

Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1129–1138

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/38934>

Rodzina wobec schizofrenii – grupa psychoedukacyjna w programie pilotażowym

Family and schizophrenia – psychoeducational group in a pilot programme

Wojciech Kordas¹, Katarzyna Kokodyńska², Agnieszka Kurtyka³,
Iwona Sikorska⁴, Krzysztof Walczewski^{1,5}, Józef Bogacz⁶

¹ Zespół Gabinetów Specjalistycznych Proximed w Krakowie

² Centrum Psychologiczno-Terapeutyczne Scanmed Multimedis S.A. w Krakowie

³ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PSYCHE-med w Krakowie

⁴ Instytut Psychologii Stosowanej UJ

⁵ Szpital Specjalistyczny im. dra J. Babińskiego w Krakowie

⁶ Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego UJ CM w Krakowie

Summary

Aim. The paper aims to present the programme, the outcomes and the conclusions of a psychoeducational training series for families with schizophrenia carried out by the Babiński Specialist Hospital in Kraków, Poland. The paper sets out to describe an explorative project based on qualitative study methods. The programme described in the paper adheres to the systemic and narrative approach to therapy.

Methods. The project involved 23 people from 16 families, who attended 14 psychoeducational meetings for 4 months. A variety of methods was applied: lectures, case studies, discussion, interactive workshops, psycho-drawing, multimedia presentations, simulations of crisis situations, training in subgroups.

Results. Upon the completion of the programme, no significant increase in the participants' theoretical knowledge on schizophrenia was observed, which in turn concurred with a decrease in the subjective sense of strain in the family. Even though only 11% of the participants initially expected emotional support from the group, 60% of them identified support as the most important benefit from the programme.

Conclusions. The systemic narrative approach used in the programme has been accepted and assessed well by families of patients with schizophrenia. It seems to provide an effective alternative to traditional psychotherapy. The combination of effective training tools with activities to create a space for participants to exchange their thoughts and experiences has proved to be an effective form of support to families in adversity.

Słowa kluczowe: schizofrenia, rodzina, edukacja zdrowotna

Key words: schizophrenia, family, health education

Wstęp

W multimodalnym podejściu do pacjenta ze schizofrenią oprócz farmakoterapii, psychoterapii, terapii zajęciowej oraz treningu funkcjonowania poznawczego ważne miejsce zajmuje też psychoedukacja [1–3]. Rodzina jako sojusznik zespołu leczącego w walce z chorobą zyskuje dzięki psychoedukacji odbarczenie z poczucia winy, naukę postępowania z chorobą członka rodziny, trening rozwiązywania problemów oraz pomoc w kryzysie [4, 5]. Szczególnie obniżenie negatywnych emocji w rodzinie, czasem transformowanych w np. nadmierną opiekuńczość wobec chorego, wydaje się priorytetowym zadaniem. Psychoedukacja jako propozycja terapeutyczna opiera się na założeniu, że rodzina może stać się ważnym partnerem w procesie rehabilitacji oraz prewencji nawrotów, będąc wsparciem dla pacjenta [6, 7]. W latach 70. ubiegłego wieku badacze opisujący rolę środowiska rodzinnego zauważyli, że natężenie ujawnianych przez bliskich krewnych chorego uczuć (wskaźnik UU) ma znaczący wpływ na długość remisji. Chorzy, których rodziny charakteryzowały się niższym wskaźnikiem ujawnianych uczuć, zarówno tych negatywnych (wrogość, krytycyzm, emocjonalne nadużywanie), jak i tych pozytywnych (ciepło, pozytywne uwagi), mieli mniej nawrotów. Badania kliniczne potwierdzają, że chorzy żyjący w rodzinach o wysokim wskaźniku UU mają ponaddwukrotnie podwyższone współczynniki nawrotowości schizofrenii [8]. Koncepcja psychoedukacji wydaje się naturalnym rozwinięciem tego konstruktów. Dostarczenie wiedzy oraz umiejętności, aby zachować zdolność do myślenia w sytuacji kryzysowej, ma zapobiec nadmiernej dominacji przeżyć [9]. Jak donoszą wyniki badań, psychoedukacja rodziny redukuje jej obciążenie emocjonalne nawet o jedną trzecią [10]. Spadek tego obciążenia u bliskich może przyczyniać się do obniżenia poziomu ujawnianych uczuć w rodzinie, co z kolei może zmniejszać zarówno ilość nawrotów chorobowych, jak i ich intensywność.

Postępowanie psychoedukacyjne wobec rodziny dostosowane jest do etapu choroby. W fazie ostrej polecane jest głównie odbarczenie emocjonalne i dostarczanie wiedzy o chorobie. W fazie powracania do zdrowia rodzina powinna otrzymywać wskazówki co do minimalizowania ewentualnych nawrotów choroby u osoby bliskiej. Z kolei w fazie stabilizacji zastosowanie mają wszystkie wymienione już poprzednio działania [5]. Istotnymi zaleceniami dla efektywnej psychoedukacji członków rodziny pacjenta chorującego na schizofrenię jest zasada partnerstwa, regularności spotkań, skupienia się na najważniejszych problemach pacjenta oraz repetycji wiadomości i utrwalanie ich poprzez zadania domowe [6, 7]. Znaczenie stosowania psychoedukacji wobec rodziny pacjenta chorującego na schizofrenię dotyczy wyposażenia jej w cenne kompetencje poznawcze i umiejętności działania związane z chorobą.

Psychoedukacja została po raz pierwszy opisana przez Carol M. Anderson w latach 80. XX wieku jako behawioralne oddziaływanie terapeutyczne mające na celu poinformowanie pacjenta o jego chorobie, trening komunikacji, trening rozwiązywania problemów oraz trening asertywności [11]. Pozytywny, leczący wpływ psychoedukacji

wykazano w psychiatrii również wobec pacjentów cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową [12], pacjentów sądowych [13] czy weteranów wojennych z objawami PTSD [14].

Badania nad efektywnością oddziaływań leczących w postaci psychoedukacji wobec pacjentów ze schizofrenią prowadzone w paradygmacie ilościowym wykazały znaczące zmniejszenie ilości nawrotów choroby i hospitalizacji [15], lepsze funkcjonowanie społeczne pacjentów i ich większe zadowolenie ze służby zdrowia [16], zwiększenie wiedzy i wglądu w chorobę oraz poprawę samooceny [13, 17]. Z kolei wyniki badań prowadzonych w paradygmacie normatywnym nad efektywnością rodzinnych grup psychoedukacyjnych wykazały ich istotny wpływ na zmniejszenie obciążenia rodzin pacjentów (burden) [10], wzrost ich poczucia sprawstwa (self-efficacy) [18], zmniejszenie ilości nawrotów choroby u pacjenta po pierwszym epizodzie choroby [19]. Psychoedukacja rodzin w podejściu interpretatywnym badana była pod kątem wzrostu wiedzy rodziny o chorobie bliskiego, nabywania strategii wspierania go, redukcji stresu w jego otoczeniu oraz budowania wsparcia społecznego [7, 10]. Bez względu na formę psychoedukacji dla rodzin wydaje się, że jednym z najważniejszych jej efektów jest obniżenie obciążenia emocjonalnego chorobą, a poprzez to spadek poziomu ekspresji emocji w rodzinie, co przekłada się na spadek ryzyka nawrotu.

Efektywność różnych modeli oddziaływań psychoedukacyjnych była testowana w wielu projektach. Oto niektóre z nich: behawioralne zarządzanie w rodzinie (Behavioral Family Management) [20], model psychoedukacji rodzinnej (Family Psychoeducation) [21], grupy dla krewnych (Relatives Groups) [22], grupy wielorodzinne (Psychoeducational Multi-Family Groups) [15, 23]. Projekty polskie dokonujące ewaluacji programów psychoedukacyjnych obejmowały leczący wpływ informacji podawanych rodzinom chorych w różnoraki sposób. W ewaluacji dokonanej przez Górną i wsp. [7] rodziny pacjentów podkreślały znaczenie psychoedukacji nie tylko w zakresie poszerzenia wiedzy na temat choroby, ale też doceniały nabycie nowych umiejętności w kontakcie z chorym oraz nawiązanie nowych kontaktów z rodzinami w podobnej sytuacji. Znaczącą korzyścią było też według wielu uczestników uzyskanie większego spokoju wewnętrznego, wyciszenie się, znalezienie dystansu i optymizmu. Wyniki badań nad efektywnością psychoedukacji połączonej z farmakoterapią pokazują, iż takie połączenie zwiększa szansę na wydłużenie remisji. Popławska i wsp. stwierdzili istotnie niższy wskaźnik nawrotów schizofrenii w ciągu 12 miesięcy w grupie, której oferta lecznicza obejmowała obie wymienione formy, w porównaniu z grupą leczoną jedynie farmakologicznie [3].

Cel

Celem artykułu jest prezentacja przebiegu, wyników i wniosków z przeprowadzonego cyklu zajęć psychoedukacyjnych dla rodzin osób chorych na schizofrenię, leczących się w Szpitalu Specjalistycznym im. dra J. Babińskiego w Krakowie. Projekt wywodzi się z jakościowego podejścia badawczego i ma charakter eksploracyjny. Proces zmian opierał się w programie na dwóch aspektach. Pierwszym było przywrócenie naturalnych ról w rodzinie i zwolnienie rodziny z roli osób współleczących wobec

chorego, nadmiernie obarczającej emocjonalnie i czasami kolidującej z rolą faktycznego zespołu leczącego [24]. Drugim procesem była praca nad eksternalizacją problemu [25]. Polegała ona na stopniowym odróżnianiu objawów choroby od tożsamości chorego, a w dalszej kolejności odróżnianiu problemów wynikających z choroby od problemów nią niespowodowanych, o innej genezie. Pozwalało to wytyczyć obszary zdrowego funkcjonowania chorego oraz obszary funkcjonowania zaburzonego psychozą. Uwzględnienie narracyjnego nurtu terapii systemowej wiązało się z pracą nad historią rodziny, a nie tylko tożsamością jednego z jej członków [4].

Program skierowany był do osób zdrowych, będących w kryzysie w związku z chorobą w rodzinie, potrzebujących wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i instrumentalnego. Celem było uzyskanie u jego uczestników jak najlepszego rozumienia problematyki schizofrenii oraz odbarczenie emocjonalne, a w dalszej perspektywie obniżenie wskaźnika ujawnianych uczuć w rodzinie. Cele te wpłynęły na kształt programu psychoedukacyjnego, dobór instrumentów, strukturę spotkań. Przygotowane materiały miały stać się inspiracją do pracy nad własnymi historiami, a nie jedynie przekazywać literalnie wiedzę psychiatryczną. Taka organizacja procesu psychoedukacyjnego miała na celu umożliwienie włączenia elementów wiedzy o chorobie w osobistą mapę rzeczywistości uczestników zajęć [26].

Material

Grupa badana

W programie wzięły udział 23 osoby z 16 rodzin, w tym 18 kobiet i 5 mężczyzn. W znacznej większości byli to rodzice osób chorujących, w dwóch przypadkach również rodzeństwo. Średni wiek osób biorących udział w programie to 48 lat (wiek wahał się od 26 do 65 lat). 70% osób miało wykształcenie średnie lub wyższe.

Osoby chorujące na schizofrenię to 15 mężczyzn i jedna kobieta, w wieku od 19 do 38 lat (średnia wieku to 24 lata). Większość pacjentów, tj. 14 osób, miało wykształcenie średnie (niektórzy studiowali lub zrezygnowali ze studiów), dwie osoby miały wykształcenie zawodowe. Średni okres historii choroby psychicznej w rodzinie wynosił 4–5 lat, a leczenia ok. 3–4 lat. Wszystkie osoby chorujące miały za sobą hospitalizacje psychiatryczne (najczęściej dwie lub trzy) i aktualnie leczyły się w trybie ambulatoryjnym, pozostając w stanie jedynie częściowej remisji objawów chorobowych.

Metoda

Program psychoedukacji

Program składał się z 14 półtoragodzinnych spotkań rozłożonych w ciągu ok. czterech miesięcy. Pełen cykl ukończyło osiem rodzin (13 osób).

Przyjęcia do grupy poprzedzone były spotkaniami kwalifikacyjnymi, na których zbierano informacje na temat choroby w rodzinie, wpływu choroby na funkcjonowanie rodziny, głównych problemów i potrzeb związanych z faktem choroby. Badano

również oczekiwania uczestników wobec grupy oraz motywację. Głównym kryterium przyjęcia było zapotrzebowanie rodziny na tego typu spotkania, kryterium dodatkowym była motywacja.

Zadaniami programu były obniżenie poziomu stresu i obciążenia w badanych rodzinach poprzez dostarczanie wiedzy o chorobie, wspieranie procesów komunikacji, udzielanie wsparcia oraz przywracanie rodzinie właściwej struktury, gdzie choroba nie jest już głównym czynnikiem organizującym tożsamość rodziny i jej funkcjonowanie.

Zastosowane metody i techniki edukacyjne to wykład, studium przypadku, mapa myśli, psychorysunek. Praca z opisami przypadków (case study) dawała przestrzeń do głębszej analizy różnych zjawisk w funkcjonowaniu chorego i jego rodziny wynikających z choroby, umożliwiając tym samym lepsze rozumienie poznawcze i emocjonalne podobnych procesów toczących się we własnej rodzinie. Metoda ta jednocześnie nie naruszała intymności osobistych doświadczeń i przeżyć uczestników, pozwalając im identyfikować się z opisanymi sytuacjami jedynie w takim stopniu, w jakim sami chcieli, czując się przy tym bezpiecznie i komfortowo.

Badanych często zachęcano do pracy własnej, do odniesienia się do własnego kontekstu rodzinnego. Na przykład rysując Mapę Swojego Świata [27] (psychorysunek), badani mogli przyglądać się swojej sieci wsparcia społecznego (wykorzystywanego i potencjalnego), co uruchomiło wiele refleksji na temat izolacji społecznej osób chorujących i ich rodzin, ale również odkryło wiele realnych możliwości zapobiegania temu procesowi we własnym środowisku społecznym. Badani sporządzali również własny „Plan Kryzysowy” w formie pisemnej, na wypadek nawrotu choroby u osoby bliskiej, co również stało się przyczynkiem do przeanalizowania wielu realnych, dostępnych możliwości pomocy.

Ważne było również zaproszenie gości z zewnątrz. Specjalista psychiatra mógł fachowo odpowiedzieć na pytania rodzin związane z praktyczną stroną farmakoterapii psychoz. Padało również wiele pytań dotyczących zagadnień prawno-medyczno-finansowych, co wskazywało na wyraźną potrzebę zorganizowania spotkania z pracownikiem socjalnym.

Metody ewaluacji

Program ewaluowano w paradygmacie jakościowym na podstawie analizy dynamiki procesu grupowego oraz w paradygmacie ilościowym na podstawie wyników ankiet wypełnianych przez uczestników dwukrotnie: na początku projektu oraz na zakończenie cyklu spotkań. Ankiety zostały stworzone przez autorów specjalnie na potrzeby programu. Dotyczyły trzech obszarów:

- potrzeb i oczekiwań uczestników wobec programu vs poziomu ich spełnienia (16 pytań otwartych i 16 pytań zamkniętych),
- podstawowej wiedzy uczestników na temat schizofrenii i jej leczenia (35 pytań zamkniętych typu „prawda/fałsz”),
- subiektywnie odczuwanego stresu i obciążenia związanego z chorobą członka rodziny (28 pytań zamkniętych weryfikujących, czy dany objaw występował

u chorego w ostatnim czasie, a jeśli tak – na ile było to obciążające psychicznie dla badanych).

W związku z niską liczebnością grupy w analizie ilościowej wyników zastosowano jedynie najbardziej podstawowe metody statystyczne (średnie, rozkłady procentowe).

Wyniki

Ocena efektywności pracy grupy na podstawie dynamiki procesu psychoterapeutycznego

Prowadzony przez zespół cykl spotkań psychoedukacyjnych można podzielić na trzy etapy, które prowadziły do zawiązania się grupy i jej rozwoju.

Pierwszy etap dotyczył zebrania indywidualnych historii uczestników oraz okoliczności pojawienia się choroby w rodzinie, a także oczekiwań i potrzeb związanych z uczestnictwem w grupie. Omówiono aktualny stan wiedzy uczestników o chorobie, jej genezie, wizję własnej roli oraz przyszłości. Okazało się, że wszyscy uzależniają swoją przyszłość i swój rozwój (m.in. powrót do pracy, przejście na emeryturę) od wyzdrowienia chorującego dziecka, od jego zażywania leków, pójścia do pracy, założenia rodziny itp.

Kolejnym etapem były zajęcia dotyczące budowania wiedzy o chorobie z perspektywy klinicznej. Moduł ten, złożony z czterech kolejnych zajęć, miał po części charakter wykładowy, a po części oparty był na pracy na studiach przypadków i swobodnej dyskusji. Omówiono m.in. różne koncepcje powstawania choroby i jej przyczyn w kontekście rodzinnym (od Friedy Fromm-Reichmann [12] aż do współczesnych koncepcji systemowych Szkoły Mediolańskiej) oraz wskaźnika ujawnianych uczuć. Wpłynęło to stymulująco na klimat emocjonalny w grupie i uruchomiło pokłady tłumionych uczuć, głównie poczucia winy i złości.

Trzeci etap, charakteryzujący się wyraźną konsolidacją grupy, koncentrował się na poznawaniu indywidualnego przeżywania choroby oraz badaniu sposobu radzenia sobie systemu rodzinnego z chorobą. Przełomowe okazały się zajęcia dotyczące tworzenia planów kryzysowych oraz wykluczenia społecznego. Każda z osób otrzymała schemat planu kryzysowego, składający się z siedmiu punktów: 1) osoby, z którymi mogą się skontaktować w kryzysowej sytuacji, 2) objawy, które świadczą o nawrocie choroby, 3) zachowania chorującego, które są oznaką dobrego samopoczucia, 4) co pomaga chorującemu, 5) co mu nie pomaga i jest źródłem dodatkowego stresu, 6) co jest pomocne dla mnie i 7) co nie jest dla mnie pomocne. Prawie wszyscy uczestnicy jako osobę kontaktową w sytuacji kryzysu wpisali lekarza psychiatrę lub psychologa. Jednak większość grupy miała dużą trudność w wyłonieniu osoby zaufanej i mogącej wówczas służyć pomocą (nawet zwykłą rozmową), niezwiązanej ze służbą zdrowia. W zadaniu polegającym na narysowaniu sieci wsparcia zarówno chorującego, jak i swojej ujawniło się, że członkowie rodziny w porównaniu z osobami chorującymi mają o wiele mniej osób i instytucji służących im pomocą, ale także to, że często sami rezygnują z takiej sieci, ograniczając się jedynie do osób związanych ze służbą zdrowia lub osób, które mogą bardziej pomóc chorującemu.

Przyczynami tego, jak wskazali uczestnicy, są brak zaufania i lęk przed poszerzeniem kręgu osób wiedzących o chorobie w rodzinie, co związane jest z poczuciem wstydu oraz lękiem przed ostracyzmem społecznym. Tutaj także zauważono, że łatwiej było przybierać perspektywę chorującego kosztem swojej. Zadania te oraz wspólne ich analizowanie pozwoliły uczestnikom dojść do wniosku, że nie tylko jest im trudno myśleć o sobie jako o kimś, kto sam potrzebuje wsparcia, ale również, że role, jakie sobie przypisują, to role zespołu leczącego.

Ocena efektywności pracy grupy na podstawie badań ankietowych

Podsumowania uzyskanych wyników dokonano, biorąc pod uwagę cele, jakie stawiane są przed psychoedukacyjną grupą dla rodzin pacjentów ze schizofrenią [28].

Cele bezpośrednie

- Nabywanie wiedzy i kompetencji przez członków rodziny w celu jak najlepszego sprawowania opieki nad chorym

Wszyscy badani oceniali, że udział w grupie pomógł im oraz ich bliskim przede wszystkim w „rozumieniu choroby”. Wyjściowo większość uczestników (81%) uważała swoją wiedzę na temat choroby za powierzchowną i niewystarczającą. Natomiast porównanie wyników ankiet badających merytoryczną wiedzę na temat choroby ujawniło, że uczestnicy rzeczywiście przyswoili większą wiedzę na temat choroby, jednak nie w stopniu zakładanym przez prowadzących (procent prawidłowych odpowiedzi wzrósł z 45% w preteście do 46% w postteście). Należy jednak pamiętać, że testy weryfikowały jedynie wiedzę teoretyczną, natomiast znaczna część zajęć skoncentrowana była na przekazaniu wiedzy mającej praktyczne zastosowanie. Być może zastosowana metoda weryfikacji zmian nie była w pełni adekwatna do przedmiotu badania.

- Poprawa komunikacji

Uczestnicy w 80% ocenili pozytywnie zakres zaproponowanych tematów oraz częstotliwość spotkań. Wielu (80%) podkreślało także znaczenie wymiany doświadczeń z innymi rodzinami osób chorujących oraz wartość mówienia na głos o tym, co dotychczas często było ukrywane w domowym zaciszu.

- Budowa sieci oparcia społecznego i aktywizacji członków rodziny w celu zmniejszenia takich cech jak stygmatyzacja i izolacja społeczna

Pierwotnie wszyscy badani czuli się wyizolowani i osamotnieni w swoim problemie, nikt nie znał żadnej innej rodziny dotkniętej chorobą psychiczną. Jednak tylko nieliczni (11%) deklarowali wstępnie, że oczekiwaliby wsparcia. Jednocześnie 60% uczestników za najważniejszy profit wyniesiony ze spotkań uznało właśnie wsparcie. Wydaje się zatem, że słuszna była postawiona wcześniej teza, że rodziny osób chorujących nie mają świadomości tego, że należy im się wsparcie i że mogą je uzyskać.

- Zmniejszenie poczucia obciążenia chorobą

Odnotowano wyraźny spadek subiektywnie odczuwanego poczucia obciążenia chorobą w rodzinie. Ilość objawów u chorych kategoryzowanych przez uczestników jako „bardzo obciążające” dla nich zmniejszyła się z 32% w preteście do 16% w postteście.

Cele pośrednie

Cele pośrednie, takie jak zmniejszenie nasilenia ujawnianych uczuć w rodzinie, spadek ryzyka nawrotów choroby, zwiększenie kompetencji życiowych i umiejętności radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą członka rodziny oraz poprawa skuteczności rehabilitacji pacjenta, zostały zrealizowane w stopniu zauważalnym przez zespół leczący (szacuje się tak na podstawie informacji zwrotnych od uczestników w kolejnych miesiącach po zakończeniu programu).

Grupa psychoedukacyjna a struktura szpitala psychiatrycznego

Franco de Massi, opisując proces psychotyczny, mówi o jego niszczącym charakterze, który jest „jak matrix, który więzi pacjenta w swoim koszmarze”, anihiluje jego więzi z innymi [29, str. 32]. Odpowiedzią na więzienie owego psychotycznego „matrixu” może być leczący „anty-matrix”. Struktura szpitala powinna koncentrować się nie tylko na pacjencie i jego objawach, ale też na znacznie szerszym kontekście społecznym, socjalnym i egzystencjalnym. Terapeutyczny wpływ mają bowiem nie tylko oddziaływania bezpośrednie leczące (medyczne, psychologiczne itd.), ale i informowanie, edukacja [30], promocja bezpośredniego stylu rozmów z chorym w jego rodzinie i tworzenie szerszej sieci wsparcia, które pozwalają rekonstruować anihilowane więzi społeczne. W proponowanej przez nasz zespół formie psychoedukacji rodzina otrzymuje dużą przestrzeń do wyrażania własnych przekonań, obaw i emocji. Ponieważ izolacja i stygmatyzacja społeczna dotyczą zarówno pacjenta, jak i jego rodziny, pomoc w tym zakresie powinna być też do niej adresowana.

Podstawowe efekty projektu

- Członkowie rodzin nauczyli się w sposób otwarty rozmawiać o chorobie i problemach związanych z jej przeżywaniem.
- Uczestnicy występowali w roli osób sięgających po pomoc, ale również udzielających jej.
- Uczestnicy reflektowali własne wizje opieki nad chorym członkiem rodziny, często zmieniając je na bardziej adaptacyjne.
- Członkowie rodzin uzyskali większy dystans emocjonalny wobec problemów związanych z chorobą, wzrastało ich poczucie sprawstwa i zadaniowe nastawienie wobec trudności, spadało poczucie obciążenia emocjonalnego.

Zaproponowany sposób prowadzenia edukacyjnych spotkań dla rodzin okazał się dobrą alternatywą dla „tradycyjnej” psychoedukacji. Zastosowanie sprawdzonych metod szkoleniowych oraz przestrzeń dla wymiany myśli i doświadczeń sprawdziły się jako dobra forma pomocy rodzinie w kryzysie.

Program pt. „Rodzina w opresji – psychoedukacja rodzin osób niepełnosprawnych chorujących psychicznie” został zrealizowany pod egidą Fundacji Pomocy Chorym Psychicznie im. T. Deca w Krakowie, a sfinansowany został ze środków PFRON Oddział Małopolska w ramach modułu B programu pt. „Partner III – wsparcie projektów realizowanych na rzecz osób niepełnosprawnych przez organizacje pozarządowe”.

Piśmiennictwo

1. Różyczka W, Czernek A, Wojtas K. *Wybrane modele psychoedukacji rodziny i pacjentów chorych na schizofrenię*. Zdr. Publ. 2008; 118(2): 226–231.
2. Juchnowicz D, Zdanowicz E, Mantur M. *Rola psychoedukacji w leczeniu schizofrenii*. Bad. Schizofr. 2007; 8: 62–74.
3. Popławska R, Konarzewska B, Tomczak AA, Juchnowicz D. *Psychoedukacja rodzin w terapii schizofrenii*. Ann. UMCS Sect. D. 2005; 60(supl. 16): 388–390.
4. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
5. de Barbaro B. red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
6. Meder J. *Schizofrenia – leczenie i rehabilitacja*. Przew. Lek. 2004; 5: 52–59.
7. Górna J, Jaracz K, Suwalska A, Jaracz J. *Psychoedukacja w schizofrenii a relacja terapeutyczna*. Bad. Schizofr. 2009; 10: 96–100.
8. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. *Expressed emotion in schizophrenia: an overview*. Indian J. Psychol. Med. 2012; 34(1): 12–20.
9. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Cichocki Ł, Kalisz A, Rostworowska M. *Wskaźnik ekspresji emocji (EE) jako rodzinny predyktor przebiegu schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(2): 173–184.
10. Fallahi KM, Sheikona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. *The effects of group psychoeducational programs on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2014; 21(5): 438–446.
11. De Sousa A, Kurvey A, Sonavane S. *Family psychoeducation for schizophrenia: a clinical review*. J. Marital Fam. Ther. 2003; 29(2): 223–245.
12. Mączka G, Grabski B, Gierowski JK, Dudek D. *Psychoedukacja grupowa w kompleksowym leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej – doświadczenia krakowskie*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 89–100.
13. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Ryyanen OP, Miettinen R, Raty H. *Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial*. Crim. Behav. Ment. Health 2011; 21: 163–176.
14. Fischer EP, Sherman MD, Han X, Owen R Jr. *Outcomes of participation in the REACH multi-family program for veterans with PTSD and their families*. Prof. Psychol. Res. Pr. 2013; 44(3): 127–134.

15. Jewell TC, Downing D, McFarlane WR. *Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia*. J. Clin. Psychol. 2009; 65(8): 868–878.
16. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. *Psychoeducation for schizophrenia*. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; 6: CD002831.
17. Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K. *Uczestnictwo w psychoedukacji osób chorych na schizofrenię – analiza zajęć z perspektywy pacjentów*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 693–704.
18. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. *Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy*. Schizophr. Bull. 1996; 22(1): 44–50.
19. Breitborde NJ, Moreno FA, Mai-Dixon N, Peterson R, Durst L, Bernstein B. i wsp. *Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry 2011; 11: 9–15.
20. Mueser KT, Glynn SM. *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.
21. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ. *Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II: Two year effects of a controlled study on relapse and adjustment*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48(4): 340–347.
22. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. *A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: Two-year follow-up*. Br. J. Psychiatry 1990; 157: 571–577.
23. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS. *Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups*. Psychiatr. Serv. 2000; 51: 513–519.
24. Anderson H, Goolishian H. *Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*. Fam. Process 1988; 4: 371–393.
25. White M. *Family therapy and schizophrenia: Addressing the "in-the-corner" lifestyle*. Dulwich Centre Newsletter. 1987; Spring: 14–21.
26. Józefik B. *Rozwój myślenia systemowego a terapia rodzin*. W: Górniak L, Józefik B. red. *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003. s. 19–31.
27. Gurycka A, Neff T, Tarnowski A. *Jak ludzie spostrzegają swój świat*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Żak”; 1998.
28. Paszkiewicz-Mes E. *Znaczenie psychoedukacji w leczeniu schizofrenii*. Pielęg. XXI w. 2013; 1(42): 53–58.
29. De Massi F. *The understanding of some clinical problems related to the psychoanalytical therapy of the psychotic state*. Referat wygłoszony podczas konferencji „Psychoanaliza i psychozy. Szesnaste Dni Robocze Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii”, Heidelberg/Mannheim, 28/29.02.2003.
30. Berger H, Friedrich J, Gunia H. *Psychoedukative Familieninterventionen*. Stuttgart: Schattauer; 2004.

Adres: Katarzyna Kokodyńska
Centrum Psychologiczno-Terapeutyczne Scanmed Multimedis S.A.
30-150 Kraków, ul. Armii Krajowej 5

Otrzymano: 30.10.2014

Zrecenzowano: 31.12.2014

Otrzymano po poprawie: 17.02.2015

Przyjęto do druku: 18.02.2015