

# Psychoedukacja jako forma stymulacji rozwoju osób z niepełnosprawnością

## Psychoedukacja w perspektywie psychokorekcji i stymulacji rozwoju

Współcześnie istnieje wiele form wspomaganie rozwoju osób z niepełnosprawnością. Są wśród nich działania związane z psychokorekcją rozwoju oraz działania związane ze stymulacją (psychostymulacją) rozwoju (por. Kaja 1997).

W pierwszym przypadku mamy do czynienia z działaniami zmierzającymi do zmiany wymiarów osobowości oraz form zachowania, które są dezadaptacyjne, na akceptowane społecznie i przystosowawcze. Chodzi więc o „naprawę” tego, co zostało zaburzone lub nieprawidłowo ukształtowane. Korekcja i kompensacja odgrywają tu zasadniczą rolę. Modyfikacja nieprawidłowych form zachowania, a pierwotnie również cech, dyspozycji i poszczególnych wymiarów osobowościowych, jest zatem głównym celem psychokorekcji, która wykorzystuje techniki z obszaru psychoterapii oraz modyfikacji zachowania. Przy czym te ostatnie opierają się przede wszystkim na metodach behawioralnych, zwłaszcza tam, gdzie możliwość osiągnięcia porozumienia na poziomie poznawczym jest znacznie ograniczona, jak ma to miejsce chociażby w sytuacji osób z autyzmem wczesnodziecięcym, czy też osób z głębszą oraz głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Ponadto w procesie psychokorekcji wykorzystywane są prawidłowo rozwinięte funkcje oraz ukształtowane w sposób pożądanym zachowania, które mogą stanowić element kompensujący wszelkie braki i nieprawidłowości.

Drugi wariant wspomaganie związany jest ze stymulacją rozwoju, a więc z rozwijaniem i kształtowaniem aspektów osobowości oraz zachowania, które są prawidłowo uformowane, ale mogą w wyniku wsparcia osiągnąć wyższy poziom. Jak podkreśla Janusz Kirenko, wspieranie nie polega na wyręczaniu osób z niepełnosprawnością w różnych działaniach, ale ma na celu ich usprawnianie i doskonalenie. Jest praktyczną realizacją jednej z zasad rehabilitacji, która brzmi: „Pomagam tobie, abyś umiał sam sobie pomóc” (Kirenko 2002, s. 19). I właśnie z tym wymiarem wsparcia wiążą się zajęcia psychoedukacyjne reali-

zowane w praktyce pedagogiki specjalnej. W tym miejscu należy podkreślić, że znaczenie wspomnianych praktycznych działań znacznie wzrosło, gdy przeniesiony został akcent z kultury przetrwania na jakość życia. Głównym problemem danego społeczeństwa, czy też grupy społecznej przestało być już przetrwanie fizyczne, teraz zasadniczym celem stało się życie ciekawe, wzbogacające, radosne i konstruktywne (por. Boski 2010, s. 567). Oczywiście podstawowym warunkiem takiej modyfikacji są czynniki polityczno-ekonomiczne w skali makro, ale też indywidualna sytuacja ekonomiczna, która powinna zapewniać co najmniej „posiadanie egzystencjalne”, a więc takie, w którym zaspokojone są podstawowe potrzeby człowieka (jedzenie, picie, schronienie itp.). Gdy wspomniane posiadanie egzystencjalne nie jest osiągnięte, rola wszelkich działań z kręgu stymulowania rozwoju jest mocno ograniczona, żeby nie powiedzieć – zbędna. Trudno bowiem mówić o wspieraniu rozwoju w sytuacji zmagania się z przetrwaniem biologicznym. Można stwierdzić, co zresztą będzie truizmem, że dopiero zaspokojenie podstawowych potrzeb stwarza warunki do rozwijania potencjalnych zasobów i kształtowania nowych umiejętności podnoszących jakość życia.

Jednym ze środków wspierających dążenia do osiągnięcia tak ujętych celów jest psychoedukacja. Można ją traktować jako formę stymulacji rozwoju, ale również formę pomocy psychologicznej w postaci profilaktyki ukierunkowanej na jednostkę, czy też istotny element procesu leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi lub przewlekłymi chorobami somatycznymi. W pierwszym przypadku, kiedy mówimy o psychoedukacji w kontekście stymulowania rozwoju, psychoedukację rozumie się jako zorganizowany proces uczenia się określonych umiejętności psychologicznych, takich jak: efektywne komunikowanie się, prowadzenie negocjacji, mediacji, asertywność, rozwiązywanie problemów natury społecznej, ale również umiejętności wychowawczych, obejmujących przygotowanie do prowadzenia zajęć grupowych z dziećmi, młodzieżą, czy też osobami dorosłymi (por. Sawicka 1998). Ponadto w ramach psychoedukacji mieści się rozwijanie umiejętności twórczych, szybkiego czytania, uczenie się mnemotechnik itd. Najogólniej rzecz ujmując, stymulacja rozwoju obejmuje wszystkie zajęcia psychoedukacyjne, które mają na celu rozwój określonych umiejętności. Poza tym psychoedukacja wiąże się zwykle z poszerzaniem wiedzy w danym zakresie, a ponieważ zajęcia organizowane są najczęściej w formie grupowej, mają również aspekt emocjonalno-społeczny. Tak więc poza poznawczo-behawioralnym wymiarem psychoedukacji należy również wymienić wymiar afektywny oraz interpersonalny, bowiem każda forma zajęć grupowych pociąga za sobą doświadczenia emocjonalno-społeczne. Inaczej mówiąc, psychoedukacja ukierunkowana jest przede wszystkim na rozwijanie bądź nabywanie umiejętności, w tym poszerzanie lub zdobywanie nowej wiedzy, a także na gromadzenie nowych doświadczeń. Może być realizowana w postaci treningów umiejętności profesjonalnych, np. kierowniczych czy wychowawczych; może mieć formę treningu zadaniowego, który zmierza np. do

zmiany lub utrwalenia pełnionej roli społecznej; może również przybierać postać zajęć warsztatowych, których celem jest poznanie konkretnych metod oraz form pracy z określoną grupą osób, jak ma to miejsce w przypadku pedagogów-praktyków przygotowujących się do prowadzenia zajęć grupowych, np. o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym.

W obrębie psychoedukacji realizowanej w zakresie stymulacji rozwoju istnieje zatem szereg zróżnicowanych celów i form, co implikuje brak całkowitej jednorodności prowadzonych zajęć. W tym miejscu należy również wspomnieć o innych rodzajach pomocy psychologicznej, które wykorzystywane są w celach wspierania rozwoju. Jest to przede wszystkim trening interpersonalny i w pewnym stopniu również socjoterapia, która znajduje się na pograniczu stymulacji rozwoju i psychokorekcji. Najmniej elementów wspólnych z psychoedukacją rozumianą w powyższy sposób wykazuje psychoterapia, co zresztą jest zrozumiałe ze względu na odmienny cel tej ostatniej, jakim jest dokonywanie korekcji występujących zaburzeń psychicznych. Powracając jednak do zajęć z zakresu stymulacji rozwoju, trzeba wskazać na istotne różnice pomiędzy psychoedukacją a treningiem interpersonalnym. Przede wszystkim 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 niż nabywanie nowych umiejętności w ramach psychoedukacji. Poza tym ma zwykle mniej ustrukturalizowaną formę niż zajęcia psychoedukacyjne, które są z góry zaplanowane i ukierunkowane na kształtowanie konkretnej umiejętności. Również socjoterapia różni się w tym względzie od psychoedukacji. Chociaż zawiera elementy ćwiczenia nowych zachowań i umiejętności, ukierunkowana jest na zmiany psychokorekcyjne, które nie są bezpośrednim celem psychoedukacji.

Omówione różnice nie zaprzeczają istnieniu „części wspólnej” wszystkich wymienionych rodzajów działań. To, co łączy psychoedukację, trening interpersonalny, socjoterapię, a nawet psychoterapię (w wersji grupowej) wiąże się z pożądaną atmosferą bezpieczeństwa, zaufania oraz życzliwości w relacjach pomiędzy uczestnikami spotkań. Są to swego rodzaju grupy rozwoju osobistego, które dostarczają zwykle intensywnych doświadczeń umożliwiających lepsze funkcjonowanie na poziomie interpersonalnym (por. Schneider Corey, Corey 1995), ale również indywidualnym. Istota omawianych zajęć polega na powiększaniu wiedzy o sobie i o innych ludziach, na pomocy w uświadamianiu sobie zmian, które chce się wprowadzić w życie, i wreszcie na dostarczaniu narzędzi koniecznych do dokonania wspomnianych zmian. W toku zajęć każdy uczestnik, wchodząc w interakcje z innymi osobami, w sytuacji pełnego zaufania wobec otoczenia, ma okazję wypróbowania nowych form zachowania i uzyskania informacji zwrotnych. W efekcie nie tylko może przetestować nowe formy zachowania w przyjaznym środowisku, ale dowiaduje się również, jak jest postrzegany przez innych ludzi

(por. Majewicz 2006). Wspólna dla wymienionych rodzajów zajęć jest również forma organizacyjna większości ćwiczeń, a więc krąg, który zapewnia bezpośredni kontakt wszystkich uczestników oraz pozwala na sprawne, szybkie, nieprowadzące do znużenia realizowanie krótkich ćwiczeń (tzw. rundka).

## Kulturowe ramy psychoedukacji

Omawiając różne formy stymulacji rozwoju nie sposób nie wspomnieć o kontekście kulturowym i w pewnym sensie także historycznym (Boski 2010, s. 575–579). Sam termin „trening psychologiczny” ma już w polskich warunkach ponad 40-letnią tradycję. Jego początków należy jednak szukać w USA i w działalności Kurta Lewina, który po II wojnie światowej skoncentrował się na metodach optymalizacji demokratycznych procesów kierowania oraz pracy grupowej. Utworzył on National Training Laboratories (NTL), których celem było wspomaganie w nowo powstałym państwie Izrael funkcjonowania kibuców, komun rolniczych i życia społecznego. Po pewnym czasie z tych form wspomagania zrodziły się treningi motywacji osiągnięć oraz przywództwa. Drugim źródłem współczesnych zajęć treningowych była psychoterapia grupowa, a przede wszystkim psychodrama wprowadzona przez Jacoba Moreno. Jednak dopiero utworzenie w połowie lat 60. XX wieku tzw. grup spotkaniowych (*encounter groups*), opartych na humanistycznej teorii Carla Rogersa, wprowadziło zajęcia treningowe na stałe do naszego życia społecznego. W Polsce ruch treningowy zapoczątkowali: psychiatra Kazimierz Jankowski oraz psycholog Jerzy Mellibruda, którzy po pobycie w USA na początku lat 70. XX wieku rozpoczęli w naszym kraju realizację treningów interpersonalnych. Jednak przeszczepienie amerykańskiej formuły treningowej na polskie warunki w jej ortodoksyjnej wersji, a więc ekstremalnie indywidualistycznej, bez należytej adaptacji, spowodowało, że trening stał się przejawem amerykanizacji, przykładem akulturacji bez wyjeżdżania z kraju. Jak podkreśla Paweł Boski (2010, s. 579):

[...] każde oddziaływanie treningowe jest nacechowane kulturowo, żadne nie ma walorów uniwersalnych. Trening interpersonalny, jaki z naiwnym entuzjazmem wprowadziliśmy przed czterema dekadami, a praktykujemy do dziś, nie jest niczym innym jak uczeniem Polaków przebywających w kraju i nie będących kandydatami na emigrantów, wzorców kultury amerykańskiej jako zasad codziennego funkcjonowania psychologicznego.

W tym miejscu warto wspomnieć o kulturowych różnicach, widocznych chociażby w zakresie postrzegania asertywności, która jest wyjątkowo częstym przedmiotem zajęć psychoedukacyjnych. Swoją popularność treningi zachowań asertywnych zawdzięczają przede wszystkim utylitarności w życiu społecznym.

Umiejętność swobodnego i kontrolowanego wyrażania uczuć, obrony siebie, własnych praw, a także zwracania się o pomoc w razie potrzeby, czy też inicjowania, podtrzymywania, ale także ograniczania komunikacji z różnymi ludźmi (por. Sęk 1988) jest niewątpliwie przydatna, ale ze względu na uwarunkowania kulturowe może być różnie oceniana. Na przykład w licznych ujęciach teoretycznych, ale również w analizach empirycznych, przedstawia się asertywność jako przeciwieństwo agresji, a także uległości, i określa się mianem trzeciej drogi w kontaktach interpersonalnych. Jednak nie zawsze tak jest, a raczej nie wszędzie na świecie. Wyniki badań dotyczące relacji pomiędzy asertywnością oraz agresją u młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz młodzieży pełnosprawnej, przeprowadzone w naszym kraju (Majewicz, Mikrut 2014), wskazują na krzyżowanie się niektórych form obu zachowań. Oznacza to, że poszczególne sposoby zachowania mogą być kwalifikowane zarówno jako asertywne, jak i jako agresywne. Różnica polega w takiej sytuacji na składniku emocjonalnym – czy jest on dodatni, czy też ma znak ujemny. W pierwszym przypadku zachowanie zostanie określone jako asertywne, natomiast w drugim jako agresywne. Ponadto różnice kulturowe powodują, że to samo zachowanie będzie inaczej ocenione przez mieszkańców np. USA, a zupełnie inaczej przez np. Japończyków. Można przypuszczać, że analogiczne wyniki badań amerykańskich nie wskazałyby na istotną zależność na przykład między „napastliwością słowną” a zachowaniami asertywnymi, natomiast w drugim przypadku, tj. w Japonii, byłaby ona prawdopodobnie dodatnia i znacznie silniejsza niż w badaniach polskich. Zaznaczają się tu wyraźnie różnice między kulturą skrajnie indywidualistyczną (USA) a kulturą kolektywistyczną (Japonia). Inaczej mówiąc, czynnik kulturowy ma w tym zakresie ogromne znaczenie.

W międzynarodowych badaniach GLOBE (Boski 2010) pozycje poszczególnych krajów w zakresie nasilenia asertywności bardzo się różnią. Blisko krańca oznaczonego jako nasilona asertywność znajdują się USA, przeciwległą pozycję, czwartą od końca, zajmuje Japonia, natomiast Polska lokuje się na pozycji środkowej (35. pozycja na 61 ocenianych państw), podobnie jak inne kraje Europy Środkowej. Patrząc z kulturowego punktu widzenia można powiedzieć, że asertywność jest krystalicznym przejawem indywidualizmu w życiu społecznym. Człowiek jest tu widziany jako jednostka osaczona przez innych. Warto jednak zaznaczyć, że w krajach Dalekiego Wschodu zachodnia asertywność jawi się jako brak dojrzałości społecznej. Jest to spowodowane oczekiwaniem umiejętności wpasowywania się w układ relacji z innymi, a nie akcentowania swojej indywidualności, własnego ja.

Tak więc ocena asertywności z punktu widzenia normy kulturowej, społecznej nie jest jednoznaczna, jednak patrząc na użyteczność wspomnianych zachowań, należy przyznać, że w wielu sytuacjach mogą być one korzystne i umożliwić zabezpieczenie własnych praw i realizację potrzeb. Przy okazji warto wspomnieć

jeszcze o istotnym zagrożeniu związanym z realizacją w ramach psychoedukacji treningów zachowań asertywnych. Chodzi o bezrefleksyjne uczenie konkretnych technik, bez uwzględnienia zaplecza poznawczego w postaci obrazu samego siebie. Pominięcie kształtowania adekwatnego i pozytywnego obrazu własnej osoby oraz związanej z nim samoakceptacji nie pozwala mówić o prawdziwej asertywności. We wspomnianym przypadku mielibyśmy raczej do czynienia z zachowaniami powierzchownie asertywnymi, u podłoża których może leżeć skłonność do manipulacji, egoizm, a nawet wrogość. Poza tym powierzchowna asertywność, realizowana przez osoby submisyjne, o względnie niskiej samoocenie, może – wskutek dysonansu między realizowanymi w praktyce zachowaniami a strukturami poznawczymi – prowadzić do poczucia winy i wtórnie wpływać na obniżenie samooceny. Najbardziej efektywne w takim przypadku jest połączenie metod behawioralno-kognitywnych. Wskazują na to nie tylko analizy teoretyczne, ale również obserwacje kliniczne nad przebiegiem i kształtowaniem zachowań asertywnych (por. Mączyński 1991; Poprawa 2000).

## Psychoedukacja w promocji zdrowia i profilaktyce

W promocji zdrowia psychoedukacja odgrywa zasadniczą rolę, gdyż jest jednym z głównych narzędzi praktycznej realizacji przyjętych zadań. Działania związane z upowszechnianiem wiedzy przydatnej dla wszystkich osób współdziałających w interdyscyplinarnych zespołach, które tworzą i nadzorują konstruowanie narodowych, wojewódzkich, miejskich, osiedlowych oraz szkolnych programów promujących zdrowie, mają charakter psychoedukacji. Również kształtowanie zasobów zdrowotnych oraz zachowań prozdrowotnych opiera się głównie na działaniach psychoedukacyjnych. Upowszechnianie wiedzy wśród wszystkich przedstawicieli zawodów związanych z kształtowaniem zachowań prozdrowotnych w toku socjalizacji, wychowania, a także leczenia jest jednym z ważniejszych zadań psychoedukacyjnych. Wspomniane poszerzanie wiedzy powinno obejmować zarówno treści odnoszące się do psychologicznych teorii i modeli zdrowia, jak i do podstawowych zasad związanych z kształtowaniem, utrzymaniem, a także jego ochroną. Istotne znaczenie ma również formowanie kompetencji życiowych i rozwojowych człowieka, w tym umiejętności określania własnych aspiracji oraz ich zaspokajania w sposób adekwatny do możliwości, sprostaniamu wymaganiom środowiska, różnym sytuacjom trudnym, jak również zadaniom rozwojowym w toku całego życia. Jest to związane z kształtowaniem zasobów i zachowań zdrowotnych (por. Sęk 2005, s. 260–261).

Wśród zasobów osobowości sprzyjających zdrowiu można wyróżnić metasasoby i zasoby szczegółowe. Pierwsze z nich są złożonymi właściwościami psychologicznymi umożliwiającymi skuteczne radzenie sobie ze stresem, w tym

korzystanie z wszelkich dostępnych osobowych i środowiskowych zasobów. Pozwalają one chronić jednostkę przed stresem oraz skutecznie sobie z nim radzić. Konstruktem takim jest opisana przez Suzanne Kobasę (Poprawa 2001) tzw. twardość, określana jako osobowościowy styl odporności na stres, a także poczucie koherencji – pojęcie stworzone przez Aarona Antonovsky'ego (1995, 1997), na które składa się poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Według autora omawianego pojęcia.

[koherencja] jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky 1995, s. 34).

Poczucie koherencji jest kluczowym pojęciem orientacji salutogenetycznej, która odrzuca dychotomiczny podział na zdrowie i chorobę, a dokładniej na ludzi zdrowych i chorych, przyjmując natomiast kontinuum, którego jednym końcem jest zdrowie, a drugim choroba. Podstawowym problemem jest odpowiedź na pytanie, co powoduje, że dany człowiek znajduje się w tym, a nie innym punkcie kontinuum i co sprawia, że przesuwa się w kierunku krańca oznaczonego jako zdrowie. Chodzi więc o wyjaśnienie zdrowia, a nie choroby. Głównym zadaniem jest zatem ustalenie położenia danej osoby na kontinuum i pomoc w przesuwaniu się w kierunku zdrowia (por. Majewicz 2003).

Z kolei drugi wyróżniony poziom zasobów, czyli zasoby szczegółowe osobowości, konstruuje – zdaniem Władysławy Pileckiej (1999) – zasoby poznawcze, na które składają się: pewne wymiary obrazu samego siebie; zasoby instrumentalne, a więc określone umiejętności, oraz zasoby noetyczne, które nadają życiu sens. Do pierwszej z wyróżnionych grup zasobów należą: samoświadomość, samoakceptacja, poczucie własnej wartości, a także poczucie własnej skuteczności. Umożliwiają one orientację we własnej osobowości, wiarę i zaufanie do siebie oraz przekonanie o własnych możliwościach, motywują również do wytrwałego działania. Jest ono możliwe także dzięki zasobom instrumentalnym, takim jak: umiejętności społeczne (empatia, umiejętności komunikacyjne, umiejętności wglądu społecznego), umiejętności radzenia sobie (poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, umiejętność kontrolowania własnych stanów emocjonalnych, procesy intrapsychoiczne – w postaci mechanizmów obronnych, zwracanie się do innych o pomoc) oraz umiejętności korzystania ze wsparcia (emocjonalnego, informacyjnego oraz instrumentalnego) innych osób. Bardzo ważną grupą zasobów są także zasoby określane mianem noetycznych (autonomia, odpowiedzialność, otwartość, cierpienie i nadzieja). Przejawiają się one w sposobie od-

niesienia człowieka do świata wartości, a co za tym idzie w poszukiwaniu sensu w świecie zewnętrznym oraz sensu własnego życia.

Rozwijanie powyższych zasobów wpływa korzystnie m.in. na podejmowane decyzje i zachowania zdrowotne. Dzieje się tak dlatego, gdyż rozbudowane zasoby pozwalają na bardziej skuteczne kierowanie własną aktywnością, a więc realizację zachowań zależnych od woli. Rolą psychoedukacji w omawianym kontekście jest zatem rozwijanie kompetencji osobistych i zawodowych osób, na które działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki są ukierunkowane, ale również wykonawców wspomnianych działań. Jest to profilaktyka ukierunkowana na jednostkę (Ostaszewski 2008, s. 493–494), związana ze stanem wiedzy, przekonań, systemem wartości oraz stylem życia każdego człowieka. Jej praktyczna realizacja odbywa się poprzez szkolenia, warsztaty oraz treningi. Jest więc psychoedukacją, która ma swoje źródła w psychologii prewencji (psychoprofilaktyce). W takim ujęciu rozwijanie kompetencji osobistych i zawodowych pedagogów jawi się jako istotny aspekt działań profilaktycznych ukierunkowanych na osobę. Za najważniejsze obszary psychoedukacji należy uznać poprawę kontaktu pomiędzy osobą wspomagającą, w tym przypadku pedagogiem, a osobą wspomaganą lub grupą takich osób, a więc wychowankami. Ponadto istotnym elementem jest formowanie motywacji prospołecznej pedagoga oraz wszelkich cech i umiejętności służących pomaganiu, a zatem: empatii, otwartości, autentyczności, umiejętności rozumienia drugiej osoby, okazywania jej zainteresowania, troski itp. Jest to możliwe poprzez różne formy psychoedukacji, ukierunkowane zarówno na wiedzę, jak i na konkretne umiejętności psychologiczne.

## Psychoedukacja w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych

Poza stymulacją rozwoju, promocją zdrowia oraz prewencją psychoedukacja znalazła również zastosowanie w obszarze rehabilitacji oraz leczenia. Jest stosowana w działaniach rehabilitacyjnych obejmujących różne grupy osób z niepełnosprawnością (niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność sensoryczna, ruchowa) oraz osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi (przede wszystkim choroby nowotworowe, schorzenia kardiologiczne, cukrzyca, astma) i zaburzeniami psychicznymi (np. schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa). Stanowi obecnie stały element holistycznej rehabilitacji tych osób, tak jak zalecenia dietetyczne czy usprawnianie ruchowe. Opiera się na mocnych stronach człowieka i koncentruje na teraźniejszości. Akcentuje znaczenie umiejętności psychologicznych, sposobów radzenia sobie, współpracy i upodmiotowienia w procesie leczenia (Dixon 1999; Marsh 1992). Na przykład w rehabilitacji osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju psycho-



edukacja koncentruje się na rozwijaniu: umiejętności wykonawczych, samoobsługi oraz samodzielności, umiejętności spędzania wolnego czasu, umiejętności związanych z aklimatyzacją w szkole lub pracy, umiejętności komunikacyjnych, umiejętności interpersonalnych (Mesibow i in. 2002). Nieco inne tematy są przedmiotem psychoedukacji skierowanej do osób z niepełnosprawnością sensoryczną czy fizyczną. W odniesieniu do tej grupy osób, zwłaszcza osób z niepełnosprawnością ruchową, podstawowe zagadnienia psychoedukacji to: nowe metody leczenia, problemy seksualności i płodności, umiejętności społeczne, w tym asertywność, prawne przepisy 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 i in. 2010). Tak więc psychoedukacja obejmuje różne obszary funkcjonowania, które mieszczą się w ramach rozwijania umiejętności oraz poszerzania wiedzy. Ogólnie rzecz ujmując:

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 (Colom 2011, s. 339).

W przypadku osób z chorobami somatycznymi oraz zaburzeniami psychicznymi psychoedukację traktuje się jako formę pomocy psychologicznej. Przeznaczona jest ona 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 sytuacją choroby, rozpoznawać swoje uczucia, zredukować stres, poprawić komunikację z lekarzem itd. Istotne jest opanowanie umiejętności zadawania pytań personelowi medycznemu – i to zarówno przez pacjenta, jak i przez jego bliskich. Do najważniejszych obszarów związanych z psychoedukacją należy informowanie o przyczynach choroby, sposobach leczenia, a także o możliwościach radzenia sobie ze skutkami ubocznymi terapii (jak ma to miejsce np. w leczeniu chorób onkologicznych). Kolejnym ważnym obszarem jest dokonywanie zmian w sferze emocjonalnej pacjenta poprzez uczenie technik redukcji stresu, w tym również treningów relaksacyjnych, rozpoznawania i nazywania własnych emocji, a także umiejętności wyrażania uczuć. Niezwykle istotnym elementem psychoedukacji jest też doskonalenie umiejętności nawiązywania i prowadzenia efektywnego dialogu z lekarzem oraz innymi przedsta-

wicielami personelu medycznego oraz poszerzenie wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy socjalnej w czasie choroby (por. Mehl 2011).

Jak wskazują wyniki badań, najbardziej efektywna jest psychoedukacja prowadzona w dialogu: pacjent – rodzina – terapeuta (za: Chądzyńska, Meder, Charzyńska 2009). Ma to szczególne znaczenie w przypadku leczenia chorób psychicznych, gdzie w rezultacie zastosowania metod, technik i programów edukacyjnych zmierza się do ułatwienia pacjentowi powrotu do zdrowia lub ograniczania skutków choroby czy niepełnosprawności (McFarlane za: Chądzyńska i in. 2011). Jak podkreśla Grzegorz Mączka i współpracownicy (2010, s. 90), współcześnie trudno jest sobie wyobrazić prawidłowe lub inaczej mówiąc kompleksowe postępowanie terapeutyczne w leczeniu osób z chorobą afektywną dwubiegunową (CHAD)<sup>1</sup>, niezawierające, poza farmakoterapią, także psychoedukacji wraz z innymi działaniami terapeutycznymi. Jest to analogiczna sytuacja do leczenia osób chorujących na cukrzycę, gdzie nie można pominąć wagi zrozumienia przez pacjenta istoty terapii, znaczenia monitorowania poziomu cukru we krwi, dobierania odpowiedniej dawki insuliny czy wreszcie umiejętności wykonywania iniekcji w sposób regularny i zgodny z zaleceniami lekarza.

Jak widać, nie sposób pominąć psychoedukacji w procesie leczenia osób z różnymi chorobami przewlekłymi, zarówno somatycznymi, jak i 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 przejście przez nią części odpowiedzialności za leczenie, uwrażliwienie na to, że stresujące wydarzenia życiowe, zwłaszcza w przypadku chorób psychicznych, mogą być czynnikami nasilającymi, a nawet wyzwajającymi kolejny nawrót choroby (por. Meder 2003, s. 311). Przykładem działań praktycznych zmierzających do osiągnięcia wymienionych celów jest barceloński program psychoedukacyjny (Colom, Vieta za: Mączka i in. 2010, s. 90–91), który składa się z 21 sesji, podzielonych na pięć części. Pierwsza część dotyczy prezentacji grupy, przyjętych zasad oraz zawiera informacje związane z wiedzą o chorobie. Druga związana jest z regułami stosowania się do zaleceń leczenia, a trzecia z unikaniem zagrożeń wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych. Czwarta część kładzie nacisk na wczesne rozpoznawanie nowych epizodów, a piąta skoncentrowana jest na znaczeniu regularności nawyków oraz radzenia sobie ze stresem.

1 Choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD) charakteryzuje się występowaniem zaburzeń nastroju w postaci zespołów depresyjnych i maniakalnych. Pomiedzy epizodami depresji oraz manii lub hipomanii występują zwykle okresy remisji, w których brak jest objawów chorobowych lub są one zaznaczone w niewielkim stopniu. Dawniej CHAD nazywana była psychozą maniakalno-depresyjną lub cyklofrenią. Leczenie obejmuje farmakoterapię, psychoterapię oraz psychoedukację (por. Bilikiewicz, Landowski, Radziwiłłowicz 2008, s. 107–116).

Wszystkie wymienione części programu w sposób szczegółowy przedstawia poniższe zestawienie:

„Sesje składające się na barceloński program psychoedukacyjny:

Sesja 1. Wprowadzenie. Prezentacja grupy i obowiązujących w niej zasad  
Wiedza o zaburzeniu

Sesja 2. Co to jest zaburzenie afektywne dwubiegunowe?

Sesja 3. Czynniki etiologiczne i wywołujące epizody

Sesja 4. Symptomy I: mania i hipomania

Sesja 5. Symptomy II: depresja i epizody mieszane

Sesja 6. Rozwój zaburzenia i rokowanie

Stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia

Sesja 7. Leczenie I: leki normotymiczne

Sesja 8. Leczenie II: leki stosowane w terapii manii

Sesja 9. Leczenie III: leki przeciwdepresyjne

Sesja 10. Stężenie leków normotymicznych w surowicy

Sesja 11. Cięża i poradnictwo genetyczne

Sesja 12. Psychofarmakologia a terapie alternatywne

Sesja 13. Ryzyko związane z przerwaniem leczenia

Unikanie nadużywania substancji psychoaktywnych

Sesja 14. Substancje psychoaktywne: ryzyko w zaburzeniach dwubiegunowych

Wczesne rozpoznawanie nowych epizodów

Sesja 15. Wczesne rozpoznawanie manii i hipomanii

Sesja 16. Wczesne rozpoznawanie epizodów depresyjnych i mieszanych

Sesja 17. Co robić, kiedy rozpozna się nowy epizod?

Regularność nawyków i radzenia sobie ze stresem

Sesja 18. Regularność nawyków

Sesja 19. Techniki kontroli stresu

Sesja 20. Strategie rozwiązywania problemów

Sesja 21. Zakończenie”

(Colom, Vieta za: Mączka i in. 2010, s. 90–91)

Na podstawie przedstawionych informacji można stwierdzić, że psychoedukacja odpowiada na wciąż niedostatecznie zaspokojone potrzeby osób z chorobami przewlekłymi w zakresie poznania swojej choroby, współudziału w leczeniu, a także umiejętności kontrolowania własnego stanu. Jest zatem niezbędnym, wręcz koniecznym elementem złożonego procesu leczenia i rehabilitacji.

## Uwagi końcowe

Ze względu na szerokie zastosowanie psychoedukacji zarówno w stymulacji rozwoju (w tym w promocji zdrowia i profilaktyce), jak i w procesie leczenia oraz rehabilitacji trudno jest przyjąć jedną, uniwersalną jej definicję. Zróznicowanie celów, zadań oraz form, a także obszarów psychoedukacji implikuje odmienność sposobów jej ujmowania. Jednak to, co wydaje się wspólne, to ukierunkowanie działań psychoedukacyjnych na zwiększanie zasobów osobistych. Można więc przyjąć, że psychoedukacja jest to zespół 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 (*well-being*), w efekcie czego osiągnany jest wyższy poziom jakości życia.

Należy wspomnieć, że zagadnienia związane z problematyką jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych są jednym z głównych przedmiotów analiz współczesnej pedagogiki specjalnej i psychologii rehabilitacji (m.in. Janiszewska-Nieścioruk 2005; Palak 2006; Palak, Lewicka, Bujnowska 2006; Sadowska 2006; Zasępa, Ślaski 2007; Stauden, Okła 2007; Wehmeyer 2013). Podejmowanych jest szereg działań praktycznych, zmierzających do zwiększania poczucia dobrostanu i zarazem osiągnięcia wyższego poziomu jakości życia. Jednym z nich jest psychoedukacja skierowana bezpośrednio do osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, ale również do członków ich rodzin i przyjaciół.

## Bibliografia

- Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Antonovsky A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Hezsen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P. (2008). *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Boski P. (2010). *Kulturowe ramy zachowań społecznych*. Warszawa: PWN.
- Chądzyńska M., Meder J., Charzyńska K. (2009). Uczestnictwo w psychoedukacji osób chorych na schizofrenię – analiza zajęć z perspektywy pacjentów. *Psychiatria Polska*, 43 (6), s. 693–704.
- Chądzyńska 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), s. 201–206.
- Colom F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 198 (5), s. 338–340.

- Dixon L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2, s. 3–8.
- Janiszewska-Nieścioruk Z. (red.) (2005). *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Impuls.
- Kaja B. (1997). Wstęp. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Kirenko J. (2002). Siła i natężenie wsparcia społecznego kierowanego do osób z niepełnosprawnością ruchową. *Nasze Forum*, 2–3 (6–7), s. 13–20.
- Majewicz P. (2003). Leonardo w nurtach rzeki, czyli zachowania twórcze studentów w perspektywie salutogenetycznej. *Przegląd Lekarski*, 60, s. 119–121.
- Majewicz P. (2006). Wspomaganie procesu kreatywnej adaptacji osób niepełnosprawnych w kontekście edukacyjnym. W: J. Szempruch (red.), *Edukacja wobec wyzwań i zadań współczesności i przyszłości – strategie rozwoju*. Rzeszów: Wydawnictwo UR.
- Majewicz P., Mikrut A. (2014). Relationship between assertive behaviors and aggression of youth with mild intellectual disability. W: P. Krajčí, M. Lezo, M. Fuchsová (red.), *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím*. Bratislava: Irys, s. 21–38.
- 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, FL: Professional Resource Press, vol. 11, s. 389–402.
- Mączka G., Grabski B., Gierowski J.K., Dudek D. (2010). Psychoedukacja grupowa w kompleksowym leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej – doświadczenia krakowskie. *Psychiatria Polska*, 44 (1), s. 89–100.
- Mączyński J. (1991). Behawioralny, kognitywny i behawioralno-kognitywny trening asertywności. *Przegląd Psychologiczny*, 4.
- Meder J. (2003). *Rehabilitacja*. W: A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Mehl U. (2011). Grupy psychoedukacyjne. W: M. Dorfmueller, H. Dietzfelbinger (red.), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Wrocław: Elsevier 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.
- Ostaszewski K. (2008). Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.
- Palak Z. (red.) (2006). *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Lublin: UMCS.
- Palak Z., Lewicka A., Bujnowska A. (red.) (2006). *Jakość życia a niepełnosprawność – konteksty psychopedagogiczne*. Lublin: UMCS.
- Pilecka W. (1999). Choroba przewlekła w życiu i rozwoju dziecka. W: W. Pilecka, P. Majewicz, A. Zawadzki, *Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

- Poprawa R. (2000). Co znaczy być asertywnym? W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju*, t. II. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- 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, s. 9–23.
- Sadowska S. (2006). *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Kraków: Impuls.
- 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.
- Sęk H. (1988). Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia metodologiczne. *Przegląd Psychologiczny*, 3.
- Sęk H. (2005). Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń z perspektywy psychologii. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, Warszawa: PWN.
- Stauden S., Okła W. (red.) (2007). *Jakość życia w chorobie*. Lublin: KUL.
- Wehmeyer M.L. (red.) (2013). *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*. New York: Oxford University Press.
- Zasępa E., Ślaski S. (red.) (2007). *Jakość życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AKAPIT.