

Uczestnictwo w psychoedukacji osób chorych na schizofrenię – analiza zajęć z perspektywy pacjentów

The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation – the analysis from the patients' perspective

Małgorzata Chądzyńska, Joanna Meder, Katarzyna Charzyńska

Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. J. Meder

Summary

Aim. The aim of this study was to find out what the patients opinion about psychoeducation in schizophrenia is.

Method. We examined 169 patients suffering from schizophrenia. They answered a questionnaire about demographic data, their opinion about participation in sessions, the motivation to psychoeducation and the themes of sessions.

Results. 84% of the patients declared that they like psychoeducation. The main reason for participation in psychoeducation was the willingness to get more information about the illness and prevent relapses. The most important therapist attributes are: high communication abilities and appropriate knowledge.

Conclusions. The patients want to get more information about the illness and obtain more knowledge how to cope with symptoms in order to improve the quality of their life. It is important for the therapists to create an emotional atmosphere which helps to understand each other. During the psychoeducation sessions the therapist should use more various means to get the patients involved in participation.

Słowa klucze: schizofrenia, psychoedukacja

Key words: schizophrenia, psychoeducation

Wstęp

Psychoedukacja jest od lat 70. uznaną formą leczenia i rehabilitacji osób chorych na schizofrenię oraz ich rodzin. Definiuje się ją jako korzystanie z metod, technik i programów edukacyjnych, w celu ułatwienia powrotu do zdrowia lub minimalizowania skutków choroby czy niepełnosprawności [1]. Oddziaływania psychoedukacyjne nie polegają jedynie na przekazaniu wiedzy o chorobie. W trakcie zajęć wykorzystywane są strategie terapeutyczne, które zwiększają umiejętności i poprawiają funkcjonowanie osób chorych na schizofrenię. Zajęcia psychoedukacyjne dają wiedzę, która odnoso-

na jest do indywidualnych historii chorowania i zdrowienia. W ten sposób angażują pacjentów na poziomie poznawczym i emocjonalnym.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że psychoedukacja nie polega jedynie na dostarczaniu informacji, lecz jest interaktywnym procesem, który zawiera elementy strategii psychoterapeutycznych [2, 3]. Istnieje szeroka literatura na temat efektywności tej formy terapii, sposobów jej prowadzenia [2, 3, 4]. Wykazywano związek uczestnictwa w psychoedukacji z krótszym czasem hospitalizacji, mniejszą liczbą nawrotów, poprawą stanu zdrowia i funkcjonowania psychospołecznego pacjentów, ich lepszą współpracą i większą wiedzą o chorobie [5, 6, 7, 8, 9]. Najskuteczniejsze są oddziaływania indywidualne i rodzinne, gdy psychoedukacja odbywa się w triadzie: pacjent–rodzina–terapeuta [3, 4, 10, 11, 12]. Obiektywne oceny stanu zdrowia, przebiegu choroby i współpracy wskazują na skuteczność psychoedukacji w oddziaływaniach terapeutycznych skierowanych do osób z rozpoznaniem schizofrenii. Z drugiej strony – subiektywne oceny jakości życia nie zmieniają się wraz ze wzrostem poziomu wiedzy o schizofrenii [13, 14], natomiast większy krytycyzm dotyczący choroby – który jest uzyskiwany w wyniku oddziaływań psychoedukacyjnych – ma związek z niższą jakością życia [15]. Zatem, pośrednio, oddziaływania edukacyjne mogą przyczyniać się do niższej jakości życia poprzez zwiększenie krytycyzmu do choroby. Ważne są więc opinie samych zainteresowanych – jak spostrzegają oni korzyści wynikające z udziału w zajęciach psychoedukacyjnych, co sądzą o sposobie prowadzenia tych zajęć i własnym w nich uczestnictwie.

W pracy tej wychodzi się z założenia, że ważny jest nie tylko końcowy efekt oddziaływań psychoedukacyjnych ujawniający się w różnym czasie po zakończeniu cyklu zajęć, ale także bezpośrednie korzyści wynikające z uczestnictwa w tej formie terapeutycznych oddziaływań grupowych. Niniejszy artykuł dotyczy optyki uczestników zajęć: ich zainteresowania problemami związanymi z chorobą oraz spostrzeganych przez nich korzyści z udziału w grupie psychoedukacyjnej. Ponadto pacjenci wypowiadali się o subiektywnej ważności poruszanych treści i przedstawiali własne propozycje tematów zajęć. Wskazywali na elementy ułatwiające korzystanie z zajęć w pełni – chodziło o postawę terapeuty i stosowane pomoce.

Material i metoda

Badanie przeprowadzono, opierając się na jednorazowo wypełnionych ankietach dotyczących opinii o zajęciach psychoedukacyjnych i postawie terapeuty. Dodatkowo pacjenci wypełniali kwestionariusz danych demograficznych. Ankieta zawierała pytania półotwarte odnoszące się do samooceny, tematyki psychoedukacji, cech terapeuty i użyteczności stosowanych pomocy, oraz trzy pytania otwarte o powód uczestnictwa w zajęciach i ich tematykę: „Proszę podać jeden, najważniejszy powód, dla którego lubi Pan/i brać udział w psychoedukacji”, „Dlaczego uważa Pan/i wybrany temat za najważniejszy dla siebie?”, „Jakich tematów zajęć edukacyjnych brakuje?”. Zadaniem osób badanych było ocenić w skali porządkowej wskazane w pytaniu pozycje. Ze względu na ograniczenie rozmiarów publikacji, w tekście nie załączono całej ankiety. Treść pytań zamkniętych lub półotwartych (z możliwością dopisania własnej propozycji

cji odpowiedzi) wraz ze sposobem oceniania jest podana dalej, w „Opisie wyników”. Dane demograficzne odnosiły się do płci, rozpoznania, wieku, długości chorowania oraz placówki leczniczej, w której odbywały się zajęcia.

W badaniu wzięło udział 167 pacjentów uczestniczących w zajęciach psychoedukacyjnych prowadzonych przez terapeutów, którzy także brali udział w badaniu¹ na oddziałach całodobowych (101 osób, tj. 59,8% badanych) i oddziałach dziennych (50 osób, tj. 29,6%). Charakterystyki badanych osób przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyki pacjentów uczestniczących w zajęciach psychoedukacyjnych

Charakterystyki pacjentów	n	%
pleć		
kobiety	63	38,5%
mężczyźni	104	61,5%
rozpoznanie (w grupach)		
z grupy schizofrenii	14	87,50%
zaburzenia afektywne	10	62,50%
inne	7	43,80%
placówka lecznicza		
oddział całodobowy	101	59,8%
oddział dzienny	50	29,6%
inne	14	8,3%
	min.–maks.	średnia (SD)
wiek (lat)	18–74	40,3 (13,0)
długość chorowania (lat)	1–50	10,5 (8,9)

Wśród osób badanych chorujących były 63 kobiety (co stanowi 37,3%) i 104 mężczyzn (61,5%). Wszystkie osoby były leczone z powodu zaburzeń z grupy schizofrenii. Spośród nich tylko jedno rozpoznanie miały osoby w 14 grupach psychoedukacyjnych (co stanowi 87,5% grup), a w 10 grupach (co stanowi 62,5% grup) towarzyszącym rozpoznaniem były zaburzenia afektywne. Inne dodatkowe rozpoznania dotyczą zaburzeń osobowości i uzależnień. Pacjenci byli w wieku 18–74 lat (SD 40,3 roku). Chorowali średnio prawie 11 lat, grupa nie była jednorodna pod względem długości chorowania – od 1 roku do 50 lat. Spośród pacjentów 135 osób, tj. 82,8%, chorowało nie dłużej niż 16 lat.

Opis wyników

Badani wypełnili ankietę dotyczącą ich subiektywnych opinii o zajęciach i terapiach. Proszeni byli o samoocenę w zakresie nastawienia do zajęć, koncentracji uwagi i poziomu wiedzy o psychoedukacji. Wyniki przedstawia tabela 2.

¹ Opis wyników badania terapeutów w artykule: Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K, Drożdżyńska A. Badanie sposobów prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych dla osób chorych na schizofrenię – doniesienie wstępne [w przygotowaniu do druku]

Tabela 2. **Oceny własne pacjentów pod względem nastawienia do zajęć i uczestnictwa w nich**

Nastawienie do zajęć	n	%
pozytywne	142	84,0%
negatywne	21	12,4%
Samocena koncentracji na zajęciach		
dobra	130	76,9%
słaba i b. słaba	35	20,7%
Ocena poziomu wiedzy		
wystarczająca	79	46,7%
zbyt mała	83	49,1%

Pacjenci oceniali własną koncentrację podczas zajęć – 130 osób (tj. 76,9%) uznało, że ma dobrą koncentrację, a tylko 35 (20,7%) określiło poziom uwagi i koncentracji jako słaby i zły. Prawie połowa badanych (83 osoby, tj. 49,1%) uznała, że posiadany zasób wiedzy o chorobie jest zbyt mały. Jednak 79 osób (tj. 46,7%) stwierdziło, że ma wystarczającą wiedzę w tej dziedzinie. Zdecydowana większość osób badanych (142 pacjentów, tj. 84% badanych) określiła swoje nastawienie do zajęć jako pozytywne – stwierdziła, że lubi brać udział w psychoedukacji.

Tabela 3. **Powody uczestniczenia w zajęciach psychoedukacyjnych**

Powody uczestniczenia w zajęciach	n	%
zdobywanie wiedzy	91	53,8%
poprawa nastroju	20	11,8%
korzyści wynikające z relacji z innymi pacjentami	19	11,2%
ciekawe zajęcia, wypełnienie czasu	11	6,5%
pomoc w funkcjonowaniu i życiu codziennym	8	4,8%
ogólny rozwój	7	4,1%
pomoc w terapii	6	3,6%
inne	8	4,8%

Jako powody uczestniczenia w zajęciach (tab. 3) najczęściej podawano zdobywanie wiedzy o chorobie (91 osób, tj. 53,8% badanych). Wiedza dotyczyła „przebiegu i przyczyn procesu chorobowego, zasad farmakoterapii, poznania siebie, uświadomienia i wglądu oraz sposobów radzenia sobie z objawami i chorobą ogólnie”. 20 osób (11,8%) uznało, że zajęcia poprawiają nastrój. 11,2% badanych (czyli 19 pacjentów) wskazało na korzyści wynikające z interakcji z innymi pacjentami podczas zajęć. Dotyczyły one „możliwości rozmowy o swoich problemach, wymiany doświadczeń, poczucia wsparcia, wspólnoty oraz korzyści towarzyskich”. Jak najlepiej ujęła to jedna osoba: „wiem, że nie jestem w chorobie osamotniona”. Wypełnienie czasu wolnego jest powodem do uczestnictwa w zajęciach dla 11 osób (6,5%). Pomoc w funkcjonowaniu i życiu codziennym (8 osób, tj. 4,8%) oznaczała: „radzenie sobie z problemami życia codziennego po wyjściu ze szpitala oraz z kłopotami w życiu prywatnym i zawodowym, szukanie własnego miejsca wśród ludzi”. Jako korzyść z psychoedukacji,

7 osób (4,1%) wskazało własny rozwój, tj. „rozszerzenie świadomości, poszerzenie horyzontów myślowych, rozwój emocjonalny, lepsze radzenie sobie z samym sobą, mobilizację”. Na pomoc w terapii wskazało 6 osób (3,6%). Wśród 21 osób, które nie lubiły uczestniczyć w zajęciach, główne uzasadnienia dotyczyły ich odbioru: pacjenci opisali, że zajęcia męczą ich, denerwują, nudzą, nie interesują, powodują lęk przed uczestnictwem w nich.

Osoby badane oceniały stopień trudności tematów w skali 1 – łatwy, 2 – średnio trudny do 3 – bardzo trudny. Tabela 4 prezentuje stopień trudności poruszanych tematów w ocenie pacjentów.

Tabela 4. Stopień trudności poruszanych tematów w ocenie pacjentów

Tematyka zajęć psychoedukacyjnych			
	średnia trudność	istotność tematu	
		n	%
radzenie sobie z objawami	2,01	34	20,1%
prośenie o pomoc	2,0	7	4,1%
przyczyny choroby	1,94	30	17,8%
zauważanie pierwszych oznak			
pogorszenie stanu zdrowia	1,94	26	15,4%
przebieg choroby	1,85	24	14,2%
kontakt z lekarzem	1,6	12	7,1%
przyjmowanie leków	1,4	15	8,9%
unikanie alkoholu i narkotyków	1,4	11	6,5%

Tematy różniły się pod względem trudności w ocenie pacjentów (test Friedmana $p < 0,001$). Najtrudniejsze były: radzenie sobie z objawami, prośenie o pomoc, przyczyny choroby oraz zauważanie pierwszych oznak pogorszenia się stanu zdrowia. Tematy: kontaktu z lekarzem, przyjmowania leków oraz unikania alkoholu i narkotyków były najmniej trudne, ale jednocześnie najmniej istotne – jako najważniejszy wskazało je odpowiednio 7,1%, 8,9% i 6,5% ankietowanych. Najczęściej wskazywano na istotność tematu: radzenie sobie z objawami choroby. Jako powody ważności tego zagadnienia podawano: „zrozumienie przyczyn choroby; zdobycie wiedzy, która pozwala jej przeciwdziałać; pomoc w codziennym funkcjonowaniu i pozbycie się bezsilności wobec objawów”. Temat przyczyn choroby był drugim z kolei pod względem częstości wyboru (zdecydowało tak 30, osób tj. 17,8%). Najmniej istotny okazał się sposób prośenia innych o pomoc – wybrało go 7 osób (tj. 4,1%). Wśród tematów podawanych jako brakujące pacjenci podkreślali zagadnienia z zakresu: wiedzy o chorobie („rodzaje chorób psychicznych, odróżnianie rzeczywistości od choroby, skutki choroby, uświadamianie sobie objawów i radzenie z nimi”); farmakoterapii („działanie leków, budowa chemiczna leków”); przepisów prawnych; funkcjonowania w społeczeństwie („przygotowanie do kontynuowania pracy zawodowej, jak funkcjonować w społeczeństwie”); specyficznych umiejętności społecznych („komunikacja, asertywność”); funkcjonowania w rodzinie („jak przystosować się z chorobą do życia w rodzinie, jaki rodzina może mieć wpływ”).

Ankietowani uczestnicy zajęć zaznaczali w skali 1–3, jakie cechy terapeuty uważają za ważne, gdzie 1 oznaczało mało ważne, 3– bardzo ważne. Wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Istotność cech terapeuty prowadzącego zajęcia z psychoedukacji

Cechy terapeuty	Średnia ocena ważności
potrafiący słuchać i rozmawiać	2,8
wzbudzający zaufanie	2,7
skuteczny	2,7
mówiący jasno i prosto	2,7
cierpliw	2,7
mający dużą wiedzę	2,7
otwarty na uwagi pacjentów	2,6
życzliwy	2,6
łatwo nawiązujący kontakt	2,6
kompetentny	2,6
zaangażowany w pracę	2,6
lubiący pacjentów	2,5
z doświadczeniem praktycznym	2,5
rzeczowy	2,5
przekonujący	2,4
inteligentny	2,4
panujący nad grupą	2,4
mądry	2,4
ciepły	2,4
z poczuciem humoru	2,2

Różnice ocen cech terapeuty wg pacjentów były istotne statystycznie (test Friedmana $p < 0,001$). Za najważniejszą cechę uznano: „potrafiący słuchać i rozmawiać”, jako ważne wskazano: wzbudzanie zaufania, skuteczność, jasny i prosty sposób wypowiedzania się, cierpliwość, duży zasób wiedzy. Jako najmniej istotne pacjenci uznali poczucie humoru oraz to, by terapeuta był przekonujący, inteligentny, mądry, ciepły, by panował nad grupą.

Pacjentom i prowadzącym zadano pytanie o użyteczność różnych pomocy do prowadzenia zajęć. Opisywali je w skali: 1 – mało pomocne, 2 – pomocne, 3 – bardzo pomocne. Ponadto spytano, z jakich pomocy chcieliby korzystać podczas zajęć. Odpowiedzi na pytania o użyteczność pomocy do prowadzenia zajęć przedstawia tabela 6.

Zdaniem personelu i pacjentów najbardziej użyteczne są modele ułatwiające zrozumienie choroby, zdjęcia, broszurki, tablica do pisania, materiały wideo, plansze ściennie z najważniejszymi informacjami dotyczącymi choroby. Pacjenci cenią też skrypty zawierające informacje o chorobie. Stosunkowo najmniej przydatne wydają się zeszyty ćwiczeń i testy sprawdzające wiedzę pacjentów. Wg samych pacjentów zdecydowanie najczęściej chcieliby oni korzystać z materiałów wideo (103 osoby, tj. 60,9% badanych), modeli i zdjęć (76 osób, tj. 45%) oraz internetu (68 osób, tj. 40,2%).

Tabela 6. Średnie oceny użyteczności materiałów do prowadzenia zajęć wg pacjentów i terapeutów oraz wskazanie chęci do korzystania z nich przez pacjentów

Użyteczność pomocy do prowadzenia zajęć	Średnia ranga wg personelu	Średnia ranga wg pacjentów	Chęć korzystania przez pacjentów	
			n	%
modele, zdjęcia	2,6	2,4	76	45,0%
tablice	2,6	2,3	42	24,9%
materiały wideo	2,5	2,3	103	60,9%
plansze ściennie	2,5	2,4	59	34,9%
przybory do pisania, malowania	2,4	2,1	40	23,7%
rzutnik	2,4	2,1	61	36,1%
skrypty	2,4	2,4	54	32,0%
internet	2,1	1,9	68	40,2%
kamera wideo do nagrywania scenek	2,0	1,9	58	34,3%
zeszyty ćwiczeń	1,9	1,9	39	23,1%
testy sprawdzające wiedzę	1,7	2,2	47	27,8%

Omówienie wyników

Z badań wynika pozytywne nastawienie uczestników do zajęć psychoedukacyjnych, co nie wydawało się takie oczywiste, ze względu na istniejącą podczas spotkań konieczność konfrontowania się z chorobą, jej objawami oraz ograniczeniami i zmianami w życiu, jakie ze sobą niesie. Badane osoby wysoko oceniły własny poziom koncentracji na zajęciach, natomiast terapeuci wskazali zaburzenia koncentracji jako problem wymagający dostosowania przebiegu spotkań do możliwości uczestników [16]. Prawie połowa badanych stwierdziła, że ma zbyt małą wiedzę o chorobie. Taka subiektywna ocena motywuje do uczestnictwa w zajęciach. Ciekawe, jakie motywacje mieli pozostali uczestnicy? Ważne są powody, dla których pacjenci decydują się na uczestnictwo w psychoedukacji. Głównym czynnikiem motywującym do udziału w zajęciach jest zdobywanie wiedzy o chorobie. Należałoby zastanowić się, jakie zmiany w życiu pociąga za sobą ta wiedza. Uczestnicy badania wskazywali na wzrost świadomości i wglądu w proces chorowania i zdrowienia oraz poznanie praktycznych wskazówek, jak radzić sobie w życiu ze schizofrenią. Profesjonaliści ponadto podkreślają fakt pełniejszej współpracy w leczeniu [8]. Zdecydowanie rzadziej opisywano korzyści terapeutyczne związane z zajęciami, tj. poprawę nastroju czy możliwość nawiązania relacji z innymi pacjentami. Uczestnictwo w procesie psychoedukacji dostarcza emocjonalnej ulgi, pomaga zaakceptować schizofrenię i radzić sobie z nią [8]. Szczególnie po pierwszym epizodzie psychotycznym ważne jest, by zrozumieć, nadać znaczenie i wpisać doświadczenia chorobowe w obraz samych siebie, a jednocześnie ochronić własny wizerunek przed negatywnym wartościowaniem [2]. Wypracowanie sposobów radzenia sobie z chorobą prowadzi do wzrostu kontroli nad jej skutkami w różnych zakresach życia. Cele psychoedukacji są osiągnięte dzięki różnorodnej tematyce. Uczestnicy określali jej subiektywną ważność i trudność. Jako najważniejsze podali tematy związane z rozumieniem choroby, rozpoznawaniem jej i radzeniem sobie

z nią – chcieli znać przebieg i przyczyny choroby, umieć zauważać zwiastuny nasilania się jej objawów i radzić sobie z nimi. Proponowane tematy dodatkowe także odnosiły się do różnych umiejętności wspomagających radzenie sobie z chorobą. Pokazuje to, jakie oczekiwania mają pacjenci w stosunku do zajęć psychoedukacyjnych. Przede wszystkim mają one nauczyć sposobów radzenia sobie z chorobą: monitorowania, reagowania na pogorszenie, pokonywania objawów w celu najpełniejszego uczestniczenia w życiu. Jest to wspólnie przez pacjentów i terapeutów określany nadrzędny cel psychoedukacji [1, 16].

Uczestnicy spotkań psychoedukacyjnych oceniali też, jakie cechy terapeuty są dla nich ważne. Najistotniejsze okazały się: umiejętność komunikacji, cierpliwość, wzbudzanie zaufania pozwalające na poczucie, że jest się wysłuchanym, i budowanie zrozumienia. Taką możliwość stwarza rola terapeuty, który dostarcza informacji, ale nie narzuca własnego modelu czy znaczenia schizofrenii, podąża za pacjentami, odwołując się do ich subiektywnych sposobów przeżywania psychozy oraz proponuje im odmienne rozumienia po to, by nadali nowe znaczenie własnym doświadczeniom. Dzieje się to w procesie negocjowania znaczeń, który zachodzi między terapeutą i różnymi uczestnikami spotkań grupowych. Wymaga to zaangażowania poznawczego i emocjonalnego pacjentów. Nie jest więc psychoedukacja procesem edukacji, bo wymaga stosowania technik terapeutycznych, a prowadzący ją ma rolę edukatora i terapeuty jednocześnie [2, 3, 16].

Część badania dotyczyła praktycznych sposobów prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych. Zarówno pacjenci, jak i personel zgadzają się, że przydatne są pomoce absorbujące różne zmysły – zdjęcia, tablice, modele, materiały wideo. Szczególnie pacjenci najchętniej korzystaliby z form, które można zobaczyć, usłyszeć, dotknąć. Dowodzi to, że ważne jest wzbudzanie zainteresowania także formą zajęć oraz zaangażowanie wielu modalności zmysłów. Prowadzący zajęcia może łączyć elementy programu grupy dyskusyjnej z treningiem behawioralno-poznawczym, wykorzystywać inne techniki terapeutyczne [3, 6, 17].

Wnioski

- Osoby chore na schizofrenię mają pozytywne nastawienie do zajęć psychoedukacyjnych odbywających się na całodobowych i dziennych oddziałach szpitalnych. Wśród korzyści wyniesionych z uczestnictwa w nich badani wymieniali: zwiększenie wiedzy o chorobie, poprawę nastroju, możliwość rozmowy, wymiany doświadczeń z innymi i otrzymanie wsparcia.
- Prawie połowa badanych osób określiła swój poziom wiedzy o chorobie jako zbyt niski. Najsilniejszą motywacją pacjentów do uczestniczenia w psychoedukacji jest zdobywanie wiedzy, która ma przyczynić się do wzrostu samoświadomości w chorobie, oraz znalezienie sposobów radzenia sobie z nią. Podstawowym oczekiwaniem pacjentów w stosunku do tej formy oddziaływań jest poznanie sposobów kontroli nad skutkami schizofrenii, aby w możliwie najpełniejszy sposób uczestniczyć w życiu.

- Najważniejsze tematy poruszane podczas spotkań psychoedukacyjnych dotyczą przebiegu i przyczyn choroby, zauważania zwiastunów nasilania się jej objawów i radzenia sobie z nimi.
- Pożądane cechy terapeuty prowadzącego zajęcia psychoedukacyjne to posiadanie dużej wiedzy oraz umiejętności rozmawiania i słuchania, tak, by wytworzyć atmosferę zaufania, zrozumienia.
- Zarówno prowadzący zajęcia jak i ich uczestnicy chętnie korzystaliby z materiałów pomocniczych jak: wideo, internet, skrypty, plansze, modele.

Участие в психоздукации для лиц больных шизофренией – анализ занятий с перспективы пациентов

Содержание

Задание. Заданием представленного исследования было изучение мнения больных шизофренией на тему мотивирования и привелегий, истекающих из участия в психоздукации, а также ожиданий что до способов проведения занятий.

Метод. Исследование было проведено как одноразовая выполненная анкета, относящаяся к демографическим данным пациента, а также мнения на тему собственного участия в занятиях, способов проведения занятий и предложенной тематики. Анкеты заполнены 169 пациентами с диагнозом шизофренного круга, которые принимали участие в психоздукационных занятиях в больничных отделениях.

Результаты. 84% исследованных определило собственную оценку занятий как позитивную. Главным поводом участия в психоздукации является охота приобретения знаний о течении, лечении и профилактики рецидивов. Это также и наиболее существенные темы в цикле занятий. Как наиболее существенные черты терапевтов приведена способность слушания, разговоров, терпеливость, большое знание предмета. Наиболее охотно пациенты используют материалы видео, моделей, занятий и интернета.

Выводы. Пациенты, относительно хорошо принимают психоздукационные занятия. Мотивирующим фактором принятия участия в занятиях является охота получения знаний на тему болезни и умения оказания себе помощи, чтобы можно было бы жить в общественной среде без больших трудностей. Психоздукация, кроме того, может принести облегчение и поможет акцептировать факт болезни.

Поэтому важна есть роль терапевта, который должен организовать климат доверия и понимания. Важно также использование различных форм помощи для использования многих умственных модальностей и пробуждения заинтересованности.

Teilnahme an der Psychoedukation für an Schizophrenie Erkrankte – Analyse aus dem Gesichtspunkt der Patienten

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Feststellung der Meinungen der an Schizophrenie Erkrankten über die Motivierung und Nutzen, die aus der Teilnahme an der Psychoedukation resultieren und die Erwartungen zur Art und Weise der Schulung.

Methode. Die Studie wurde als einmalig ausgefüllter Fragebogen zu demografischen Angaben zum Patienten und zur Meinung über eigene Teilnahme an der Schulung, besprochener Thematik und Schulungsart durchgeführt. Den Fragebogen füllten 169 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie aus, die an der Psychoedukation in den Krankenhausabteilungen teilnahmen.

Ergebnisse. 84% der Personen bezeichneten ihre eigene Einstellung zu der Psychoedukation als positiv. Die Hauptursache der Teilnahme an der Psychoedukation ist die Information über den Verlauf, die Behandlung und Vorbeugung der Rückfälle. Das sind zugleich die wesentlichsten

Themen im Rahmen der Psychoedukation. Als die bedeutendsten Eigenschaften der Therapeuten wurden genannt: Hören, Sprechen, Geduld, große Kenntnisse. Am liebsten nützen die Patienten Video, Modelle, Fotos und Internet.

Schlussfolgerungen. Die Patienten sind relativ gut zur Psychoedukation eingestellt. Der motivierende Faktor zur Teilnahme an der Psychoedukation sind die Informationen über die Krankheit und Informationen, wie der Patient wieder lernen muss, im täglichen Leben mit der Krankheit klarzukommen. Die Psychoedukation soll außerdem Erleichterung bringen und helfen die Tatsache akzeptieren, dass man krank ist. Deshalb ist die Rolle des Therapeuten so wichtig, der um das Vertrauen und Verständnis sorgen soll. Es ist wichtig, unterschiedliche Hilfsmittel zwecks Beteiligung aller Modalitäten und Interessen zu nützen.

La participation des patients souffrant de la schizophrénie à la psychoéducation – analyse faite du point de vue des patients

Résumé

Objectif. Connaître les opinions des patients schizophrènes concernant la participation à la psychoéducation.

Méthode. On examine 169 patients schizophrènes avec un questionnaire contenant les données démographiques des patients, leurs opinions sur la participation à la psychoéducation, sur leurs motivations, sur les thèmes des sessions.

Résultats. 84% de patients ont défini leur disposition comme positive. Ils déclarent qu'ils veulent avant tout mieux connaître leur maladie - cours, thérapie et les méthodes de prévenir les rechutes. Ce sont aussi les thèmes principaux des sessions. Les patients trouvent encore que la connaissance de les écouter et de leur parler et la compétence ce sont les caractéristiques les plus importantes des thérapeutes.

Conclusions. La disposition des patients à la psychoéducation est positive. Ils veulent avant tout obtenir le savoir concernant leur maladie pour trouver les possibilités d'améliorer la qualité de leur vie. La psychoéducation doit les aider à connaître mieux et à accepter leur maladie. Il est très important que les thérapeutes créent la bonne atmosphère et qu'ils éveillent la confiance et la compréhension en utilisant les différents moyens pour encourager les patients à la participation à la psychoéducation.

Piśmiennictwo

1. McFarlane WR. *Family therapy in schizophrenia*. New York, London: The Guilford Press; 1983.
2. McGorry PD. *Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process*. *Psychiatry* 1995; 58, 4: 313–328.
3. Czernikiewicz A. *Psychoedukacja w schizofrenii*. W: Meder J, Sawicka M, red. *Psychoterapia w schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006, s. 101–126.
4. Kasperek B, Michałowska J, Sala P, Spiridonow K. *Modele oddziaływań edukacyjnych dla rodzin osób chorych na schizofrenię*. W: Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 63–88.
5. Lincoln TM., Wilhelm K. *Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis*. *Schizophr. Res.* 2007; 96, 1–3: 232–245.
6. Bechdolf A, Koln D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J. *A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months*. *J. Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112, 3: 173–179.

7. 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.* Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol. 1999; 34, 6: 287–295.
8. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. *Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study.* J. Clin. Psychiatry 2006; 67: 443–452.
9. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, de Rosa C, Maj M. *Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia.* Psychiatr. Serv. 2006; 57, 12: 1784–1791.
10. de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
11. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Luchsted A. *Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature.* J. Mar. Fam. Ther. 2003; 29, 2: 223–245.
12. Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Selepova P, Figlova Z, Hoschl C. *Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up study.* Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2006; 10, 1: 38–44.
13. Kasperek B, Spiridonow K, Chądzyńska M, Meder J. *Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętność rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji.* Psychiatr. Pol. 2002; 36, 5: 717–730.
14. Corten P, Mercier C, Pelc I. *Subjective quality of life: clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry.* Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29: 178–183.
15. Chądzyńska M, Kasperek B, Spiridonow K. *Zmienne kliniczne i demograficzne a jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię.* Wiad. Psychiatr. 2001; 4, 4: 275–281.
16. Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K, Drożdżyńska A. *Badanie sposobów prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych dla osób chorych na schizofrenię – doniesienie wstępne w przygotowaniu do druku.*
17. Staring ABP, Mulder CL, van der Gaag M, Seltén J-P, Loonen AJM, Hengeveld MW. *Understanding and improving treatment adherence in patients with psychotic disorders: a review and a proposed intervention.* Curr. Psychiatry Rev. 2006; 2, 4: 487–494.

Adres: Małgorzata Chądzyńska
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
05-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 5.06.2008
Zrecenzowano: 4.01.2009
Otrzymano po poprawie: 27.04.2009
Przyjęto do druku: 30.07.2009

Już wkrótce

Psychiatria Polska

ZESZYT NR 1 – 2010

W następnym zeszycie „Psychiatrii Polskiej” znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*
Autorzy: Bernadetta Janusz i wsp.
- *Neuroimmunologia choroby afektywnej dwubiegunowej*
Autorzy: Agnieszka Remlinger-Molenda, Janusz Rybakowski
- *Hypomania Check List (HCL-32) – kwestionariusz objawów hipomanii: charakterystyka i zastosowanie*
Autorzy: Dorota Łojko i wsp.
- *Sezonowość samobójstw w Polsce. Analiza danych Głównego Urzędu Statystycznego z lat 1999–2003*
Autorzy: Anita Młodożeniec i wsp.

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67