

## Ocena efektywności psychoedukacji w grupach pacjentów psychotycznych i depresyjnych – badanie pilotażowe

### The effectiveness of psychoeducation in schizophrenic and depressive patients – preliminary report

Regina Popławska, Andrzej Czernikiewicz, Agata Szulc,  
Beata Galińska, Beata Konarzewska, Inessa Rudnik-Szałaj

Z Kliniki Psychiatrii AM w Białymstoku  
Kierownik: dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

#### Summary

Earlier studies suggest that psychoeducation as a form of psychosocial care is of value in improving the patient's attitude towards mental illness as well as in reducing and delaying the relapse rates of both – psychotic and depressive disorders.

**Aim:** The aim of this study was the evaluation of influence of psychoeducation on clinical symptoms, quality of life and drug attitude in schizophrenic and depressive patients.

**Method:** 52 patients, aged 18-50 years, hospitalized in the Department of Psychiatry of Medical Academy in Białystok, were involved in the study. They were randomly assigned into 2 groups: on medication without psychoeducation (12 schizophrenics, 12 depressive patients) and on medication and psychoeducation (16 schizophrenics and 12 depressive patients). The patients were assessed by means of BPRS, BNS, IMHC 2000, Raskin/Covi Scale, DAI-10. The assessment was performed twice – shortly after admission and before discharge from the hospital.

**Results:** The patients in both groups showed improvement in symptoms and in quality of life. Patients on psychoeducation changed their drug attitude positively significantly more often.

**Conclusion:** Knowledge about the positive influence of medication on psychiatric symptoms helps to improve compliance and improves the course of disease.

*Słowa kluczowe:* psychoedukacja, schizofrenia, depresja

*Key words:* psychoeducation, schizophrenia, depression

Przewlekły charakter zaburzeń psychicznych zmusza klinicystów do poszukiwania sposobów zapobiegania nawrotom lub przynajmniej opóźniania kolejnych epizodów chorobowych. W większości przypadków metodą leczenia jest farmakoterapia, jednak, nawet gdy stosuje się optymalne dawki, nie stanowi ona wystarczającego zabezpieczenia przed ryzykiem kolejnego nawrotu.

Od połowy lat siedemdziesiątych rozwija się nowa strategia w leczeniu schizofrenii, w której podstawowym celem jest profilaktyka, rozumiana jako przeciwdziałanie powstawaniu objawów, usuwanie objawów już istniejących, zapobieganie nawrotom psychozy [1, 2, 3]. Orientacja ta zakłada komplementarność, a nie przeciwstawność, farmakoterapii oraz metod psychospołecznych [4]. Psychoedukacja to kilka sesji szkoleniowych, w czasie których uczestnicy otrzymują zestaw informacji na temat choroby i leczenia [5, 6, 7]. Dotychczasowe badania potwierdzają wartość psychoedukacji jako formy oddziaływań psychospołecznych, tak w kwestii radzenia sobie z chorobą, jak i pomocy w zmniejszaniu częstotliwości jej nawrotów, wydłużaniu okresów remisji, poprawy jakości życia [8, 9]. Coraz częściej za element niezbędny postępowania leczniczego w schizofrenii uważana jest też terapia rodzinna [6]. Biorąc pod uwagę koszty, jakie zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i dla systemu opieki zdrowotnej pociągają za sobą nawroty, wyniki badań wskazują na celowość zapobiegania zaostrzeniom choroby [10].

Mimo że większość ośrodków prowadzących ten typ terapii zajmuje się leczeniem chorych na schizofrenię, wydaje się oczywiste, że podejście to może bardzo się przydać w innych jednostkach chorobowych. Ten typ terapii okazał się pomocny w redukcji objawów PTSD u kobiet po traumatycznych doświadczeniach oraz w zaburzeniach afektywnych [11, 12]. Psychoedukacja wraz z farmakoterapią jest metodą ekonomiczną i, jak wskazują dotychczasowe wyniki badań, skuteczną w niektórych zaburzeniach psychicznych [13].

W Klinice Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Białymstoku prowadzimy psychoedukację pacjentów w grupach chorych na schizofrenię z pierwszym epizodem choroby, z kolejnym nawrotem, w grupach z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych. Celem naszej pracy jest obserwacja przez co najmniej 12 miesięcy grupy pacjentów, którzy brali udział w programie psychoedukacyjnym, i grupy pacjentów bez psychoedukacji. Postanowiliśmy ocenić, jakie korzyści odnoszą chorzy, wobec których prowadzone są dodatkowe oddziaływania psychospołeczne. Chcieliśmy w niniejszej pracy przedstawić założenia programu badawczego oraz wstępne, cząstkowe wyniki naszych obserwacji.

### **Cel pracy**

1. Przygotowanie pacjentów do współpracy podczas leczenia farmakologicznego.
2. Ocena, czy efekt leczenia zależy od rodzaju prowadzonej terapii (na podstawie zmniejszenia objawów psychopatologicznych).
3. Porównanie jakości życia pacjentów leczonych farmakologicznie z grupą objętą skojarzonym leczeniem – farmakoterapią i psychoedukacją.
4. Ocena, czy psychoedukacja ma wpływ na stosunek pacjenta do przyjmowanych leków i poprawę współpracy.

### **Osoby badane**

W badaniu wzięli udział pacjenci w wieku 18–50 lat, hospitalizowani w Klinice Psychiatrii AMB w okresie styczeń–listopad 2002 roku z rozpoznaniem schizofrenii

i zaburzeń depresyjnych nawracających, wg ICD–10; wszyscy mieli za sobą co najmniej jedną hospitalizację. Chorzy zostali losowo podzieleni na grupę skojarzonego leczenia – farmakoterapii z prowadzoną jednocześnie psychoedukacją, i grupę zakwalifikowaną wyłącznie do farmakoterapii.

Grupa 1 (N=16): chorzy na schizofrenię leczeni farmakologicznie i oddziaływaniami psychoedukacyjnymi

Grupa 2 (N=12): chorzy na schizofrenię leczeni farmakologicznie

Grupa 3 (N=12): chorzy z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi leczeni farmakologicznie i oddziaływaniem psychoedukacyjnym

Grupa 4 (N=12): chorzy z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi leczeni farmakologicznie.

### Metoda

Ocena stanu psychicznego i jakości życia chorych została przeprowadzona 2-krotnie: w ciągu trzech pierwszych dni hospitalizacji oraz przed wypisaniem pacjenta z oddziału. Rok po zakończonej hospitalizacji odbędzie się kolejne badanie. U chorych z rozpoznaniem schizofrenii oceniane jest nasilenie objawów negatywnych i pozytywnych za pomocą 4-punktowej skali BPRS–Brief Psychiatric Rating Scale i BNS – Brief Negative Scale [14]. U chorych z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających nasilenie objawów depresyjnych oceniane jest za pomocą Skali Raskin / Covi [15]. Wszyscy pacjenci objęci badaniem wypełnili skalę do oceny jakości życia IMHC 2000 [16] oraz Kwestionariusz Postaw wobec Leków DAI-10 [17]. Zajęcia z psychoedukacji w grupie pacjentów chorych na schizofrenię przeprowadzane są zgodnie z kompleksowym Programem Edukacyjnym zapobiegania nawrotom w schizofrenii „PRELAPSE” – profilaktyka nawrotów wg firmy Lundbeck.

Zajęcia z pacjentami z zaburzeniami depresyjnymi odbywały się w grupach 6–8-osobowych, jeden raz w tygodniu po 60 minut. Każde spotkanie poświęcone było odrębnej tematyce. Omawiane były następujące zagadnienia:

1. Przyczyny zaburzeń depresyjnych
2. Objawy pierwotne i wtórne depresji
3. Metody leczenia zaburzeń depresyjnych
4. Objawy uboczne stosowanych leków przeciwdepresyjnych
5. Zapobieganie nawrotom w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych i jedno-biegunowych

Po upływie 12 miesięcy od wypisania ze szpitala pacjenci będą poproszeni na trzecie badanie kontrolne. Stan psychiczny zostanie oceniony jak w drugim badaniu, za pomocą tych samych narzędzi badawczych. Jeżeli przed upływem 12 miesięcy nastąpi rehospitalizacja, wówczas trzecia ocena stanu psychicznego pacjenta zostanie przeprowadzona na początku hospitalizacji.

W okresie styczeń–październik 2002 r. (10 miesięcy) dokonano oceny 52 chorych, w tym 28 chorych na schizofrenię i 24 chorych na zaburzenia depresyjne nawracające, którzy spełniali założenia niniejszej pracy badawczej i wyrazili zgodę na dalszą

współpracę przez 12 miesięcy. Na tym etapie skupiliśmy się na ocenie postaw wobec leków i jakości życia pacjentów leczonych wyłącznie farmakologicznie, w porównaniu z grupą pacjentów objętych skojarzonym leczeniem – farmakoterapią i psychoedukacją. Porównaliśmy również jakość życia i postawy wobec leków chorych przed wprowadzeniem psychoedukacji i po jej zakończeniu.

### Wyniki i omówienie

Tabela 1

Średnie wartości wyników skal psychopatologicznych w grupie schizofrenii i nawracających zaburzeń depresyjnych przy przyjęciu i przed wypisaniem ze szpitala

Przy przyjęciu do szpitala			Przed wypisaniem ze szpitala		
<b>GRUPA 1 N=16</b>					
BPRS-1	BNS-1	CGI-1	BPRS-2	BNS-2	CGI-2
9,69	11,75	4,94	5,98	8,81	3,75
<b>GRUPA 2 N=12</b>					
8,41	10,75	4,25	6,58	9,58	3,66
<b>GRUPA 3 N=12</b>					
COVI-1	RASKIN-1	CGI-1	COVI-2	RASKIN-2	CGI-2
10,00	10,00	4,54	5,27	5,81	3,09
<b>GRUPA 4 N=12</b>					
9,36	10,36	4,54	6,27	6,45	3,54
$p < 0,05^*$			$p < 0,05^*$		

Średnie wartości wyników skal użytych do oceny nasilenia objawów klinicznych na początku hospitalizacji (BPRS-1, BNS-1, COVI-1, RASKIN-1, CGI-1) i przed wypisaniem ze szpitala (BPRS-2, BNS-2, COVI-2, RASKIN-2, CGI-2) różniły się istotnie statystycznie. Uzyskano znaczącą redukcję nasilenia objawów w trakcie leczenia u wszystkich pacjentów, nie stwierdzono natomiast zależności między wyborem strategii terapii a stopniem poprawy w zakresie objawów psychopatologicznych. U wszystkich ocenianych chorych, zarówno w grupie z psychoedukacją, jak i bez psychoedukacji, uzyskano podobną, znaczącą poprawę stanu psychicznego. Merinder i wsp. [18] wykazali zmniejszenie punktacji w podskalach schizofrenii BPRS w grupie po edukacji rok po interwencji. Wydaje się, że krótki program edukacyjny dla pacjentów i ich rodzin wpływa na wiedzę i niektóre aspekty satysfakcji, ale nie wydaje się wystarczający do wpływania na ważne zmienne, takie jak psychopatologia czy funkcjonowanie społeczne.

Tabela 2

Porównanie średnich wyników skali do oceny jakości życia IMHC 2000 wszystkich grup badanych przy przyjęciu i przed wypisaniem ze szpitala

	Przy przyjęciu do szpitala		Przed wypisaniem ze szpitala		P
	Średnia	SD	Średnia	SD	
Grupa 1 N=16	96,56	25,40	55,87	16,78	p=0,05*
Grupa 2 N=12	101,33	27,76	70,25	25,45	p=0,05*
Grupa 3 N=12	16,09	26,34	67,18	31,52	p=0,05*
Grupa 4 N=12	99,55	25,37	60,55	28,38	p=0,05*

Jakość życia pacjentów w czasie hospitalizacji na naszym oddziale była podobna zarówno w grupie pacjentów chorych na schizofrenię, jak i depresyjnych, z psychoedukacją i bez psychoedukacji. Wyniki we wszystkich grupach chorych przed wypisaniem ze szpitala nie różniły się. Średnie wartości w skali IMHC 2000 zmniejszyły się od początku leczenia, osiągając różnice istotne statystycznie przed wypisaniem ze szpitala. Poprawa funkcjonowania w warunkach szpitalnych, w krótkim okresie hospitalizacji nie zależała od rodzaju terapii. Chorzy z grupy, w której prowadzono psychoedukację w porównaniu z grupą bez psychoedukacji podobnie oceniali swą jakość życia. Brak różnic może być uwarunkowany pobytem na oddziale, na którym wszyscy pacjenci bez względu na rodzaj zaburzeń uczestniczą w terapii zajęciowej prowadzonej przez jeden zespół terapeutyczny. Inny powód to zbyt krótki czas hospitalizacji, by różnice mogły być znaczące. Spodziewamy się uzyskać różnicę w funkcjonowaniu chorych różnych grup przy kolejnej ocenie – 12 miesięcy po wypisaniu ze szpitala. Rund i wsp. [10] prowadzili 2-letnią obserwację nawrotów i funkcjonowania adolescentów chorych na schizofrenię. Program psychoedukacyjny okazał się bardziej skuteczny i ekonomiczny w poprawieniu funkcjonowania chorych w porównaniu z grupą ze standardową opieką psychiatryczną.

Pacjenci biorący udział w badaniu wypełniali Kwestionariusz Postaw wobec Leków DAI-10 na początku hospitalizacji i przed wypisaniem ze szpitala. Kwestionariusz składa się z 10 zdań, wobec których chorzy określają swoją postawę: prawda, nieprawda.

1. Dla mnie lek ma więcej zalet niż wad
2. Pod wpływem leku czuję się dziwnie, jak „zjawa”
3. Przyjmuję leki z własnej woli
4. Leki sprawiają, że czuję się bardziej zrelaksowany(a)
5. Leki sprawiają, że źle się czuję
6. Przyjmuję leki tylko wtedy, kiedy źle się czuję psychicznie
7. Pod wpływem leku czuję się bardziej normalny(a)
8. Kontrolowanie mojego umysłu i ciała za pomocą leków jest sprzeczne z naturą
9. Pod wpływem leku moje myśli są bardziej klarowne
10. Przyjmując leki ciągle, mogę zapobiec złemu samopoczuciu

Wszyscy pacjenci uzyskali dodatnią liczbę punktów w skali DAI-10.

Tabela 3

Procent poprawnych odpowiedzi na pytania w Kwestionariuszu Postaw wobec Leków DAI-10 przy przyjęciu (1) i przed wypisaniem ze szpitala (2)

Nr pyt	Grupa 1 N=16		Grupa 2 N=12		Grupa 3 N=12		Grupa 4 N=12	
	DAI-10 1	DAI-10 2	DAI-10 1	DAI-10 2	DAI-10 1	DAI-10 2	DAI-10 1	DAI-10 2
1	93	100	92	92	100	100	83	92
2	57	78	67	17	58	83	67	83
3	93	93	92	92	100	100	100	100
4	64	78	58	58	58*	100*	75	83
5	78	78	75	17	58	75	67	75
6	57	78	43	58	58	83	67	83
7	71	86	75	75	92	100	83	92
8	12*	57*	33	33	33	58	42	42
9	64*	100*	67	92	83	100	75	67
10	57*	100*	67	67	58*	100*	83	75

\*  $p < 0,05$

Jak wynika z tabeli 3, w grupie z prowadzoną psychoedukacją chorych na schizofrenię (grupa 1) i z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi (grupa 3) nastąpiła korzystna zmiana postaw wobec leków. Na początku hospitalizacji chorzy ci udzielali częściej odpowiedzi świadczących o braku wiedzy na temat choroby i leczenia. W grupie chorych na schizofrenię po przebytej edukacji nastąpiła poprawa wiedzy o leczeniu. Świadomość korzystnego wpływu leków na objawy psychopatologiczne mogła wpłynąć pozytywnie na przestrzeganie zaleceń lekarskich i przypuszczalnie przyczynić się do złagodzenia przebiegu choroby. Istotna statystycznie jest zmiana postaw wobec pytania 8, 9 i 10. Wzrósł odsetek chorych, którzy uznali, że pod wpływem leku myśli są bardziej klarowne i ciągłe przyjmowanie leku może zapobiec złemu samopoczuciu. Odpowiedź udzielana na pytanie 8 po psychoedukacji wskazuje, iż pacjenci istotnie częściej akceptują stosowanie leków psychotropowych niż przed psychoedukacją. Rokuje to poprawę współpracy chorych z terapeutą i pośrednio może mieć wpływ na łagodniejszy przebieg choroby. Z badań Equiluz i wsp. [19] wynika, że tylko 40–50% chorych na schizofrenię współpracuje w przyjmowaniu leków psychotropowych po wypisaniu ze szpitala, co w konsekwencji prowadzi do częstych przyjęć do szpitala. Obserwował on znaczące różnice w liczbie ponownych przyjęć pomiędzy grupą kontrolną a grupą pacjentów uczestniczących w psychoedukacji.

W grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych po psychoedukacji zmienia się istotnie statystycznie postawa wobec pytania numer 4 i 10. Istotnie częściej uważają, że dzięki lekom czują się bardziej zrelaksowani oraz że ciągłe przyjmowanie leków może zapobiec złemu samopoczuciu. Podobnie jak w grupie chorych na schi-

zofrenię taka pozytywna zmiana postaw wobec leczenia może mieć ogromny wpływ na przebieg choroby i rokowanie.

U pacjentów nie biorących udziału w programie psychoedukacji (grupa 2 i grupa 4) nie obserwowano zmian postaw wobec leków na początku hospitalizacji i przed wypisaniem ze szpitala. W kilku ośrodkach, niezależnie od stosowanych metod oceny, udowodniono korzystny efekt oddziaływań psychospołecznych: poprawę wglądu i stosunku do leczenia. Pacjenci wykazywali po edukacji mniejszą obawę przed efektami ubocznymi leków, większą świadomość potrzeby leczenia i zaufanie do lekarza [3, 20, 21]. Istnieje jednak ryzyko nasilenia myśli samobójczych w związku z poprawą wglądu w objawy choroby, jak zauważyli w swoich badaniach Cunningham-Owens i wsp. [3].

Przedstawione wyniki stanowią wstępny etap długotrwałej obserwacji chorych objętych psychoedukacją. Plan pracy zakłada poddanie ocenie większej liczby chorych oraz wyodrębnienie nowej grupy – z psychoedukacją rodzin.

### Wnioski

1. Zmniejszenie objawów psychopatologicznych w czasie hospitalizacji chorych jest niezależne od prowadzonej psychoedukacji.
2. Funkcjonowanie pacjentów na oddziale ulega znaczącej poprawie w trakcie leczenia. Jest ona podobna w grupach chorych na schizofrenię i nawracające zaburzenia depresyjne, niezależnie od prowadzonej psychoedukacji.
3. Pacjenci biorący udział w psychoedukacji istotnie częściej korzystnie zmieniają postawę wobec przyjmowanych leków, co rokuje lepszą współpracę z terapeutą, poprawę przebiegu choroby, bardziej świadomy udział chorych w procesie zdrowienia.
4. Wskazana jest długoterminowa obserwacja chorych celem oceny odległych efektów przeprowadzonej psychoedukacji.

**İölięť ýöölęñçâîññč d'ñčöñáo=lic' â äđod'd'ró d'ñčöñč=lnęčö  
č äld'dlnñçâîüö d'röclîñîä. Dčëññrcñî çññëîñîäricî**

### Ñîäîçricî

Çññëîñîäric' , ççâlññîüî ä îñññî üîî adlê' ñññññlëüñ d'ñčöñáo=lic' d'röclîñîä, d'ñîñaldçärtñ ýöölęñçâîññü ñrëñîä êlñîär äîçälëññâç'. D'ñčöñáo=lic' 'äë' lññ' ôîdëré d'ñčöñáoüñññlîñüö äîlëññâçë ä äîd'dîñrö d'dčëñd'ñññëlic' d'dčë äîlçîçîç ç d'rëñüç ä d'dláo d'dlçälîçë îî dlöçäçäîä, öäççîlîçť d'lđçîäîä dlëçññçë ç öëörlîç' çççîlîñîä çîëđîdññ.

**Çrärîçî:** Çññëîñîäric' , d'dîälälîñüî ä d'dlâerärîlëré d'râññî, ñññâçëç d'lđlâ ñîäîé çrär=ö îölięč äëç' îç' d'ñčöñáo=lic' îr çççîlîñüç çîëđîdñ, ññññlîç' ç êl=licť, îölięč d'ñčöîd'ñññîäç=lnęčö ñçđ'ññëîä ä äđod'd'l ñëüîüö rççîđlîçîçë ç ñ äld'dlnñçâîüçëç îrdörlic' çç.

**Mîñîä:** Çññëîñîäric' 52 äîëüîüö ä äîçd'rññî 18-51 êlñ, äîñd'çñrëç-çđđîäñîüö ä D'ñčöçrñdç=lnęçî çççîçêl' Êlâ. rçrälëçç ä ä. Äîlëññîçl'. Äîëüîüî äîçäüäîdî=îî d'dlâîrçîç=liü ç êl=licť ññëüçî ôrdëřë=îëîäç=lnęçëç ñdlâññâçëç (12 äîëüîüö ñ äçr-äñçîçë rççîđlîçë ç 12 äîëüîüö ñ äld'dlnñçâîüçëç dlöçäçäçđöçëç îrdörlic' çç). Äñîđöť äđod'd'ö äîëüîüö (16 =lëîälë ñ äçrâîñçîçë rççîđlîçë ç 12 äîëüîüö ñ äld'dlnñçâîüçëç dlöçäçäçđöçëç îrdörlic' çç) d'ñîäldäçëñü ñîd'd' çlîññëö êl=licť, ñ.î. ôrdëřëîäç=lnęçîçë ñ îñîäflëliüñ d'dîäîäçëîçö d'ñčöñáo=licť, d'ñčöç=lnęçîl ñîññî' îçl äîëüîüö îüçî





échelles: BPRS, BNS, de Raskin / Covi, IMHC 2000, DAI-10.

**Résultats:** on note la diminution des symptômes psychopathologiques, l'amélioration de la qualité de vie dans ces groupes examinés indépendamment de la psychoéducation. Chez les patients suivant la psychoéducation on trouve le changement d'attitude envers les médicaments.

**Conclusions:** la connaissance de l'influence positive de la thérapie sur les symptômes psychopathologiques peut influencer sur l'observation des prescriptions médicales et contribuer à apaiser le cours de la maladie.

### Piśmiennictwo

1. Andres K, Pfammatter M, Garst F, Teschner C, Brenner HD. *Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients; a pilot study.* Acta Psychiatr. Scand. 2000; 101, 4: 318–322.
2. Chłodzińska-Kiejna S, Górna R, Bąk O. *Psychoedukacja w zapobieganiu nawrotom schizofrenii.* Psychiatr. Pol. 1997; 31: 595–606.
3. Cunningham-Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. *A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients.* Acta Psychiatr. Scand. 2001; 103: 362–369.
4. Kissling W. *Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia.* Acta Psychiatr. Scand. 1994; suppl. 382: 16–24.
5. Axer A. *Uczenie przewlekłe chorych psychicznie rozpoznawania objawów prodromalnych.* Postępy Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 389–399.
6. Barbaro B, Roztworowska M, Cechnicki A. *Oddziaływanie psychoedukacyjne wobec rodzin pacjentów chorych na schizofrenię.* Przegl. Lek. 1986; 43, 7: 496–499.
7. Taflński T. *Psychoedukacja.* W: Jarema M, red. *Pierwszy epizod schizofrenii.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001, s. 150–156.
8. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L. *A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study.* Arch. Gen. Psychiatry 2000; 57: 277–283.
9. Klingberg S, Buchkremer G, Holle R, Schulze-Monking H, Hornung WP. *Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients of a 2-year follow-up.* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 1999; 249: 66–72.
10. Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Naess PO. *The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents.* Acta Psychiatr. Scand. 1994; 89: 211–218.
11. Lubin H, Loris M, Burt J, Johnson DR. *Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women.* Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1172–1177.
12. Sherrill JT, Frank E, Geary M, Stack JA, Reynolds CF. *Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families.* Psychiatr. Serv. 1997; 48: 76–81.
13. Meder J. *Rehabilitacja wczesnej schizofrenii.* W: Jarema M, red. *Pierwszy epizod schizofrenii.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001, s. 192–199.
14. BNS: Texas Medical Algorithm Project. Austin: Texas University; 1999.
15. Raskin A. *Three-area severity of depression scale.* W: Bellack AS, Herson M, red. *Dictionary of behavioral assessment techniques.* New York: Pergamon; 1988.
16. IMHC 2000 (domena Mental Health www.mentalhealth.com).
17. Hogan TP, Awad AG, Eastwood RA. *Self-report predictive of drug compliance in schizophrenia: reliability and discriminative ability.* Psychol. Med. 1983; 13: 177–183.
18. 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 effect-*

- vencess. Soc. Psychiatr. Epidemiol. 1999; 34: 287–294.
19. Equiluz I, Gonzalez Torres MA, Munoz P, Guadilla M, Gonzalez G. *Evaluation de la eficacia de los grupos psicoeducativos en pacientes esquizofrenicos*. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines. 1998; 26: 29–34.
  20. Hornung WP, Klingberg S, Feldmann R, Schonauer K, Schulze-Monking H. *Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: results of a 1-year follow-up*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97: 213–219.
  21. Hornung WP, Schonauer K, Feldmann R, Monking H.S. *Medikationsbezogene Einstellungen chronisch schizophrener Patienten. Eine Follow-up Untersuchung 24 Monate nach psychoedukativer Intervention*. Psychiatr Prax. 1998; 25: 25–28.

Otrzymano: 5.05.2003

Zrecenzowano: 30.10.2003

Przyjęto do druku: 19.01.2004

Adres: Regina Popławska  
Klinika Psychiatrii AM w Białymsto-  
ku  
Choroszcz 16-700