

Znaczenie psychoedukacji w leczeniu schizofrenii

The role of psychoeducation in the treatment of schizophrenia

Emilia Paszkiewicz- Mes

Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi,
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Emilia Paszkiewicz- Mes

Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi

Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ul. Narutowicza 56

90-136 Łódź

e- mail emilames@onet.eu

STRESZCZENIE

Znaczenie psychoedukacji w leczeniu schizofrenii

Schizofrenia jest chorobą, która przebiega z okresami remisji i zaostrzeń. Cechuje się zróżnicowanym obrazem klinicznym i przebiegiem, objawami dezintegracji psychicznej oraz ryzykiem dezadaptacji. Farmakoterapią nawet w przypadku zastosowania optymalnego leku i optymalnych dawek, nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia przed nawrotem choroby. Terapia chorych na schizofrenię powinna obejmować różnorodne oddziaływania w skład której wchodzi metody biologiczne, socjoterapia, psychoterapia i rehabilitacja. Bardzo ważnym elementem w terapii schizofrenii jest psychoedukacja zarówno pacjentów jak ich rodzin. Umiejętne nawiązanie kontaktu z rodziną wpływa na efektywniejszy proces leczenia. Udział pacjentów i ich rodzin w psychoedukacji ma wpływ na zmniejszenie częstotliwości hospitalizacji i wydłużenie okresów remisji, przyczynia się do poprawy współpracy z leczonym pacjentem, zwiększa stosowanie się do zaleceń lekarskich i poprawia jakość życia pacjentów. Istotą psychoedukacji jest przekazywanie wiedzy na temat choroby, leczenia, rozpoznawania zwiastunów i nawrotów choroby oraz opracowywanie planu postępowania w takich sytuacjach. Znaczenie programów psychoedukacyjnych jest niepodważalne, dlatego celem pracy jest przedstawienie założeń oraz analiza wpływu psychoedukacji na proces leczenia pacjenta.

Słowa kluczowe: schizofrenia, psychoedukacja

ABSTRACT

The role of psychoeducation in the treatment of schizophrenia

Schizophrenia is a chronic disease, with periods of acute illness and of remission. It is characterized by diversified course and clinical presentation, symptoms of mental disintegration and the risk of maladjustment. Even in case of applying optimal medicine and optimal doses, pharmacotherapy is not the sufficient protection against a relapse. The therapy of sick people should include varied influences, such as biological methods, sociotherapy, psychotherapy and rehabilitation. Psychoeducation of both patients and their families is also a very important element in the therapy of schizophrenia. Good contact with the family has an impact on the effective process of treatment. Participation of patients and their families in psychoeducation affects reducing the frequency of the hospitalization and extending periods of remission. It contributes to the improvement of cooperation with the treated patient, increases the adherence to medical recommendations and improves the quality of patient's life. The concept of psychoeducation is to transmit the knowledge of the disease, treatment and recognition of symptoms and relapses of the disease, and also to develop the plan of therapy in such situations. The sense of psychoeducational programs is unquestionable, therefore, the aim is to present the assumptions and the analysis of the impact of psychoeducation on the process of patient's treatment.

Key words: psychoeducation, schizophrenia

WPROWADZENIE

Schizofrenia jest jedną z najczęstszych chorób psychicznych. Cechy jej przebiegu i następstwa sprawiają, że jest ciężką przewlekłą chorobą. Chorzy wymagają kompleksowego, zindywidualizowanego, długotrwałego leczenia i wsparcia społecznego. Choroba uniemożliwia osiąganie celów życiowych, rozwojowych, stabilizacji życiowej, prowadzi do zaprzestania kontaktów społecznych, obniżenia statusu społecznego i do wykluczenia społecznego [1]. Nawet w okresie remisji choroby otoczenie patrzy na chorego przez pryzmat choroby psychicznej i nadaje mu etykietę chorego psychicznie, która towarzyszy mu przez całe życie. Siła etykiety jest bardzo duża i niezależna od pełnionej roli i funkcji społecznej [2]. Schizofrenię charakteryzuje zróżnicowany i przewlekły obraz kliniczny oraz przebieg, a także objawy dezintegracji psychicznej i ryzyko dezadaptacji. Przewlekły charakter zaburzeń psychicznych zmusza klinicystów do poszukiwania sposobów zapobiegania nawrotom. Farmakoterapia nie stanowi wystarczającej metody leczenia [2,3,4,5]. Multimodalne podejście do pacjenta obejmuje wdrożenie do farmakoterapii psychoterapii, psychoedukacji, terapii zajęciowej oraz treningu funkcji poznawczych [5]. Włączenie obok leczenia farmakologicznego psychoedukacji sprawiło, że modele psychoedukacyjne są obowiązującym elementem leczenia schizofrenii i bez niej trudno wyobrazić sobie kompleksowo prowadzonej terapii [6,7,8]. Ważne jest, aby równolegle z leczeniem pacjenta prowadzić terapię jego rodziny [9]. Przez wiele lat obarczano rodzinę odpowiedzialnością za wystąpienie schizofrenii. Obecnie nastąpiła zmiana w postrzeganiu roli rodziny w procesie leczenia. Zgodnie z założeniami psychoedukacji schizofrenia jest traktowana jako choroba, a rodzina nie jest przyczyną zachorowania. Dzięki kontaktom z rodziną uzyskujemy współpartnera w rehabilitacji, a rodziny niezbędne dla nich wsparcie [8,10]. Współpraca z bliskimi osób chorych pozwala na zwerbalizowanie problemów i ukierunkowanie postępowania. Obserwacja zachowań rodziny stanowi źródło informacji o jej pozytywnej lub negatywnej postawie wobec chorego [2]. Oddziaływania psychoedukacyjne wobec chorego i jego rodziny są bardzo ważnym elementem w procesie leczenia. Istotą psychoedukacji jest nabywanie wiedzy przez rodziny i chorych, poprawa komunikacji w rodzinie, aktywizacja członków rodziny, poprawa współpracy z pacjentem, zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby, poprawa skuteczności i oddziaływań rehabilitacyjnych [8].

Teoretyczne założenia psychoedukacji

Psychoedukacja jest metodą stosowaną w leczeniu i rehabilitacji chorych na schizofrenię oraz ich rodzin od lat siedemdziesiątych [11]. Rozumiana jest ona jako określony model oddziaływań terapeutyczno-edukacyjnych wobec pacjenta i jego rodziny, w którym zakłada się długotrwałość i zróżnicowanie form działania, w zależności od charakteru relacji rodzinnych oraz fazy choroby [2]. Zajęcia z psychoedukacji może prowadzić lekarz psychiatra, psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy. Powinna to być osoba, która posiada duże doświadczenie w pracy z psychicznie chorymi, wrażliwa,

cierpliwa, pogłębiająca swoją wiedzę, gotowa do współpracy i konsekwentna [3].

Do najważniejszych celów psychoedukacji należą [8,12]:

1. Cele bezpośrednie:
 - nabywanie wiedzy i kompetencji przez członków rodziny w celu jak najlepszego sprawowania opieki nad chorym;
 - poprawa komunikacji;
 - budowa sieci oparcia społecznego i aktywizacji członków rodziny celem zmniejszenia takich cech jak stygmatyzacja i izolacja społeczna;
 - zmniejszenie wskaźnika ekspresji emocjonalnej w rodzinach w których występuje to zjawisko, poprawa komunikacji w rodzinie;
 - akceptacja farmakoterapii.
2. Cele pośrednie:
 - poprawa współpracy z pacjentami;
 - zminimalizowanie ryzyka nawrotów choroby,
 - zwiększenie kompetencji życiowych i wypracowanie możliwości aktywnego sposobu radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą;
 - poprawa skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych i funkcjonowania społecznego.

Osiągnięcie celów psychoedukacji powoduje, że chory i rodzina zaczyna radzić sobie z konfliktami i problemami związanymi z chorobą psychiczną, kłopotami związanymi ze zmianą trybu życia, z poczuciem wstydu i winy. Następuje umocnienie więzi rodzinnych, zanika poczucie bezradności, osamotnienia. Wpływa to bardzo korzystnie na poczucie bezpieczeństwa chorego i rodziny [9].

Realizując programy psychoedukacyjne należy pamiętać o przestrzeganiu następujących zasad [8,12,13]:

1. Partnerstwa – chorego i członków rodziny należy akceptować jako osoby biorące aktywny udział w procesie leczenia, uwzględnia się ich potrzeby, akceptuje nawet niekorzystne sposoby radzenia sobie z chorobą.
2. Regularności spotkań.
3. Koncentracji na aktualnych problemach pacjentów – nawet jeśli analizuje się sposoby postępowania z przeszłości mają one na celu korektę aktualnych zaburzeń i pomóc w rozwiązywaniu aktualnych problemów i objawów.
4. Powtarzalności oddziaływań, instruowania, wzmocnienia, prac domowych- wynika to z konieczności utrwalenia zdobytych umiejętności.

Programy dla pierwszorazowych pacjentów i ich rodzin uwzględniają częste wątpliwości diagnostyczne, silne emocje, niepewność co do przyszłości i dalszego rokowania, brak wcześniejszych doświadczeń z chorobą psychiczną zarówno dla pacjenta i członków rodziny oraz niewielką gotowość do poszukiwania pomocy poza rodziną [8].

Oddziaływania psychoedukacyjne są prowadzone jako ustrukturalizowane zajęcia treningowe lub grupy dyskusyjno-edukacyjne [2,14]. Grupy dyskusyjno-zajęciowe to forma psychoterapii podtrzymującej w której poruszane są problemy związane z realną sytuacją pacjenta, aktualnych problemów i trudności. Terapeuci nie koncentrują się na słabościach chorego, ale starają się rozwijać jego mocne strony.

Planując zajęcia treningowe z zakresu psychoedukacji należy brać pod uwagę poziom wiedzy pacjentów na temat

choroby, motywację do leczenia, sprawność procesów poznawczych [2].

Najczęściej prowadzone zajęcia treningowe w ramach psychoedukacji to:

1. Trening zdobywania wiedzy na temat choroby – celem treningu jest przekazywanie wiedzy na temat etiopatogenezy, objawów choroby, przebiegu, badań diagnostycznych, rokowaniu.
2. Trening aktywnego udziału w leczeniu farmakologicznym – celem treningu jest osiągnięcie przez chorego aktywnego współdziałania w zakresie leczenia farmakologicznego. Dąży się do osiągnięcia samodzielności i skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń w zakresie farmakoterapii. Chorzy uzyskują informacje dotyczące leczenia przeciwpsychotycznego, o lekach i ich działaniu. Poznają mechanizm działania leków, zasady przyjmowania, skutki uboczne stosowanych leków oraz konieczność kontynuowania leczenia i korzyści płynące z regularnego stosowania farmakoterapii. Pacjenci są uczeni jak prawidłowo przyjmować leki (w jakich dawkach i w o jakiej porze), jak rozkładać leki i jak je przechowywać. Chorzy uczą się jak rozpoznawać objawy uboczne farmakoterapii oraz poznają sposoby radzenia sobie z nimi. Pacjent powinien wiedzieć jak samodzielnie może zniwelować objawy niepożądane, a kiedy musi skorzystać z porady lekarskiej [2,3,15,16].
3. Trening rozpoznawania wczesnych objawów choroby. Celem treningu jest nauczenie chorego jak rozpoznawać sygnały ostrzegawcze, świadczące o nawrocie choroby oraz jak zapobiegać ich wystąpieniu i minimalizować skutki. Chorzy uczą się jak zachowywać się w okresie nasilenia objawów oraz jak odróżniać sygnały ostrzegawcze od tych, które utrzymują się stale [14]. Objawy zwiastunowe zaostrzenia procesu chorobowego, które poprzedzają wystąpienie ostrego epizodu psychotycznego to bardzo ważna część zajęć psychoedukacyjnych. Chorzy zwracają uwagę na różne sposoby radzenia sobie z chorobą. Część pacjentów radzi sobie z przewlekłe utrzymującymi się objawami pozytywnymi poprzez odwracanie uwagi, słuchanie głośnej muzyki, rozmowy z innymi osobami, pracę fizyczną, czy ignorowania objawów [17]. Uczestnicy treningu są również informowani o szkodliwości przyjmowania narkotyków i alkoholu oraz ćwiczą motywację do odmowy w ich przyjmowaniu w sytuacji, gdy mają z nimi styczność [14].

Najczęstsze problemy poruszane w czasie psychoedukacji przez pacjentów to niska samoocena, brak znajomych i przyjaciół, brak zatrudnienia, utrzymujące się halucynacje, depresja, myśli samobójcze, nadużywanie leków, gwałtowność w zachowaniu, niewystarczające dochody, nieumiejętne planowanie przyszłości, kłótnie w środowisku domowym związane z podziałem obowiązków i zadań domowych, brak środowiska wspierającego, planowanie wolnego czasu i rozrywek, ubieganie się o pomoc materialną, zmaganie się z napiętnowaniem i przesadami na temat choroby [17].

Metody i formy, które stosowane są w procesie psychoedukacyjnym powinny być dostosowane do fazy leczenia, w którym znajduje się pacjent. W fazie ostrych

objawów ważne znaczenie ma uspokojenie i ochrona poprzez leczenie farmakologiczne, zapewnienie spokoju, redukcja bodźców, zapewnienie atmosfery pewności i zaufania, indywidualnego kontaktu, praca w małych grupach. W tej fazie zaczyna budować się kontakt terapeuty z pacjentem i rodziną. Faza stopniowej aktywizacji obejmuje udzielanie wsparcia, zaangażowanie, rozmowę, wyjaśnianie, jednoznaczność w nakazach i zakazach, uznawanie różnic w opiniach, zachowaniach, emocjach. Faza włączania w środowisko wiąże się z odpowiedzialnością, autonomią, elastycznością, stymulacją emocjonalną i intelektualną [12]. W celu prowadzenia psychoedukacji konieczne jest posiadanie odpowiedniej sali terapeutycznej, środków dydaktycznych, zabranie odpowiedniej ilości chorych i ich rodzin, którzy wyrażają zgodę na udział w zajęciach. Optymalna liczba uczestników to 8-12 pacjentów lub ich krewnych [3].

Skuteczność terapii psychoedukacyjnej zależy od poziomu wiedzy terapeuty na temat schizofrenii, jej przebiegu, istoty choroby oraz sposobów leczenia farmakologicznego, motywacji uczestników, akceptacji przez pacjentów i ich rodzin przewlekłego charakteru choroby oraz faktu, że udział w treningu jest elementem pozwalającym na zredukowanie liczby nawrotów, natomiast nie gwarantuje pełnego wyzdrowienia [2].

Aspekty współpracy z pacjentem chorym na schizofrenię

Ważnym zagadnieniem w psychoedukacji jest pozyskanie pacjenta do współpracy. Głównym problemem jest nieprzyjmowanie leków, zgodnie ze zleceniem lekarskim przez chorych, które może być celowe lub mimowolne. Stopień niedostosowania się do zaleceń lekarskich może być różny, od całkowitego nieprzyjmowania leków do przyjmowania leków w sposób okresowy, przyjmowanie niewłaściwych dawek lub przyjmowanie leków, które nie zostały zlecone przez lekarza. Powodem takiego postępowania może być obecność objawów niepożądanych. Czasami osoby chore postrzegają objawy choroby jako objawy niepożądane farmakoterapii. Za ważną przyczynę postrzega się też wyparcie choroby, zaprzeczenie występowaniu choroby, brak krytycyzmu pacjenta, brak wystarczającej wiedzy na temat choroby i zastosowanej terapii, niewystarczający kontakt z lekarzem, leczenie bez zgody pacjenta, cechy demograficzne pacjenta, indywidualne postawy pacjentów, dostępne oparcie społeczne [3,15]. Niektórzy chorzy mogą nie wiedzieć, że choroba, jaką jest schizofrenia wymaga leczenia przewlekłego, nawet po ustąpieniu objawów ostrego epizodu psychozy. Wielu chorych po wyjściu ze szpitala nie widzi potrzeby kontynuowania leczenia, a konieczność przyjmowania leków traktują jako nieuchronność choroby, zamach na ich poczucie wolności, utratę kontroli nad samym sobą, nawet obawę przed uzależnieniem [17]. Metody oceny stopnia tych problemów to oznaczenie stężenia leków w surowicy krwi, wielkość jego wydalania z ustroju, wywiad udzielany przez pacjenta, osoby z bliskiego otoczenia lub pielęgniarki, które podają leki. W przypadku występowania objawów ubocznych należy wyjaśnić przyczyny tych dolegliwości, monitorować z pacjentem przebieg leczenia, określić bilans korzyści

i niedogodności, przeanalizować możliwość obniżenia dawki leku, dodanie leku korygującego lub zmianę leku. Udział pacjentów w psychoedukacji może być elementem naprawczym braku współpracy z pacjentem. Pacjent nabywa informacje związane z farmakoterapią i umiejętności, dzięki którym przejmie aktywny udział w leczeniu i skrupulatności w przyjmowaniu leków [3, 15].

Rodzina partnerem w procesie psychoedukacyjnym

Terapię rodziny pacjenta należy prowadzić równolegle z jego leczeniem [9]. Pojawienie się schizofrenii w bardzo dużym stopniu zmienia życie i funkcjonowanie rodziny. Towarzyszą temu emocje takie jak strach, lęk, rozpacz, irytacja i poczucie osamotnienia [18]. Warto pozyskiwać członków rodzin (dzieci, rodziców, współmałżonków, rodzeństwo), czasami inne osoby z otoczenia, które wspierają osobę chorą (przyjaciół, opiekunów) do współpracy [13]. Głównym celem tych działań jest doprowadzenie do aktywnego uczestnictwa rodziny w procesie leczenia chorego. Na przestrzeni dziejów rola rodziny w patogenezie schizofrenii ulegała zmianom [19]. Przez wiele lat rodzinę obarczano odpowiedzialnością za powstanie choroby [10]. Ciężył na niej problem winy i odpowiedzialności za zachorowanie. Była oskarżana, izolowana i traktowana jak intruz [19]. Intensywny rozwój badań nad schizofrenią w latach osiemdziesiątych, rosnące przekonanie o biologicznej predyspozycji do zachorowania, sukcesy farmakologiczne, protest rodzin chorych psychicznie, które nie miały pomocy i wsparcia w walce z chorobą członka ich rodziny, a także pojawienie się modeli opartych na założeniu, że schizofrenia jest zaburzeniem wymagającym interpretacji biologicznej, psychologicznej i społecznej, spowodowało, że dostrzeżono pozytywną rolę rodziny w walce z schizofrenią [19]. Zgodnie z założeniami psychoedukacji rodzina nie jest przyczyną choroby, a stanowi źródło wsparcia dla pacjenta [10]. Liczne badania naukowe potwierdzają korzystny wpływ psychoedukacji członków rodzin w terapii chorych na schizofrenię.

Haley i wsp. [20] analizowali technikę przekazywania informacji członkom rodzin osób chorych w trakcie prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych, jaką jest telepsychiatria. Polega ona na użyciu interaktywnej komunikacji - telekomunikacji, komputera, internetu w celu udzielania porad i pomocy przez lekarza psychiatrę. Badania przeprowadzono w grupie rodzin osób chorych na schizofrenię. Badani zostali losowo przydzieleni do dwóch grup. Grupa pierwsza otrzymywała informacje za pomocą telepsychiatrii, druga była edukowana poprzez bezpośrednią relację z lekarzem. Przed badaniem określono poziom wiedzy na temat schizofrenii w obu grupach, który był porównywalny. W czasie sesji terapeutycznych obu grupom przekazywano informacje dotyczące przyczyn, objawów, wpływu choroby na zachowania osoby chorej, wczesnych sygnałów świadczących o nawrocie choroby, konieczności stosowania farmakoterapii, rehabilitacji, problemów z jakimi mogą się spotkać i możliwości uzyskiwania pomocy. Stwierdzono, po upływie 6 tygodni, że ilość zdobytych informacji nie zależała od sposobu przekazywania informacji. Badani w obu grupach charakteryzowali się tym samym poziomem wiedzy. Wadą telepsychiatrii jest jed-

nak brak bliskiego i bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem oraz obawa co do tajności przekazywania informacji. Jest to jednak metoda, którą można wykorzystywać w celu prowadzenia psychoedukacji.

Rodziny osób chorych psychicznie, które uczestniczą w psychoedukacji, osiągają wymierne korzyści. Jewell i wsp. [21] potwierdzają, że psychoedukacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię jest skuteczna w zwalczaniu objawów choroby i zmniejsza liczbę ponownych hospitalizacji. Członkowie rodziny podczas zajęć psychoedukacyjnych mają możliwość zrozumienia istoty choroby, nauczania się sposobów radzenia sobie z chorobą. Zajęcia wpływają także, na zmniejszenie poziomu stresu, poprawiają komunikację w rodzinie i funkcjonowanie społeczne.

Badania naukowców z Pakistanu także potwierdzają korzystny wpływ psychoedukacji rodzin w procesie leczenia chorych na schizofrenię [22]. Porównano dwie grupy badanych. Jedna grupa poddana była terapii standardowej, w drugiej grupie obok terapii standardowej zastosowano także psychoedukację. Sesje edukacyjne były bardzo starannie przygotowane. Badani uczestniczyli w ośmiu sesjach psychoterapeutycznych. W czasie sesji przekazano informacje dotyczące istoty schizofrenii. Omówiono rodzaje, przyczyny, objawy schizofrenii. Zaznaczono wpływ choroby na myśli, emocje, uczucia, zachowanie się osób chorych, funkcjonowanie społeczne, zawodowe, rodzinne. Zwrócono uwagę na leczenie farmakologiczne, zwłaszcza na działania niepożądane i korzyści z regularnego przyjmowania leków oraz rolę farmakoterapii w zapobieganiu nawrotom choroby. Rodziny i pacjenci byli zachęceni do zadawania pytań i przedstawienia problemów, z jakimi się spotykają. Badacze zwrócili także uwagę, że choroba wpływa na obciążenie finansowe w rodzinie. Utrata pracy, oraz poniesione koszty na leczenie i dojazdy to główne przyczyny braku środków finansowych. Wyniki badań potwierdzają, że psychoedukacja ma korzystny wpływ na interakcje rodzinne, zdrowie fizyczne i psychiczne członków rodziny, wypoczynek, obciążenie finansowe.

Górna i wsp. [18] określili korzyści płynące z uczestnictwa w psychoedukacji dla rodzin pacjentów. Dotyczyły one wymiaru poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Wszyscy badani stwierdzili, że nauczyli się rozpoznawać symptomy świadczące o nawrocie choroby, zwiększyli swoją wiedzę na temat farmakoterapii i konieczności jej stosowania, objawów choroby i znaczenia stresu w sytuacjach związanych z nawrotem choroby. Uczestnictwo w psychoedukacji sprzyjało nawiązywaniu kontaktów z innymi osobami, które doświadczają podobnych problemów, uzyskaniu wsparcia i zmniejszeniu poczucia osamotnienia. Rodziny, uczestniczące w zajęciach zwiększyły swoje kompetencje w opiece nad chorym oraz zmieniły swoje postawy wobec chorego, choroby, samego siebie i innych członków rodziny. Dzięki psychoedukacji członkowie rodzin stali się bardziej spokojni, wyciszeni, tolerancyjni, do wielu problemów podchodzą z dystansem i optymizmem, uczą się żyć z chorobą przewlekłą, lepiej rozumieją chorego, a zwłaszcza jego zachowania i są w większym stopniu tolerancyjni. Dużą trudnością dla badanych rodzin było słuchanie o problemach, z jakimi borykają się chorzy i ich rodziny oraz zaakceptowanie przewlekłego charakteru choroby.

Popławska i wsp. [4] zwracają uwagę na znaczenie oddziaływań psychoterapeutycznych na zmniejszenie liczby nawrotów choroby. Dowodzą, że włączenie psychoedukacji rodzin do farmakoterapii miało znaczący wpływ na wydłużenia czasu remisji chorych na schizofrenię. Stwierdzono także, niższy wskaźnik nawrotów choroby w ciągu 12 miesięcy w porównaniu do grupy chorych bez przebytej psychoedukacji. Mc Farlane i wsp. [23] potwierdzają, że udział rodzin w psychoedukacji może mieć wpływ na przebieg schizofrenii. Członkowie rodziny, którzy rozumieją zaburzenia występujące w schizofrenii przejawiają bardziej cierpliwe i tolerancyjne podejście do chorych psychicznie, oraz znają strategie radzenia sobie z problemami, zwłaszcza plan postępowania w sytuacjach kryzysowych. Rodzina ma możliwość odbudowywania własnej struktury, która była zaburzona w wyniku choroby. Udział rodzin w psychoedukacji to potężne narzędzie do zmniejszania liczby nawrotów, lepszego postrzegania leczenia oraz poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin, a członkowie rodziny stają się partnerami w procesie rehabilitacji chorego.

Inne poruszane w piśmiennictwie zagadnienie to zaangażowanie członków rodzin osób chorych w proces psychoedukacyjny. Waluk i wsp. [24] przeprowadzili analizę tego zagadnienia w Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej w Zespole Oddziałów Dziennych. Na spotkania psychoedukacyjne zapraszani byli członkowie rodzin, bez osób chorych. Celem spotkań było przekazywanie wiedzy na temat przyczyn powstawania choroby, objawów pozytywnych i negatywnych, farmakologicznych i nefarmakologicznych metod leczenia. Uwrażliwiano członków rodzin na zapobieganie nawrotom choroby, pojawienie się objawów zwiastunowych. Opracowano plan kryzysowy, indywidualny dla każdej rodziny. Ważnym elementem były także zajęcia poświęcone komunikacji, sposobów wyrażania emocji, rozwiązywania konfliktów, szukania wsparcia. Okresowo w spotkaniach uczestniczył również pracownik socjalny, który poruszał zagadnienia prawne i socjalne związane z leczeniem. Analiza wykazała, że najczęściej w proces leczenia swoich dzieci angażują się matki niż ojcowie. Mężowie częściej współpracują z terapeutami w sytuacji hospitalizacji ich żon, niż żony, gdy leczeniu poddają się ich mężowie.

Korzyści wynikające z udziału w psychoedukacji chorych na schizofrenię

Wiele badań potwierdza wartość psychoedukacji, jako formy oddziaływań w zakresie radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą, leczeniem farmakologicznym, zmniejszania długości i częstotliwości hospitalizacji.

Niemieccy badacze zadali pytanie, czy granica niepełnosprawności intelektualnej u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii ogranicza stosowanie psychoedukacji [25]. Badano osoby chore z IQ 70-85, a następnie wyniki badań porównano z grupą pacjentów z IQ 85. Wyniki wykazały, że osoby cierpiące na schizofrenię z ilorazem inteligencji poniżej przeciętnej mogłyby być włączone do grup ogólnych.

Popławska i wsp. [26] przeprowadzili badania porównując dwie grupy badanych. Grupę pierwszą poddano terapii farmakologicznej i psychoedukacji, grupę drugą tylko farmakoterapii. Stwierdzono, że dołączenie terapii

psychoedukacyjnej do farmakoterapii miało istotny wpływ na wydłużenie okresu remisji. Wskaźnik nawrotów choroby w ciągu 12 miesięcy w grupie poddanej psychoedukacji był niższy w porównaniu z grupą drugą. W trakcie zajęć chorzy mieli możliwość poznania objawów choroby, objawów ubocznych stosowanych leków, rozpoznawania objawów prodromalnych. Czynny udział uczestników spotkania prowadzi do poprawy współpracy i przestrzegania zaleceń lekarskich. Juchnowicz i wsp. [3] ocenili wpływ psychoedukacji na leczenie farmakologiczne. Badanie pacjentów zostało przeprowadzone dwukrotnie – przed rozpoczęciem zajęć i po ich zakończeniu. Porównanie postaw wobec farmakoterapii przed i po psychoedukacji zmieniło się w kierunku pozytywnym. Inne badania zwracają uwagę na to, że pacjenci objęci terapią psychoedukacyjną mają większe zaufanie wobec możliwości farmakoterapii oraz są pełni optymizmu. Deklarują poszukiwanie źródeł oparcia i sposobów radzenia sobie z narastaniem objawów w okresie nawrotów choroby [26]. Meder [16] wskazuje, że poziom wiadomości o rodzajach leków, objawach ubocznych, zasadach farmakoterapii, sposobów przechowywania leków jest wyższy w grupach w których przeprowadzono psychoedukację. W badaniu Kisslinga i wsp. [27] stwierdzono, że chorzy którzy uczestniczyli w 8 grupowych spotkaniach psychoedukacyjnych wykazywali większą poprawę w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich w porównaniu z grupą kontrolną u której zastosowano tylko leczenie farmakologiczne. Ponadto grupa tych chorych wykazywała mniejszą liczbę ponownych hospitalizacji.

Chądyńska i wsp. [28] analizowali opinie pacjentów na temat prowadzonych zajęć psychoedukacyjnych i postawie terapeutów. Z badań wynikało pozytywne nastawienie do proponowanych zajęć. Głównym czynnikiem motywującym do udziału w psychoedukacji było zdobywanie wiedzy o chorobie. Pacjenci wskazywali na wzrost świadomości i wglądu w proces chorowania i zdrowienia oraz poznanie sposobów radzenia sobie w życiu ze schizofrenią. Zdecydowanie rzadziej uczestnicy zajęć opisywali korzyści terapeutyczne, jak poprawa nastroju lub możliwość kontaktu z innymi pacjentami. Uczestnictwo w psychoedukacji pomogło także pacjentom zaakceptować schizofrenię i radzić sobie z przewlekłym faktem choroby.

Górna i wsp. [12] opisali doświadczenia związane ze spotkaniami psychoedukacyjnymi chorych. W pracy z chorymi wykorzystywano techniki behawioralno-poznawcze i interpersonalne. Chorzy dzielili się praktycznymi sposobami zmniejszającymi poziom lęku i napięcia w sytuacjach trudnych, opowiadali o swoich przeżyciach, doświadczeniach związanych z chorobą, hospitalizacją i leczeniem farmakologicznym. Przedstawiali swoje oczekiwania dotyczące kontaktów z członkami zespołu terapeutycznego. Wyrażali zapotrzebowanie na informacje, dotyczące funkcjonowania oddziału, organizowania zajęć terapeutycznych, organizacji wolnego czasu. Pacjenci mieli możliwość konfrontacji swoich przeżyć z przeżyciami innych chorych. Wpływało to na możliwość uświadomienia sobie podobieństwa własnych problemów z problemami innych, przez co zmniejszało się poczucie osamotnienia i izolacji, a zwiększało się poczucie zaufania, akceptacji, i przynależności. Pacjenci uświadomili sobie, że mają wpływ na przebieg choroby, leczenie i proces zdrowienia.

Udział pielęgniarek w psychoedukacji

Bardzo ważnym zagadnieniem jest ocena stopnia zaangażowania w proces psychoedukacyjny personelu oddziałów psychiatrycznych. Rola pielęgniarki w rehabilitacji jest znaczna, gdyż jako członek zespołu terapeutycznego może wspierać chorego oraz motywować do podejmowania aktywności, pomagać w pokonywaniu trudności, umacniać wiarę w sens leczenia. Pielęgniarka obserwuje zmiany, jakie zachodzą pod wpływem podjętej rehabilitacji. Dostrzega jego rozterki, problemy, wątpliwości, wspiera i okazuje zrozumienie [9].

Wilczewska i wsp. [29] analizowali zaangażowanie pielęgniarek w rehabilitację psychiatryczną, w tym w psychoedukację. Rehabilitacja psychiatryczna należy do funkcji zawodowych pielęgniarek. Biorą one udział we wszystkich jej etapach i formach, we współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Współpraca ta opiera się na zasadach partnerstwa i dążenia do osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest zdrowie pacjenta. Większość badanych pielęgniarek podejmuje działania z zakresu rehabilitacji, w tym psychoedukacji, a część jedynie na zlecenie lekarskie. Niski poziom wiedzy dotyczył aktów prawnych, które regulują udział personelu pielęgniarstwa w rehabilitację psychiatryczną. Ankietowani zwrócili także uwagę na niewystarczającą wiedzę z pielęgniarstwa psychiatrycznego, którą uzyskali w trakcie nauki. Duża część pielęgniarek podejmuje działania w celu doksztalcenia się. Personel źle ocenił warunki oddziału do przeprowadzenia rehabilitacji psychiatrycznej. Dostrzegano małą liczbę personelu, brak sprzętu, pomieszczeń. Pacjenci ocenili personel pielęgniarstwa jako życzliwy i kompetentny. Innym aspektem była analiza problemów i obaw, które zgłaszali chorzy, do pielęgniarek, uczestniczący w rehabilitacji psychiatrycznej. Najczęściej były to trudności w radzeniu sobie z objawami choroby, lęk przed nieznaną chorobą, odrzucenie przez rodzinę, utrata pracy, niezależności, brak informacji na temat choroby, jaką jest schizofrenia [29].

PODSUMOWANIE

Aktualne doświadczenia związane z leczeniem schizofrenii wskazują, że udział i zaangażowanie pacjenta w psychoedukację jest ważnym elementem procesu leczenia. Psychoedukacja swym oddziaływaniem obejmuje zarówno chorego, jak i jego rodzinę. Nie wystarczy otoczyć opiekę samego pacjenta, ponieważ aktywna współpraca z rodziną i środowiskiem pacjenta przynosi optymalne rezultaty w procesie leczenia. Należy dążyć do łagodzenia skutków choroby i długotrwałej hospitalizacji, podnosić poziom samodzielności pacjentów. Ważne znaczenie ma, aby chorzy psychicznie nie musieli spędzać swojego życia w samotności, w poczuciu wyizolowania od społeczeństwa z poczuciem, że są ciężarem dla najbliższych i są bezradni,

ale mogli aktywnie uczestniczyć w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
2. Różycka W, Czernek A, Wojtas K. Wybrane modele psychoedukacji rodziny i pacjentów chorych na schizofrenię. Zdr. Publ. 2008; 118 (2): 226-231.
3. Juchnowicz D, Zdanowicz E, Mantur M. Rola psychoedukacji w leczeniu schizofrenii. Bad. Schizofr. 2007; 8: 62-74.
4. Popławska R, Konarzewska B, Agnieszka T i wsp. Psychoedukacja rodzin w terapii schizofrenii. Ann UMCS. 2005; Vol. 60; Supp. 16; 423: 388-390.
5. Voltz H, Pajonk F. Schizofrenia. Wrocław: Urban & Partner; 2004.
6. Barbaro B. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 1999.
7. Mączka G, Grabski B, Gierowski J i wsp. Psychoedukacja grupowa w kompleksowym leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej - doświadczenia krakowskie. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 89-100.
8. Meder J. Schizofrenia - leczenie i rehabilitacja. Przew Lek. 2004; 5: 52-59.
9. Ugniewska C. Pielęgniarstwo Psychiatryczne i neurologiczne. Warszawa PZWL; 1998.
10. Górna K, Palacz M. Znaczenie psychoedukacji w opinii rodzin chorych na schizofrenię. Pielęgn. Pol. 2003; 2(16): 164-167.
11. McFarlane WR. Family Therapy In schizofrenia. New York, London: The Guilford Press 1983.
12. Górna J, Jaracz K, Suwalska A i wsp. Psychoedukacja w schizofrenii, a relacja terapeutyczna. Bad. Schizofr. 2009; 10: 96-100.
13. Cechnicki A. Rehabilitacja psychiatryczna- cele i metody. Psychiatr. Prakt. Klin. 2009; 2(1): 41-54.
14. Meder J. Psychoedukacja pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi. Wiad. Psychiatr. 2001; 4: 52-56.
15. Juchnowicz D, Zdanowicz E, Mantur M. Wpływ psychoedukacji na postawę wobec leczenia farmakologicznego pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Bad. Schizofr. 2007; 8: 75-87.
16. Meder J. Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
17. Górna K, Suwalska A. Psychoedukacja chorych na schizofrenię. Pielęgn. Pol. 2001; 2: 238-245.
18. Barbaro B, Ostojka- Zawadzka K. Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zespoły schizofrenopodobne. Warszawa: PZWL; 1992.
19. Muraskiewicz L. Rodzina partnerem efektywnego leczenia schizofrenii. Przew. Lek. 2002; 5(7): 27-33.
20. Haley C, O' Callaghan E, Hill S. et al. Telepsychiatria and carer education for schizofrenia. Eur. Psychiatry. 2011; 26(5): 302-304.
21. Jewell TC, Downing D, McFarlane WR. Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizofrenia. J. Clin. Psychol. 2009; 65 (8): 868-878.
22. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizofrenia: a randomised controlled trial. Ann. Gen. Psychiatry. 2009; 8: 17-24.
23. McFarlane WR, Lukens E, Link B. et al. Multiple- Family groups and psychoeducation in the treatment of schizofrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 1995; 52: 679-687.
24. Waluk A, Galińska B, Czernikowicz A. Schizofrenia w rodzinie- podsumowanie rocznej współpracy z rodzinami. Bad. Schizofr. 2006; 7: 285-294.
25. Pitschel- Waltz G, Frobose T, Gsottschneider T. et al. Do individuals with schizofrenia and borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? J. Intell. Disabil. 2009; 13 (4): 305-320.
26. Popławska R, Szulc A, Tomczak A. i wsp. Wpływ psychoedukacji na przebieg schizofrenii- wstępne wyniki 2- letniej obserwacji. Bad. Schizofr. 2005; VI; 6: 272-279.
27. Kissling W, Bauml J, Pitschel- Waltz G. Psychoedukation Und Compliance bei der Schizophrenie behandlung, Munch. Med. Wschr. 1995; 137: 801-805.
28. 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.
29. Wilczewska L, Ciszowska-Kreft M. Udział pielęgniarek w rehabilitacji psychiatrycznej. Probl. Piel. 2011; 18 (4): 483-489.

Praca przyjęta do druku: 19.10.2012

Praca zaakceptowana do druku: 27.10.2012