.

Potem nałożyć na to model (rys. 1).

*Uwagi dla prowadzącego grupę:*

Model wylicza możliwe przyczyny choroby lub czynniki wyzwalające nawroty:

- *po lewej stronie:* czynniki cielesne w węższym znaczeniu, jak: odziedziczone uwrażliwienie dla psychoz, używanie substancji uzależniających, lekceważenie zdrowego rytmu życiowego, przełomowe fazy rozwojowe (np. pokwitanie, przekwitanie),
- *po prawej stronie:* czynniki środowiskowe w węższym znaczeniu, jak:

- nadmierne wymagania, w tym np. stres i przeciążenie w miejscu pracy, problemy rodzinne, kłótnie z partnerem życiowym lub innymi ważnymi osobami albo ich utrata, krytyczne fazy życiowe (np. opuszczenie domu rodzinnego, założenie własnej rodziny),
- niedostateczne wymagania, w tym np. izolacja społeczna, brak sensownych zadań, bezrobocie, brak obowiązków domowych

*Wskazówka:* wskazać na wzajemne oddziaływanie i wzmacnianie się pomiędzy prawą a lewą stroną na podstawie przykładów z grupy  
*Podsumowanie*

Przepracować razem z grupą na podstawie indywidualnych przykładów i doświadczeń. Z modelu wynikają dwa podejścia do unikania nawrotów:

1. *lewa strona:*

- ukierunkowane leczenie farmakologiczne,
- odstawienie substancji uzależniających,
- odpowiedni tryb życia (sen, odżywianie się, rytm dnia),
- trening rozluźniania się;

2. *prawa strona:*

- unikanie przeciążeń: rozpoznawanie krytycznych sytuacji w odpowiednim czasie, zatroszczenie się o pomoc lub wsparcie, albo *krótkotrwałe* zejście z drogi, o ile jest to możliwe; *W dłuższej perspektywie czasowej* należy dążyć do:
- bardziej kompetentnego radzenia sobie: podwyższenie umiejętności aktywnego i skutecznego rozwiązywania sytuacji problemowych (trening rozwiązywania trudności, odgrywanie ról, grupa rodzinna, rehabilitacja pracą);
- eliminowanie niedostatecznych wymagań: znaleźć sensowne zajęcie (np. chronione miejsce pracy), kontakty z innymi ludźmi (grupy samopomocowe, kluby pacjentów itp.).

*Cel dalekosiężny:* tak ustabilizować pacjentów, by mogli w przyszłości wcześniej lub w ogóle rozpoznać obciążające zdarzenia i potem sami sobie adekwatnie w takich krytycznych sytuacjach pomóc.

## Trzecia sesja:

### LEKI

**Temat:** czy potrzebuję leków i jak one działają?

**Treść:** przegląd dostępnych środków psychofarmakologicznych, profil ich działania i znane działania niepożądane, umiejscowienie leczenia lekami w całości koncepcji, nazwanie czynników, które ułatwiają lub ograniczają zgodę na przyjmowanie leków.

### Sposób postępowania

1. *Podać odpowiednie informacje o pożądanym i niepożądanym działaniu popularnych leków.*

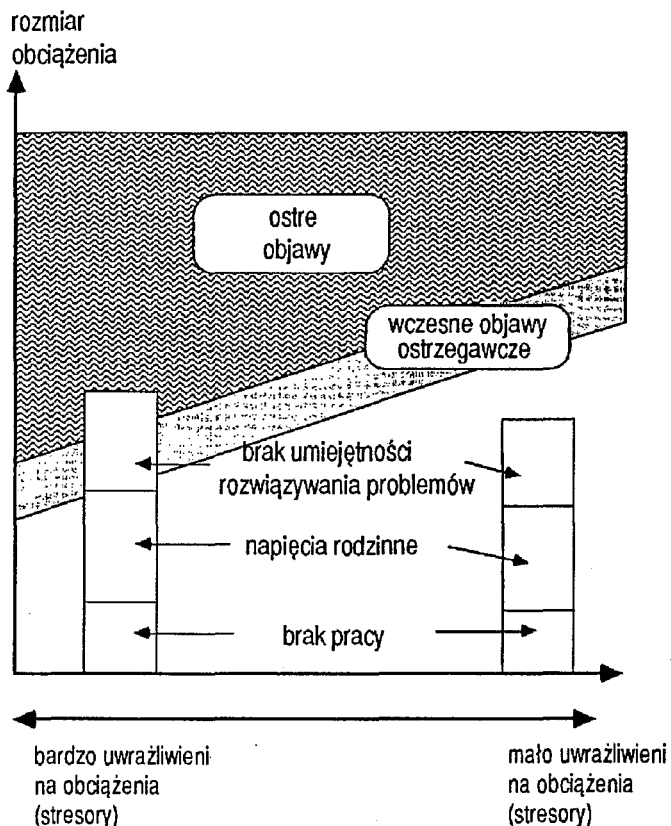
Wyliczenie znanych leków:

- polecić wskazanie działań i działań ubocznych,
- podzielić leki na odpowiednie grupy (silne i słabe - neuroleptyki, leki antydepresyjne, anksjolityczne, równoważące nastrój), wyjaśnić nazwy firmowe i rodzajowe, np. te same leki pod różnymi nazwami firmowymi,
- wskazać na różne spektrum działania w zależności od dawkowania,
- wyliczyć "leki korygujące" wobec poszczególnych objawów,
- ostrzec przed interakcjami z "codziennymi substancjami uzależniającymi", jak kofeina, nikotyna, lecz również alkohol.

2. *Wyjaśnić rolę leków w całej koncepcji choroby i jej leczenia*

*Podejście.* Obszerne naświetlenie poszczególnych preparatów, ich pożądaných i niepożądanych działaniach, wyjaśnienie roli i znaczenia leków jako kluczowego elementu w całej koncepcji leczenia, zmniejszającego "uwrażliwienie na psychozę" w modelu uwrażliwienia-obciążenia (lewa strona)

*Wskazówka.* Z punktu widzenia teorii uczenia się należy przede wszystkim zwrócić uwagę na przeciwstawność krótko- i długo-terminowych następstw stosowania leków neuroleptycznych. Częściowo nieprzyjemnych działań ubocznych pacjenci doświadczają bardzo bez-



Rys. 2. Model radzenia sobie (Handlungsmodell, coping model)

pośrednio, podczas gdy ochronne działanie długotrwałej terapii rzadko jest doświadczane w podobnie bezpośredni sposób. Jest ono raczej sprawą poznawczej zdolności możliwości przewidywania. Przekazanie informacji na temat sposobu działania leków jest z tego powodu nieodzowne, a informacje nie mogą się ograniczać jedynie do wymienienia nazw preparatów i zasad przyjmowania.

**3. Zgoda na przyjmowanie leków (compliance)**  
Opisać czynniki wpływające na zgodę i omówić na przykładach.

**Orientacyjne punkty dla prowadzącego grupę:**  
– postawa wobec farmakoterapii, wcześniejsze doświadczenia, oczekiwania,

- subiektywne niezadowolenie z powodu działań/ działań niepożądanych,
- wpływy społeczne, np. odrzucenie przez rodzinę, przyjaciół,
- trudności pogodzenia z warunkami miejsca pracy, np. naciskiem społecznym, zakłócającymi objawami działania, zakłóceniami przyjmowania leków z powodu zmiennego rytmu pracy,
- uwarunkowania społeczno-kulturowe,
- obiektywny profil działania, np. niewłaściwy lek, problemy reakcji na lek/ metabolizmu, obiektywne działania uboczne,
- kontekst przepisywania, np. stosunek lekarz-pacjent, środowisko oddziału, stosowanie leku jako rodzaju kary

*Cel dalekosiężny:* przygotowanie pacjentów do adekwatnej współpracy we własnym leczeniu farmakologicznym, do zapewnienia możliwości odpowiedniego do potrzeb stosowania leków w każdej fazie przebiegu choroby.

#### **Czwarta sesja: ZAPOBIEGANIE**

**Temat:** jak mogę aktywnie wpływać na przebieg choroby?

**Treść:** przedstawienie modelu radzenia sobie (rys.2)

#### **Sposób postępowania**

1. *Narysować model radzenia sobie* (najpierw bez strefy zwiastunów i tylko z lewym słupkiem)

Polecić pacjentom wyliczenie przykładów. Wskazać na kumulacyjny efekt wielu drobnych obciążeń, z których każdy pojedynczo jest do przezwyciężenia. W ogólnych zarysach przedstawić, jak można czubek słupka wycofać ze strefy zagrożenia.

*Uwagi dla prowadzącego grupę:*

Przy pomocy rysunku "model radzenia sobie" należy przystępnie przedstawić wzajemne stosunki między stosowaniem leków a interwencjami psychoterapeutycznymi. Sposób działania leków neuroleptycznych można określić w ramach modelu jako ochronny, zmniejszający uwrażliwienie pacjentów wobec obciążeń. Na rysunku zaznacza się to w postaci przesunięcia w prawo na osi x. Dzięki przyjmowaniu leków lub ogólnej stabilizacji somatycznej osoba staje się mniej wrażliwa. Nawet przy niezmiennym obciążeniu (wysokość słupka) przesuwa się ono poza "strefę zagrożenia" (pole zakreskowane).

Jednocześnie, przepracowanie terapeutyczne szczególnych grup problemów może zmniejszyć obciążenia i tym samym zwiększyć bezpieczny odstęp od indywidualnej granicy dekompensacji (na rysunku obciążenia przedstawiono jako słupek).

Można uwidocznic jasno dwojaką strategię:

1. leki i "zdrowe zachowania" mogą spowodować przesunięcie do strefy mniejszego uwrażliwienia,
2. Terapia, uczenie się rozwiązywania problemów, wspierający styl opieki w rodzinie, wspierające sieć społeczna, zadowalająca sytuacja zawodowa mogą powodować zmniejszenie obciążeń.

*Podsumowanie.* "Odstęp bezpieczeństwa" do indywidualnej strefy progowej, w której mogą wystąpić ostre objawy chorobowe, powiększa się.

2. *Wyodrębnienie wczesnych objawów ostrzegawczych*

Przy aktywnym uczestnictwie pacjentów, polecić nazwanie indywidualnych wczesnych objawów ostrzegawczych (objawów zwiastunowych). Wrysować obszar wczesnych objawów ostrzegawczych do modelu.

*Uwagi dla prowadzącego grupę:*

Model radzenia sobie unaocznia znaczenie indywidualnych wczesnych objawów ostrzegawczych zagrażającej dekompensacji, które każdy pacjent może wskazać po dokładnej analizie. Objawy te należy traktować jako sygnały ostrzegawcze, wymagające wprowadzenia odpowiednich strategii radzenia sobie, np. podwyższenia dawki leków lub wycofania się z przeciążającej sytuacji.

3. *Rozwijanie alternatywnych sposobów radzenia sobie*

Polecić nazwanie, na podstawie indywidualnych przykładów, możliwości radzenia sobie w sytuacji wystąpienia wczesnych objawów ostrzegawczych lub możliwości przewidzenia nadchodzących obciążeń.

Każdy pacjent powinien na zakończenie zestawić *swoją własną* listę wczesnych objawów ostrzegawczych oraz alternatywnych sposobów radzenia sobie.

(tłum. Jacek Wciórka)