

PIOTR MAJEWICZ
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

PSYCHOEDUKACJA W PROCESIE REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

Streszczenie: Artykuł ma charakter przeglądowy. Dotyczy zagadnień związanych z psychoedukacją oraz możliwościami jej zastosowania przez pedagogów w procesie wspomagania rozwoju i funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, przewlekłymi chorobami somatycznymi oraz zaburzeniami psychicznymi. Przedstawione zostały nie tylko podstawy teoretyczne psychoedukacji, jej obszary, cele i niektóre wyniki dotychczasowych badań, ale również wybrane programy, w tym barceloński program psychoedukacyjny, program PEGASUS, a także krakowski program psychoedukacji. Praktyczne działania psychoedukacyjne stanowią formę stymulacji psychospołecznego rozwoju osób z niepełnosprawnością oraz chorobą przewlekłą. Dopełniają proces rehabilitacji i leczenia, a w przypadku zaburzeń psychicznych stanowią integralną część terapii.

Słowa kluczowe: psychoedukacja, wspomaganie rozwoju, niepełnosprawność, choroba przewlekła, zaburzenia psychiczne

PSYCHOEDUKACJA W KONTEKŚCIE WSPOMAGANIA ROZWOJU

Od dłuższego już czasu w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością w większym stopniu akcentowane jest wspomaganie rozwoju niż ujmowane w sposób tradycyjny usprawnianie (por. Sowa i Wojciechowski 2001). W szerokim ujęciu przez wspomaganie rozwoju rozumie się „specjalny rodzaj interakcji międzyludzkiej zachodzącej we właściwym czasie (gdy wymaga tego dobro zwracającego się o pomoc), odnoszonej do człowieka jako osoby poszukującej, odkrywającej sens swojego życia także poprzez drogę kształtowania sprawności i umiejętności [...]”. Należy dodać, że powinien to być wpływ racjonalny, oddziaływanie natury profesjonalnej, a jego

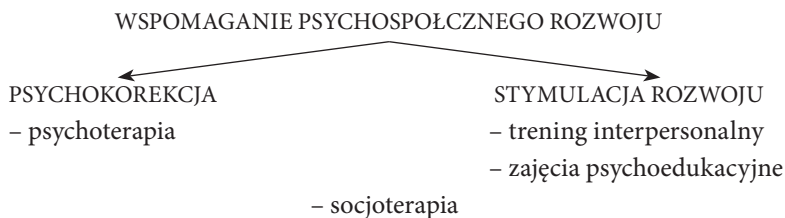
nieodzownym warunkiem jest oferowanie wartości, przy czym nie może ono naruszać podmiotowości, gdyż nie jest to działanie inwazyjne (Kaja 2002, s. 256). Zatem wspomaganie to intencjonalne oddziaływanie człowieka na człowieka (pomoc, zachowanie pomocne, wsparcie), może mieć różne formy, ale zawsze powinno prowadzić do potęgowania dobrostanu (przez promowanie, stymulowanie), powstrzymywania czynników zagrażających (przez interwencję, wychowanie, edukację, prewencję, profilaktykę), a także poprawiania, usuwania nieprawidłowości (drogą korekcji i terapii) lub przywrócenia utraconego dobrostanu jednostki (w postaci rehabilitacji, rewalidacji), co pozwala jednostce na samodzielne i odpowiednie do jej możliwości rozwiązywanie problemów życiowych (Kielar-Turska 2002). Najogólniej rzecz ujmując, można wyodrębnić dwie główne formy wspomagania psychospołecznego rozwoju: psychokorekcję oraz stymulację rozwoju (psychostymulację) (por. Kaja 1997). Pierwsza z wymienionych form odnosi się do działań ukierunkowanych na dokonywanie zmian tych wymiarów osobowości oraz form zachowania, które są dezadaptacyjne, na akceptowane społecznie i przystosowawcze. Chodzi więc o korekcję tego, co uległo zaburzeniu w procesie rozwoju lub zostało nieprawidłowo ukształtowane. Zatem modyfikacja nieprawidłowych zachowań, a pierwotnie również cech i dyspozycji osobowościowych, jest głównym celem psychokorekcji, która wykorzystuje zarówno techniki z zakresu psychoterapii, jak i modyfikacji zachowania. Ponadto w omawianym procesie wykorzystywane są prawidłowo ukształtowane funkcje oraz zachowania, które mogą w tej sytuacji stanowić element kompensujący różnorakie nieprawidłowości w obszarze psychospołecznego rozwoju.

Natomiast druga z wymienionych form wspomagania rozwoju, a więc psychostymulacja, związana jest z formowaniem tych wymiarów osobowości oraz zachowania, które są prawidłowo ukształtowane, ale mogą w wyniku wsparcia osiągnąć wyższy poziom. Chodzi zatem o usprawnianie i doskonalenie, bowiem wspieranie nie polega na wyręczaniu osób z niepełnosprawnością w różnych działaniach i nie jest swoją formą odciążania (por. Kirenko 2002). Rozwój posiadanego potencjału, a także nabywanie nowych, korzystnych, umożliwiających przystosowanie form zachowania stanowi istotę zajęć psychoedukacyjnych realizowanych w praktyce pedagogiki specjalnej. Istnieją różne sposoby interpretacji psychoedukacji w zależności od celu, któremu ma służyć. Zatem ze względu na obrany cel można ją traktować jako formę stymulacji rozwoju, ale również pomocy psychologicznej w postaci profilaktyki ukierunkowanej na jednostkę czy też istotny element procesu leczenia osób przewlekle chorych. W pierwszym przypadku, kiedy mowa o psychoedukacji w kontekście stymulowania rozwoju, rozumie się ją jako zorganizowany proces uczenia się określonych umiejętności psychologicznych, takich jak: efektywne komunikowanie się, prowadzenie mediacji, negocjacji, asertywność, rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych, ale również nabywania bądź rozwijania umiejętności wychowawczych,

kształtowania umiejętności prowadzenia zajęć grupowych z dziećmi, młodzieżą czy też osobami dorosłymi (por. Sawicka 1998).

Ponadto psychoedukacja ma również na celu rozwijanie umiejętności twórczych, szybkiego czytania, uczenie się mnemotechnik itd. Najogólniej rzecz ujmując, można powiedzieć, że w obrębie stymulacji rozwoju mieszczą się różnorodne zajęcia psychoedukacyjne. Poza tym psychoedukacja wiąże się zwykle z nabywaniem i poszerzaniem wiedzy z danego zakresu, a ponieważ zajęcia organizowane są najczęściej w grupie, mają również wymiar emocjonalno-społeczny, bowiem każda forma zajęć grupowych niesie ze sobą doświadczenia wspomnianej natury. Inaczej mówiąc, psychoedukacja ukierunkowana jest przede wszystkim na takie cele, jak: rozwijanie bądź nabywanie umiejętności, w tym poszerzanie lub zdobywanie nowej wiedzy, a także gromadzenie nowych doświadczeń. Może wykorzystywać treningi umiejętności profesjonalnych, takich jak kierownicze czy też wychowawcze. Ponadto może mieć formę treningu zadaniowego, który zmierza np. do zmiany lub utrwalenia pełnionej roli społecznej, jak również przybiera postać zajęć warsztatowych, których celem jest poznanie konkretnych metod oraz form pracy z określoną grupą osób, tak jak ma to miejsce w przypadku pedagogów-praktyków przygotowujących się do prowadzenia zajęć grupowych np. o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym.

Zatem w obrębie psychoedukacji realizowanej w zakresie stymulacji rozwoju istnieje szereg zróżnicowanych celów i form, co implikuje brak całkowitej jednorodności prowadzonych zajęć. Niemniej jednak można podjąć próbę sformułowania ogólnej definicji psychoedukacji jako zespołu zaplanowanych, ustrukturalizowanych działań mających na celu rozwój zasobów osobistych w sferze emocjonalno-motywacyjnej, poznawczej, noetycznej oraz instrumentalnej, a także umiejętności mobilizowania i wykorzystywania ich w procesie radzenia sobie w sytuacjach trudnych, przede wszystkim zaś zwiększania poczucia dobrostanu, w efekcie czego osiągnany jest wyższy poziom jakości życia. Tak ujęta psychoedukacja wpisuje się w pełni w nurt psychologii pozytywnej, która jest nauką o zdrowiu, sile i cnotach człowieka, a jej głównymi obszarami zainteresowania są: charakter pozytywny, dodatnie emocje oraz instytucje pozytywne, w których wspomniany charakter powinien znaleźć oparcie (Seligman 2004). Umiejscowienie psychoedukacji w ramach wspomagania rozwoju obrazuje poniższy schemat.



W tym miejscu należy również wspomnieć o innych formach zajęć z zakresu psychokorekcji i stymulacji rozwoju, które wykorzystywane są w celach wspierania rozwoju, ale mają nieco inny charakter. Jest to psychoterapia, trening interpersonalny i w pewnej części również socjoterapia, która znajduje się na pograniczu obu podstawowych rodzajów wspomagania rozwoju. Psychoedukacja rozumiana jako forma stymulacji rozwoju posiada najmniej wspólnych elementów z psychoterapią, chociaż należy podkreślić, że stanowi niezwykle ważny element uzupełniający oddziaływania psychoterapeutyczne, a bywa nawet traktowana, zwłaszcza na gruncie psychiatrii, jako forma psychoterapii (Chądryńska, Meder, Charzyńska 2009). Obecnie trudno jest sobie wyobrazić efektywną psychoterapię bez wsparcia psychoedukacyjnego pacjenta i jego rodziny (Wienberg, Walther, Berg 2015). Główna różnica między omawianymi rodzajami działań polega na odmienności celów: psychoterapia zmierza do zmniejszenia zaburzeń zachowania i objawów somatycznych oraz ich psychospołecznych przyczyn (Sęk 1993, s. 376), natomiast psychoedukacja ma pomóc w opanowaniu nowych lub rozwinięciu posiadanych umiejętności psychologicznych, a szerzej – powiększaniu zasobów osobistych, czego efektem jest poprawa jakości życia.

Zupełnie inne relacje zachodzą między psychoedukacją i treningiem interpersonalnym – obie formy zajęć należą do kategorii stymulacji rozwoju i w związku z tym różnic jest znacznie mniej, chociaż są dostrzegalne. Trening jest ukierunkowany na zmianę tych właściwości i kompetencji, które leżą u podstaw nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi, sięga więc głębszych warstw osobowości. Poza tym ma zwykle mniej ustrukturalizowaną formę niż zajęcia psychoedukacyjne, które są z góry zaplanowane i często ukierunkowane na kształtowanie konkretnej umiejętności. Również socjoterapia różni się w tym względzie od psychoedukacji pomimo tego, że zawiera elementy ćwiczenia nowych zachowań i umiejętności. Niemniej jednak socjoterapia ukierunkowana jest w części na zmiany psychokorekcyjne, które nie są bezpośrednim celem psychoedukacji. Według wielu, zwłaszcza nieco starszych, definicji istotą socjoterapii jest łagodzenie, usuwanie bądź leczenie zaburzeń zachowania i emocji (por. Okoń 1984; Sawicka 1998). Współcześnie zwraca się również uwagę na aspekt stymulacji rozwoju w ramach socjoterapii, podkreślając, że grupa socjoterapeutyczna pełni nie tylko funkcję leczącą, ale również wspomagającą rozwój (John-Borys 2005). Można wskazać trzy grupy zysków płynących z socjoterapii. Po pierwsze, są to korzyści natury rozwojowej, po drugie, zyski edukacyjne, a po trzecie, terapeutyczne (Jankowiak, Soroko 2013). Należy dodać, że coraz częściej zajęcia socjoterapeutyczne podobnie jak psychoedukacyjne prowadzone są przez pedagogów i nie są wyłącznie domeną psychologów, z czasem stały się wręcz częścią wychowania.

Nie są to jedyne podobieństwa między omawianymi rodzajami zajęć. Wszystkie cztery przedstawione pokrótce formy zajęć, a więc psychoterapia (w wersji grupowej), trening interpersonalny, psychoedukacja (w postaci grupowej) oraz socjoterapia, poza swoistymi celami, zadaniami, formami pracy itd. stanowią również grupy rozwoju osobistego. Udział we wspomnianych zajęciach dostarcza zwykle intensywnych doświadczeń umożliwiających lepsze funkcjonowanie zarówno na poziomie interpersonalnym, jak i indywidualnym (por. Schneider Corey, Corey 1995). Wspomaganie rozwoju ma zatem różne formy, ale zawsze powinno wiązać się z atmosferą bezpieczeństwa, zaufania oraz życzliwości w relacjach między uczestnikami spotkań, aby możliwa była optymalna realizacja specyficznych dla danej formy zadań i osiągnięcie wyznaczonych celów rozwojowych.

WYKORZYSTANIE PSYCHOEDUKACJI W OBSZARZE REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I PRZEWLEKŁĄ CHOROBA SOMATYCZNĄ

Wspomaganie procesu rehabilitacji programami psychoedukacyjnymi stanowi współcześnie część holistycznego podejścia do problematyki rozwoju, wychowania i szeroko pojętej adaptacji osób z niepełnosprawnością. Psychoedukacja jako forma stymulacji rozwoju znalazła zastosowanie w pracy ze wszystkimi grupami osób z niepełnosprawnością, ich rodzinami, przyjaciółmi oraz wychowawcami i terapeutami.

Rozwijanie poszczególnych umiejętności przydatnych w procesie psychospołecznej adaptacji oraz umożliwiających osiągnięcie coraz lepszej jakości życia jest nieodłącznym elementem praktycznych działań realizowanych na gruncie pedagogiki specjalnej i psychologii rehabilitacji. Działania psychoedukacyjne opierają się na mocnych stronach człowieka i koncentrują na teraźniejszości, akcentują znaczenie umiejętności psychologicznych, sposobów radzenia sobie, współpracy i upodmiotowienia w procesie rehabilitacji i leczenia (Dixon 1999, Marsh 1992).

Przykładem działań tego typu są zajęcia grupowe przeznaczone dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (SCI) (Trischmann 1988). Każda sesja jest skoncentrowana wokół konkretnych tematów związanych z problemami codziennego funkcjonowania w nowej sytuacji (niepełnosprawność). Poszczególne tematy są prezentowane w metodyczny sposób, a następnie omawiane przez uczestników. Niezwykle istotna podczas spotkań i prowadzonych dyskusji jest obecność osoby dłuższej doświadczającej niepełnosprawności ruchowej, która pełni funkcję moderatora w grupie. Do uczestnictwa w zajęciach zapraszani są także członkowie rodzin osób z SCI. Głównymi tematami poruszonymi podczas sesji są: nowe metody leczenia, problemy seksualności i płodności, umiejętności społeczne,

w tym zachowania asertywne, przepisy prawne odnoszące się do osób z niepełnosprawnością, bariery architektoniczne i społeczne, możliwości rekreacji, a także problemy higieny, funkcjonowania pęcherza oraz jelit, zapobiegania odleżynom, zagadnienia związane z dietą, stosowaniem leków oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych (por. Richards, Kewman, Richardson, Kennedy 2010). Bardzo ważnym zagadnieniem są relacje intymne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zajęcia tego typu były prowadzone dla osób z paraplegią i tetraplegią przez okres 12 tygodni, przy czym każda cotygodniowa sesja trwała ok. 60 minut (Hough, Stone, Buse 2013). Sesje były skonstruowane tak, aby można było skoncentrować się na jednym temacie lub zespole umiejętności. Efektem zajęć psychoedukacyjnych było ograniczenie u uczestników skłonności depresyjnych, lęku, podwyższenie ogólnego dobrostanu, samooceny, rozwinięcie umiejętności społecznych, w tym specyficznych dla nawiązywania relacji intymnych.

Kształtowanie niektórych z wyżej wymienionych umiejętności odbywało się również podczas działań terapeutycznych przeznaczonych dla kobiet z niepełnosprawnością fizyczną oraz przewlekłą chorobą somatyczną (Vail, Xenakis 2007). Program mający na celu wspieranie (*empowering*) psychospołecznego funkcjonowania został oparty na koncepcji humanistycznej i psychologii self z wykorzystaniem metod pedagogicznych. Podczas 10 szpitalnych sesji rozwijane były umiejętności interpersonalne, asertywność, a także kształtowane poczucie własnej wartości. Warto zaznaczyć, że rolę lidera grupy pełnił pedagog. W efekcie uczestnicy osiągnęli wyższy poziom rozwoju obrazu własnej osoby, a także uspołecznienia.

W ramach psychoedukacji zwrócono również uwagę na problemy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością złożoną. Na przykład w Developmental Disabilities Center (Saint Luke's/Roosevelt Hospital Center, New York) podjęto działania mające na celu udoskonalenie wsparcia dla osób głucho-niewidomych (Mar, Sall 2000). Wynikiem projektu było opracowanie 1) modelu oceny psychoedukacyjnej przeznaczonego do wykorzystania przez psychologów, pedagogów oraz innych specjalistów pracujących z osobami głucho-niewidomymi, a także modelu praktycznego przygotowania personelu w zakresie realizacji programów psychoedukacyjnych; 2) materiałów do samokształcenia dla członków zespołu psychoedukacyjnego; 3) protokołu oceny komunikacji i interakcji społecznych uczniów głucho-niewidomych.

Również w ocenie funkcjonowania oraz działaniach psychoedukacyjnych przeznaczonych dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju zwraca się głównie uwagę na umiejętności komunikacyjne oraz interpersonalne. Ponadto przedmiotem diagnozy i psychoedukacji są w tym przypadku umiejętności wykonawcze, samoobsługa oraz samodzielność, umiejętności związane z aklimatyzacją w szkole lub pracy oraz spędzaniem wolnego czasu (Mesibow, Schopler i in. 2002).

Należy dodać, że także rodzice dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju są objęci psychoedukacją. Na przykład 83 rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu uczestniczyło przez 12 miesięcy w zajęciach psychoedukacyjnych. Głównymi zagadnieniami poszczególnych części programu było poszerzenie wiedzy na temat zaburzeń (ASD), zrozumienie i opanowanie umiejętności, w tym technik behawioralnych w zakresie praktycznych działań wychowawczych, oraz rozwijanie poczucia własnej skuteczności. Poszczególne sesje dotyczyły: wyjaśnienia, czym są zaburzenia ze spektrum autyzmu i jaka jest ich symptomatologia, jaka jest rola doświadczeń sensorycznych dziecka z ASD oraz wykorzystania wizualnych strategii w procesie interwencji behawioralnych. Większość rodziców oceniła kurs jako pozytywne i korzystne doświadczenie (McAleese, Lavery, Dyer 2014). Działania tego typu podejmowane były już w przeszłości, m.in. został zrealizowany psychoedukacyjny program o charakterze multidyscyplinarnym i zarazem multimodalnym w pracy z rodzinami dzieci z autyzmem. Obejmował on nie tylko problematykę rozwoju konkretnych umiejętności, ale również proces diagnozy poszczególnych obszarów funkcjonowania rodziny z dzieckiem z autyzmem (Konstantareas 1990).

Psychoedukacja znajduje również zastosowanie w pomocy osobom z chorobą Alzheimera oraz ich rodzinom/opiekunom (Walker, Pomeroy, McNeil, Franklin 1994; Morano, Bravo 2002). Psychoedukacja grupowa dla rodzin osób z chorobą Alzheimera ma na celu zmniejszenie doświadczanych trudności związanych z opieką przez diagnozę rzeczywistych potrzeb opiekunów w tym zakresie, a następnie udzielenie odpowiedniego wsparcia, uczenie efektywnego komunikowania się z chorym, motywowania do podejmowania aktywności ruchowej i intelektualnej, radzenia sobie z trudnościami w opiece, w tym z własnym stresem, a ponadto poszerzanie wiedzy na temat choroby. Dzięki psychoedukacyjnemu wsparciu opiekunów i rodzin osoby z chorobą Alzheimera mogą przez dłuższy czas funkcjonować w środowisku domowym. Zwiększenie poziomu rozumienia istoty choroby, jej akceptacji oraz poszerzenie repertuaru umiejętności radzenia sobie ze stresem stanowi główny cel psychoedukacji opiekunów i członków rodzin osób chorych.

Nieco inne obszary psychospołecznego funkcjonowania są przedmiotem psychoedukacji osób z chorobami metabolicznymi i niepełnosprawnością. Na przykład program dla osób z wadą wzroku chorujących jednocześnie na cukrzycę miał na celu wypracowanie umiejętności efektywnego kontrolowania poziomu stężenia glukozy we krwi i zmniejszenie skłonności depresyjnych. Rezultaty zajęć psychoedukacyjnych zrealizowanych w ciągu 12 tygodni, w których uczestniczyło 48 dorosłych osób, wskazują na brak związku między nabytą wiedzą na temat cukrzycy a zwiększeniem umiejętności do samoopieki (*self care skills*) oraz poprawą kontroli stężenia glukozy. Zaznaczył się natomiast pozytywny trend w postaci zmniejszenia skłonności depresyjnych (Trozzolino, Thompson, Tansman, Azen 2003).

Sfera emocji, umiejętność ich samodzielnego rozpoznawania, nazywania, a przede wszystkim wyrażania w celu łagodzenia przeżywanego stresu jest jednym z głównych obszarów psychoedukacji przeznaczonej dla osób z chorobami nowotworowymi. Ponadto psychoedukacja jest również ukierunkowana na poszerzanie wiedzy na temat źródeł choroby, sposobów jej leczenia, a także możliwości radzenia sobie ze skutkami ubocznymi prowadzonej terapii. Kolejne cele zajęć psychoedukacyjnych to poprawa komunikacji między pacjentem i jego rodziną a personelem medycznym, budowanie systemu wsparcia, redukcja obaw i niepokoju. Poza tym ważne jest również zdobycie orientacji w możliwościach uzyskania pomocy socjalnej w związku z chorobą. Cele te są osiągane w czasie kolejnych sesji indywidualnych bądź grupowych. W tym drugim przypadku grupa liczy od 6 do 12 osób, każde spotkanie trwa od 90 do 120 minut. Program składa się z 6–12 spotkań, w ramach których poruszane są zagadnienia teoretyczne i ćwiczone umiejętności. Liczba sesji jest uzależniona m.in. od fazy choroby i procesu leczenia osób uczestniczących w zajęciach. Należy podkreślić, że największe korzyści czerpane z zajęć psychoedukacyjnych to poprawa samopoczucia, rozwój umiejętności podejmowania decyzji, zwiększenie aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia, poszerzenie wiedzy, a w efekcie poprawa ogólnej jakości życia (por. Dorfmueller, Dietzfelbinger 2011).

PSYCHOEDUKACJA JAKO INTEGRALNA CZĘŚĆ TERAPII OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Psychoedukację w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi traktuje się jako formę pomocy psychologicznej. Przeznaczona jest zarówno dla osób chorych, jak i ich rodzin oraz przyjaciół. Jej celem jest nie tylko powiększanie wiedzy o chorobie oraz możliwościach jej leczenia, ale również, a może przede wszystkim, rozwijanie umiejętności, które pozwolą skutecznie radzić sobie z chorobą, rozpoznawać uczucia, redukować stres, poprawić komunikację z lekarzem itd. Jak wskazują wyniki badań, najbardziej efektywna jest psychoedukacja prowadzona w trybie: pacjent–rodzina–terapeuta (za: Chądzyńska, Meder, Charzyńska 2009). Ma to szczególne znaczenie w leczeniu zaburzeń psychicznych, gdzie metody, techniki i programy edukacyjne mają ułatwić pacjentowi powrót do zdrowia lub ograniczanie skutków choroby (McFarlane, za: Chądzyńska i in. 2011). Większość programów psychoedukacyjnych jest przeznaczona dla osób z chorobą afektywną dwubiegunową (CHAD) oraz cierpiących na schizofrenię i zaburzenia schizofreniczne.

Współcześnie trudno jest sobie wyobrazić kompleksowe postępowanie terapeutyczne w leczeniu osób z chorobą afektywną dwubiegunową (CHAD) niezawierające poza farmakoterapią także psychoedukacji wraz z innymi działaniami

terapeutycznymi (Mączka i współpracownicy 2010, s. 90). Według Francesca Coloma (2011, s. 339):

Psychoedukacja jest treningiem wzmacniającym pacjenta, skierowanym na promowanie świadomości i proaktywnej postawy, dostarczanie narzędzi do radzenia sobie i życia z przewlekłą chorobą (tj. zwiększania współpracy w leczeniu, wczesnego rozpoznawania symptomów nawrotu choroby, kształtowania stylu życia, radzenia sobie z kryzysami, poprawie komunikacji) oraz zmiany zachowań i postaw związanych z chorobą. Psychoedukacja zastępuje winę odpowiedzialnością, bezradność postawą proaktywną, a zaprzeczanie zamienia na świadomość.

Tak więc nie sposób pominąć psychoedukacji w procesie leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Wśród celów programów psychoedukacyjnych realizowanych w tym zakresie należy wymienić przede wszystkim: osiągnięcie przez pacjenta akceptacji choroby oraz zrozumienie konieczności leczenia, czynne zapobieganie nawrotom choroby, zmniejszenie nasilenia negatywnych emocji, uaktywnienie osoby chorej i przejęcie przez nią części odpowiedzialności za leczenie, uwrażliwienie na to, że stresujące wydarzenia życiowe mogą być czynnikami nasilającymi, a nawet wyzwalającymi kolejny nawrót choroby (por. Meder 2003, s. 311). Przykładem działań praktycznych zmierzających do osiągnięcia wymienionych celów jest barceloński program psychoedukacyjny przeznaczony dla osób z CHAD (Colom, Vieta za: Mączka, Grabski, Gierowski, Dudek 2010), który składa się z 21 sesji, podzielonych na pięć kolejnych części. Pierwsza z nich dotyczy prezentacji grupy, przyjętych zasad oraz zawiera informacje związane z chorobą. Druga dotyczy stosowania się do zaleceń leczenia, trzecia – unikania zagrożeń wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych, czwarta kładzie nacisk na wczesne rozpoznawanie nowych epizodów, a piąta skoncentrowana jest na znaczeniu regularności nawyków oraz radzenia sobie ze stresem.

Istnieje również krakowski program psychoedukacyjny dla osób z CHAD – „Oswajanie choroby afektywnej dwubiegunowej” (Mączka, Grabski, Gierowski, Dudek 2010, s. 95), obejmujący następujące spotkania:

- Spotkanie organizacyjne i wprowadzające
- Sesja 1. Podstawy wiedzy o chorobie afektywnej dwubiegunowej
- Sesja 2. Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej
- Sesja 3. Współpraca terapeutyczna. Przestrzeganie zasad lekarskich.
- Sesja 4. Indywidualny obraz CHAD
- Sesja 5. Wczesne wykrywanie nawrotów i system wczesnego reagowania.
- Sesja 6. Styl życia sprzyjający utrzymaniu zdrowia.

- Sesja 7. Radzenie sobie ze stresem i rozwiązywanie problemów.
- Sesja 8. Podsumowanie. Pytania. Informacje zwrotne. (Mączka, Grabski, Gierowski, Dudek 2010, s. 95)

Pierwsze dwie sesje przeznaczone są na przedstawienie pacjentom najistotniejszych informacji na temat objawów i leczenia CHAD. Ma to na celu przygotowanie do kolejnych działań psychoedukacyjnych. Sesje od trzeciej do siódmej ukierunkowane są na te aspekty choroby, na które pacjent może i powinien mieć bezpośredni wpływ. Chodzi zatem o praktyczne wykorzystanie tych umiejętności, które pozwalają ograniczyć wpływ choroby na własne funkcjonowanie. Dlatego podczas pięciu kolejnych sesji poruszane są kwestie współpracy terapeutycznej, poznania indywidualnego obrazu choroby, wczesnego wykrywania nawrotów, stylu życia, który sprzyja utrzymaniu zdrowia, oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem, a także rozwiązywania problemów. Natomiast ostatnia sesja przeznaczona jest na podsumowanie, uwagi, pytania oraz informacje zwrotne na temat programu i jego realizacji.

Jednym z najbardziej popularnych europejskich programów psychoedukacyjnych jest PEGASUS przeznaczony dla osób cierpiących na zaburzenia z kręgu schizofrenii i schizoafektywne (Wienberg, Walther, Berg 2015). Program zapoczątkowano w 1989 roku, został przetestowany w latach 1992–1994 na oddziałach psychiatrycznych w niemieckim Bielefeld, a w 1995 ukazał się pierwszy podręcznik dla grup PEGASUS (skrót oznaczający psychoedukację grupową w schizofrenii i zaburzeniach schizoafektywnych). Obecnie w praktyce psychoedukacyjnej wykorzystywana jest szósta wersja programu.

PEGASUS opiera się na koncepcji radzenia sobie z podatnością na stres, która zajmuje ugruntowaną pozycję jako metateoria o znacznej sile integracyjnej i dużym znaczeniu praktycznym. Jest to dynamiczny model biopsychospołeczny bazujący na teorii systemów, która z kolei umożliwia zintegrowanie do modelu nadrzędnego dużej ilości wyników badań nad schizofrenią. Główne cele programu to m.in.: wspieranie zrozumienia choroby, relatywizacja piętnujących i fałszywych wyobrażeń na temat choroby, redukcja lęku i wspieranie pozytywnej samooceny, wzmocnienie aktywnego pokonywania choroby oraz współodpowiedzialności za leczenie, wspieranie partnerskiej współpracy między pacjentem a specjalistami w myśl zasady: „negocjowanie zamiast leczenia”, a także ogólną poprawę jakości życia. W ramach realizacji zadań zmierzających do osiągnięcia wyznaczonych celów stosuje się rozwiązania pedagogiczne z zakresu kształcenia osób dorosłych. Podczas zajęć psychoedukacyjnych składających się zwykle z 14 sesji trwających po 60 minut podejmowane są tematy, które można podzielić na trzy grupy: pierwsza z nich dotyczy wiedzy na temat zachorowań z zakresu schizofrenii, druga skupia się na wiedzy i wymianie doświadczeń związanych z możliwościami leczenia, a trzecia koncentruje się na możliwościach samopomocy w zapobieganiu nawrotom

i pokonywaniu kryzysów, czego podstawę stanowi zrozumienie związku między indywidualną podatnością, czynnikami stresogennymi a występowaniem objawów zwiastunowych nawrotu. Zajęcia są prowadzone nie tylko przez psychiatrów i psychologów, chociaż temat dotyczący leków psychotropowych musi zostać zrealizowany z udziałem lekarza. W Polsce zajęcia psychoedukacyjne są prowadzone przez reprezentantów specjalności innych niż medycyna i psychologia, w tym przez terapeutów zajęciowych (Chądzżyńska, Meder, Charzyńska, Drożdżyńska 2011), którzy często są absolwentami pedagogiki specjalnej.

Jednak aby psychoedukacja przeznaczona dla osób z zaburzeniami psychicznymi była efektywna, powinny być spełnione pewne warunki (Colom 2011, s. 400):

1. Polityka otwartych drzwi – całkowita elastyczność nieplanowanych wizyt pacjentów, zwłaszcza gdy podejrzewany jest nawrót objawów chorobowych. Byłoby nieporozumieniem edukowanie osoby chorej w zakresie wczesnego rozpoznawania symptomów bez możliwości uzyskania szybkiej interwencji.
2. Współpraca zespołowa – psychoedukacja ma sens tylko w warunkach, gdy dostępna jest multidyscyplinarna pomoc. Jest to związane z dostępnością do pomocy przynajmniej jednego z członków zespołu, a także z możliwością korzystania z określonego rodzaju wsparcia.
3. Relacja terapeutyczna opiera się na zaufaniu, a nie na autorytecie – oznacza to, że terapeuta powinien być otwarty w relacjach z pacjentem, dzięki czemu unika się w psychoedukacji patogenicznego modelu zależności między dominującym prowadzącym a biernym pacjentem. Promuje się natomiast współpracę i zaufanie we wzajemnych stosunkach.

Na podstawie przedstawionych informacji o zastosowaniu psychoedukacji w procesie leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi można stwierdzić, że odpowiada ona na wciąż niedostatecznie zaspokojone potrzeby pacjentów w zakresie poznania swojej choroby, współudziału w leczeniu, a także umiejętności kontrolowania własnego stanu. Jest zatem niezbędnym, wręcz koniecznym, elementem złożonego procesu leczenia.

PODSUMOWANIE

Psychoedukacja jako forma stymulacji psychospołecznego rozwoju osób z niepełnosprawnością oraz chorobą przewlekłą odgrywa ważną rolę w procesie rehabilitacji i leczenia, a w przypadku zaburzeń psychicznych jest wręcz integralną częścią terapii. Coraz częściej prowadzona jest przez pedagogów specjalnych i dlatego konieczne jest uwzględnienie przygotowania w tym zakresie nie tylko studentów specjalności terapii zajęciowej, ale również wszystkich pozostałych. Przygotowanie

teoretyczne, ale przede wszystkim praktyczne realizowanie zaprojektowanych zajęć w formie treningowej powinno być udziałem każdego studenta pedagogiki specjalnej. O ile psychoedukacja ma ugruntowaną pozycję w leczeniu psychiatrycznym, o tyle w obszarze rehabilitacji, promocji zdrowia oraz profilaktyce nadal wymaga szerszego i bardziej profesjonalnego ujęcia. Problemy projektowania programów psychoedukacyjnych, ich doboru, praktycznej realizacji zajęć powinny zostać ujęte w planach i programach wszystkich studiów z zakresu pedagogiki specjalnej.

LITERATURA

- Chądzynska M., Meder J., Charzyńska K., 2009, *Uczestnictwo w psychoedukacji osób chorych na schizofrenię – analiza zajęć z perspektywy pacjentów*. „Psychiatria Polska”, t. XLIII, 6, 693–704.
- Chądzynska M., Meder J., Charzyńska K., Drożdżyńska A., 2011, *Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię – wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 20 (3), 201–206.
- Colom F., 2011, *Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders*. “The British Journal of Psychiatry”, 198 (5), 338–340.
- Dixon L., 1999, *Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future*. “Journal of Mental Health Policy and Economics”, 2, 3–8.
- Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.), 2011, *Psychoonkologia. Diagnostyka – Metody Terapeutyczne*. Wrocław, Elsevier Urban&Partner.
- Hough S., Stone M.T., Buse D.C., 2013, *Dating and Relationship Psychoeducational Group for Veterans with Spinal Cord Injury/Dysfunction: A Historical Account of an Initial Clinical Course*. “Sexuality & Disability”, vol. 31, 4, 337.
- Jankowiak B., Soroko E., 2013, *Socjoterapia, jako forma pomocy psychopedagogicznej*. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*. Poznań, UAM, 33–57.
- John-Borys M., 2005, *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?*. W: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Kaja B., 1997, *Wstęp*. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*. Bydgoszcz, WSP.
- Kaja B., 2002, *Wspomaganie rozwoju – nauka czy tylko próba interdyscyplinarnego porządkowania problemów?*. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju – psychostymulacja i psychokorekcja*, t. 4. Bydgoszcz, Wydawnictwo AB.
- Kielar-Turska M., 2002, *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganie rozwoju*. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju – psychostymulacja i psychokorekcja*, t. 4. Bydgoszcz, Wydawnictwo AB.

- Kirenko J., 2002, *Siła i natężenie wsparcia społecznego kierowanego do osób z niepełnosprawnością ruchową*. „Nasze Forum”, 2–3 (6–7), 13–20.
- Konstantareas M.M., 1990. *A Psychoeducational Model for Working with Families of Autistic Children*. “Journal of Marital and Family Therapy”, vol. 16, 1, 59–70.
- Mar H.H., Sall N., 2000, *Psychoeducational Assessment of Students Who Are Deaf-Blind: A Decision-Making Model for School-Based Practitioners. Final Report*. Baza danych: ERIC.
- Marsh D., 1992, *Working with families of people with serious mental illness*. W: L. VandeCreek, S. Knapp, & T.L. Jackson (red.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook*. Sarasota, Professional Resource Press.
- Mączka G., Grabski B., Gierowski J.K., Dudek D., 2010, *Psychoedukacja grupowa w kompleksowym leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej – doświadczenia krakowskie*. „Psychiatria Polska”, t. XLIV, 1, 89–100.
- McAleese A., Lavery Ch., Dyer K.F.W., 2014, *Evaluating a Psychoeducational, Therapeutic Group for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder*. “Child Care in Practice”, vol. 20, 2, 162–181.
- Meder J., 2003, *Rehabilitacja*. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner.
- Mesibow G., Schopler E., Schaffer B., Landrus R., 2002, *Profil psychoedukacyjny dla młodzieży i dorosłych (AAPEP). Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwojowymi*, t. IV. Warszawa, Twigger.
- Morano C.L., Bravo M., 2002, *A Psychoeducational Model for Hispanic Alzheimer’s Disease Caregivers*. “Gerontologist”, vol. 42, 1, 122–126.
- Okoń W., 1984., *Słownik pedagogiczny*. Warszawa, PWN, 278.
- Richards J.S., Kewman D.G., Richardson E., Kennedy P., 2010, *Spinal cord injury*. W: R.G Frank., M. Rosenthal, B. Caplan (red.), *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington, APA, 9–23.
- Sawicka K., 1998, *Socjoterapia*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Schneider Corey M., Corey G., 1995, *Grupy. Zasady i techniki pomocy psychologicznej*. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.
- Seligman M.E.P., 2004, *Psychologia pozytywna*. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa, PWN.
- Sęk H., 1993, *Podstawowe rodzaje pomocy psychologicznej*. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa, PWN, 365–380.
- Sowa J., Wojciechowski F., 2001, *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*. Rzeszów, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE.

- Trischmann R.B., 1988, *Spinal Cord Injuries: Psychological, Social and Vocational Adjustment*. New York, Demos.
- Trozzolino L., Thompson P.S, Tansman M.S., Azen S.P., 2003, *Effects of a Psychoeducational Group on Mood and Glycemic Control in Adults with Diabetes and Visual Impairments*. "Journal of Visual Impairment & Blindness", vol. 97, 4, 230–39.
- Vail S., Xenakis N., 2007, *Empowering women with chronic, physical disabilities: a pedagogical/experiential group model*. "Social Work in Health Care", 46(1), 67–86.
- Walker R.J., Pomeroy E.C., McNeil J.S., Franklin C., 1994, *A Psychoeducational Model for Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease*. "Journal of Gerontological Social Work", vol. 22, 1/2, 75–91.
- Wienberg G., Walther Ch., Berg M., 2015, *Psychoedukacja grupowa z schizofrenii i zaburzeniach schizoafektywnych. Program PEGASUS*. Warszawa, Wydawnictwo DK Media Poland.

PSYCHOEDUCATION IN THE PROCESS OF REHABILITATION
OF PEOPLE WITH DISABILITY AND CHRONIC ILLNESS

Abstract: The article is a review concerning psychoeducation and ways of using it by teachers in the process of supporting the development and functioning of people with disability, chronic physical illness and mental disorders. There are presented some theoretical basis of psychoeducation as well as the areas, aims and some of the results of previous studies. Moreover, selected programs such as the Barcelona Psychoeducation Program, PEGASUS Program and Cracow Psychoeducation Program are also described.

Practical psychoeducational actions stimulate psychosocial development of people with disabilities and chronic illness. They make the rehabilitation and treatment process complete and in the case of mental disorders are an integral part of the therapy.

Keywords: psychoeducation, developmental support, disability, chronic disease, mental disorders