

Rehabilitacja psychiatryczna osób z rozpoznaniem schizofrenii - przegląd wybranych metod

Psychiatric rehabilitation in schizophrenia – a review of chosen methods

Paula Fijałkowska¹, Edward Lewczuk², Beata Pawłowska³

¹Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie

²Dyrektor Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie

³Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie różnych rodzajów oddziaływań rehabilitacyjnych przeznaczonych dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Osoby chorujące psychicznie doświadczają licznych trudności w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym. Próba przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu są środowiskowe programy wsparcia społecznego.

Do specyficznych form pomocy przedstawionych w artykule należą Oddziały Psychiatryczne Dienne i Oddziały Rehabilitacji Psychiatrycznej.

Podstawowymi formami rehabilitacji są: treningi umiejętności, psychoedukacja, psychoterapia, muzykoterapia, rehabilitacja ruchowa, obozy terapeutyczne.

W artykule zwrócono uwagę na znaczenie pracy, która umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym oraz jest skutecznym narzędziem w walce z chorobą. Odpowiedzią na potrzebę rehabilitacji zawodowej są opisane w artykule Warsztaty Terapii Zająciowej (WTZ) oraz Zakłady Aktywności Zawodowej (ZAZ).

Na poprawę obrazu osób chorych psychicznie w społeczeństwie ma wpływ realizowana w Polsce kampania społeczna pod nazwą „Schizofrenia- Otwórzcie Drzwi”.

Słowa kluczowe: rehabilitacja psychiatryczna, schizofrenia

Abstract

The aim of this article is to present different types of rehabilitation techniques aimed at patients with diagnosed schizophrenia. People with mental disorders experience numerous problems both as individuals and as members of society and social support programmes are meant to counteract their social exclusion.

The article presents such forms of help as Psychiatric Day-Care Units and Psychiatric Rehabilitation Wards, which offer skills training, psychoeducation, physical rehabilitation and therapeutic camps.

The article stresses the importance of work, which allows individuals to integrate into the society and is an effective therapeutic tool.

Vocational rehabilitation can be provided by therapy workshops and, later on in the process, by institutions of vocational activity, which offer career counseling.

The perception of people with mental disorders has changed as a result of a social campaign run in Poland, called 'Open the Doors – Schizophrenia'.

Keywords: psychiatric rehabilitation, schizophrenia

Schizofrenia określana jest jako jedna z chorób psychicznych, która w największym stopniu inwalidyzuje osobę na nią chorującą. Rzutuje ona zarówno na indywidualne funkcjonowanie i samopoczucie pacjenta, jak również na członków jego rodziny (1). Jest to choroba przebiegająca z powtarzającymi się okresami remisji i pogorszeń, co sprawia, że pacjenci żyją w ciągłym stresie. Wiąże się ona z wieloma bardzo trudnymi problemami dla pacjenta, np.

bezradnością wobec nawrotów, poczuciem braku kontroli nad tym co się dzieje, trudnościami w komunikacji (2).

Chorzy przewlekle na schizofrenię przestają czerpać radość z życia, tracą przyjaciół, umiejętność radzenia sobie w środowisku społecznym, zdolność do nauki i wykonywania pracy zawodowej. Zmniejszeniu ulega wszelka ich aktywność, często pojawia się nadmierny krytycyzm, poczucie małej wartości, poczucie beznadziejności. Brak zrozumienia tej choroby prowadzi do alienacji

i dyskryminacji pacjenta, stąd jest tak duże zapotrzebowanie na różne formy rehabilitacji (3).

Rehabilitacja psychiatryczna to system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną (4).

Osoby chorujące psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Próbą przeciwdziałania procesowi ich degradacji społecznej są środowiskowe programy wsparcia społecznego. Służą one budowaniu nowych, a z drugiej strony odtwarzaniu zanikających umiejętności społecznych, pozwalających na optymalne funkcjonowanie w środowisku (5).

Do środowiskowych form pomocy dla osób chorujących na schizofrenię należą *Oddziały Dienne Psychiatryczne* i *Oddziały Rehabilitacji Psychiatrycznej*. Oddziały tego typu oprócz kontynuacji leczenia szpitalnego zapewniają pacjentom treningi umiejętności potrzebnych w codziennym życiu, edukację, psychoterapię i wsparcie specjalistów. Pozwalają na zdobycie pełniejszej wiedzy o chorobie i sposobach radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, uczą jak przeciwdziałać jej nawrotom oraz sprzyjają nabywaniu większych kompetencji społecznych i umiejętności życiowych (6).

Jedną z podstawowych form rehabilitacji psychiatrycznej dostępnych w tego typu oddziałach są *treningi umiejętności społecznych*. Treningi obejmują umiejętności ze wszystkich sfer życia potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania. Ich zadaniem jest: kształtowanie motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań i wyrabianie nawyków celowej aktywności. Szczególnie istotne jest odtworzenie i podtrzymanie umiejętności z zakresu: samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, gospodarowania pieniędzmi, nawiazywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, rozwiązywania problemów (7). Ich skuteczność w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi została potwierdzona w licznych badaniach (8,9,10).

Należą do nich:

1. *Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich*- ma na celu nauczanie pacjentów rozwiązywania problemów za pomocą następujących kroków: a. dokładne przyjrzenie się sytuacji, b. opisanie problemu, c. szukanie rozwiązań, d. ocena rozwiązań, e. wprowadzanie rozwiązań w życie (11).
2. *Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy*- celem treningu jest nauczanie pacjentów umiejętności nawiazywania i podtrzymywania kontaktów społecznych. Zagadnienia związane z treningiem są podzielone na pięć zakresów: a. zachowania werbalne i niewerbalne, b. rozpoczynanie rozmowy, c. podtrzymywanie rozmowy, d. uprzejme
- kończenie rozmowy. Zakresy te z racji, że są początkowo trudne dla pacjentów podzielone są na etapy: 1. wprowadzenie, 2. demonstracja, 3. granie ról, 4. zadanie domowe (12).
3. *Trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej*- uczy umiejętności związanych z higieną osobistą. Trening ten obejmuje następujące czynności: dbanie o wygląd zewnętrzny, mycie całego ciała, mycie rąk, dbanie o stopy, dbanie o paznokcie, dbanie o włosy, dbanie o higienę jamy ustnej, dbanie o bieliznę osobistą, pranie bielizny osobistej (13).
4. *Trening kulinarny* – celem treningu jest nauczanie pacjentów wykonywania prostych posiłków oraz zwrócenie uwagi na rolę zdrowego odżywiania (14).
5. *Trening budżetowy* – celem treningu jest nauczanie pacjentów rozsądnego gospodarowania pieniędzmi oraz orientacji w aktualnych cenach różnych produktów. Pacjenci ćwiczą umiejętność planowania zakupów i radzenia sobie z ewentualnymi sytuacjami trudnymi w ich trakcie (15).
6. *Trening techniczny*- pacjenci uczeni są podstawowych umiejętności technicznych, potrzebnych do wykonania prostych napraw domowych, takich jak: wbijanie i wyciąganie gwoździ, wymiana bezpieczników, żarówek, uszczelnianie okien i drzwi, wymiana zamka, uszczelki w kranie itp.(16).
7. *Trening umiejętności praktycznych*- uczy jak dbać o ubrania i obuwie. Obejmuje naukę: konserwacji i czyszczenia obuwia, szycie, przyszywanie guzika, cerowania, pranie ręczne i w pralce, prasowanie (17).
8. *Trening umiejętności społecznych. Przygotowanie do podjęcia pracy*- celem treningu jest: a. nabycie lub utrwalenie pewnych nawyków i umiejętności potrzebnych w pracy zawodowej, b. nauczanie się szukania pracy, c. zdobycie umiejętności odpowiedniego zachowania się wobec urzędników lub pracodawcy, d. sprawne załatwienie formalności związanych z podjęciem pracy (18).
9. *Trening aktywnego udziału w leczeniu farmakologicznym*- celem treningu jest stopniowe osiąganie przez pacjenta coraz większej samodzielności w dziedzinie własnego leczenia farmakologicznego. Realizowane są następujące zagadnienia: 1. uzyskiwanie informacji o leczeniu przeciwpyschotycznym, o lekach i ich działaniu. 2. zasady samodzielnego przyjmowania leków i ocena skutków ich działania. 3. rozpoznawanie objawów ubocznych i radzenie sobie z nimi. 4. rozmowa z lekarzem o leczeniu i jego efektach (3, 19)

Powyżej przedstawione treningi zostały wypracowane w jednym z głównych ośrodków rehabilitacji

psychiatrycznej - Clinic Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation przy Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles, pod kierunkiem profesora Roberta Libermana. (7).

U pacjentów chorujących na przewlekłą postać schizofrenii ujawniają się liczne deficyty w funkcjonowaniu poznawczym. Pacjenci ci wymagają szczególnych oddziaływań korekcyjnych w tej sferze. *Trening umiejętności poznawczych* ma na celu redukcję deficytów poznawczych. Podczas sesji umiejętności poznawczych pacjenci w niewielkich grupach wykonują ćwiczenia polegające na np. sortowaniu kartoników z liczbami i figurami geometrycznymi według wzoru, podawaniu jak największej liczby skojarzeń do określonego słowa, wyszukiwaniu wyrazów w tekście zawierających podaną literę, rysowaniu z pamięci wcześniej prezentowanych złożonych figur geometrycznych, uzupełnianiu par słów, tworzeniu opowiadań z dostarczonych urywkowych zdań itp. (20,21,22).

Powszechnie znaną i opisywaną w literaturze formą rehabilitacji jest *psychoedukacja* (3, 23, 24), która może być skierowana do pacjenta, ale również do jego rodziny i może odbywać się w formie *psychoedukacyjnych spotkań dla rodzin*. Jest to zazwyczaj cykl wykładów na temat schizofrenii, jej leczenia i zapobiegania nawrotom. Podczas zajęć grupowych pacjenci uzyskują podstawowe informacje o chorobie, leczeniu, teorii podatności i stresu, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i prawach pacjenta, uczą się rozpoznawania wczesnych objawów ostrzegawczych, metod radzenia sobie z chorobą i rozwiązywania problemów z nią związanych. Zajęcia edukacyjne są wzmacniane przez ćwiczenia metodami behawioralno-poznawczymi.

Formą skutecznego oddziaływania rehabilitacyjnego na pacjenta chorego na schizofrenię jest również *psychoterapia*. Jest ona cennym uzupełnieniem terapii lekami antypsychotycznymi i pozwala na rozwój pozytywnych mechanizmów radzenia sobie. Najczęściej używaną formą jest terapia behawioralno-poznawcza. Na uwagę zasługuje tu propozycja terapii behawioralno-poznawczej o nazwie STOPP, skierowana do pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy. W programie STOPP szczególnie akcentuje się pracę z przetrwałymi objawami pozytywnymi, które nie ustąpiły w pełni, mimo leczenia farmakologicznego. W swojej formie jest terapią indywidualną i krótkoterminową. Przebiega ona etapami: 1 Faza- nawiązanie relacji terapeutycznej, 2 Faza- eksploracja psychozy i stylów radzenia sobie, 3 Faza- rozwijanie zdolności zastosowania posiadanej wiedzy do zrozumienia doświadczeń i przeżyć (wgląd), 4 Faza- zakończenie współpracy (25).

Znaną i cenioną formą psychoterapii, która znajduje szerokie zastosowanie w leczeniu schizofrenii jest

muzykoterapia. Celem tej terapii jest stopniowe kształtowanie poczucia tożsamości u pacjenta i wzmacnianie jego „ja”. Proces ten przebiega w kilku fazach, począwszy od pracy z pojedynczymi dźwiękami w kierunku złożoności materiału dźwiękowego, od chaosu do strukturyzacji, od krzyku do ustrukturyzowanego śpiewu. Przy czym we wszystkich tych działaniach muzycznych nie chodzi o efekty artystyczne ale o wyrażanie siebie (26).

Współcześnie stosowaną metodą leczenia w warunkach Oddziałów Dziennych i Rehabilitacyjnych jest *rehabilitacja ruchowa*. Aktywizacja motoryki jest szczególnie ważnym zadaniem dla specjalisty rehabilitacji ruchowej. Chory w szpitalu spędza znaczną część czasu w pozycji leżącej, co negatywnie wpływa na jego kondycję fizyczną. Zajęcia ruchowe mają na celu zapobieganie utracie sprawności fizycznej i jej przywracanie. Urozmaicony sposób prowadzenia zajęć nie tylko usprawnia chorego, ale przez wprowadzenie zajęć grupowych powoduje nawiązanie więzi społecznych (27).

Znaną i praktykowaną formą rehabilitacji poszpitalnej są *obozy terapeutyczne*. W Polsce organizowane są dwa typy obozów. Pierwszy o profilu terapeutyczno-rehabilitacyjnym, z ustalonym programem, gdzie zajęcia treningowe i relaksacyjne służą procesowi terapii. Drugie to turnusy rehabilitacyjno-wypoczynkowe, gdzie głównym celem jest rekreacja i wypoczynek. Celem obozów jest: 1. stworzenie pacjentowi możliwości zdobycia własnych doświadczeń psychospołecznych, 2. rekreacja i polepszenie sprawności fizycznej, 3. rozwijanie postawy twórczej w codziennym życiu, 4. intensywne leczenie przez dwa tygodnie metodami psychologicznymi. Uczestnicy obozów potwierdzają, że dzięki nim nabrali większej pewności siebie, stali się samodzielni i polepszyli umiejętność komunikacji z innymi (28,29,30).

Specjaliści z dziedziny psychiatrii i psychologii zauważyli, że praca jest wartością, która umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym, ponadto jest ona skuteczną formą rehabilitacji. Na rynku pracy często osoby chorujące są traktowane jako pracownicy gorszej kategorii. Odpowiedzią na potrzebę rehabilitacji zawodowej są *Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ)*. Uczestnik WTZ-ów może podjąć pracę w jednej z licznych pracowni terapii zajęciowej. Powszechnie znane są pracownie krawieckie, komputerowe, gospodarstwa domowego, stolarskie, plastyczne itp. W pracowniach tego typu przygotowywane są do sprzedaży produkty wykonywane przez uczestników, ponadto organizowane są sezonowe kiermasze. Celami rehabilitacyjnymi warsztatów jest dbanie o indywidu-

alny rozwój każdego uczestnika w zakresie: podstawowych umiejętności życiowych, społecznych i zawodowych oraz zdolności radzenia sobie z chorobą. Zapewniają one uczestnikom odpowiednią formę treningu pracy, sprzyjają kontaktom społecznym i zapobiegają wyobcowaniu pacjenta psychiatrycznego (31). Kolejnym etapem rehabilitacji zawodowej jest zatrudnienie w *Zakładach Aktywności Zawodowej*. W literaturze można odnaleźć przykłady tego typu instytucji działających na rynku polskim, trudniących się zatrudnieniem osób chorujących psychicznie, jak znany w Krakowie hotel i restauracja (32).

Leczenie środowiskowe, oprócz płynących z niego korzyści rehabilitacyjnych, ma również znaczenie dla kosztów leczenia osób chorych psychicznie. Wdrożenie programów wsparcia społecznego i rehabilitacji dla przewlekle chorych psychicznie w ramach pomocy społecznej umożliwia redukcję świadczeń całodobowych (33).

Dobrą obecnie uwidaczniającą się tendencją jest stopniowa praca mająca na celu zmniejszenie dyskryminacji osób chorujących psychicznie, której wyrazem jest kampania społeczna pod nazwą „Schizofrenia – Otwórzcie drzwi”, jest ona realizowana w Polsce od września 2000 roku. Jej celem jest poprawa społecznego odbioru osób chorych na schizofrenię i pogłębienie tolerancji dla osób chorujących psychicznie. Jest to program WPA (Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego) realizowany w Polsce jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Program obejmuje cztery obszary działania: 1. współpracę z mediami, 2. program edukacyjny, 3. działania praktyczne, 4. badanie postaw. „Dziesięć tez o schizofrenii” wypracowane przez Ogólnopolską grupę Koordynatorów Programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” ma służyć realizacji programu i stanowić podstawę do dyskusji nad postawami społecznymi prezentowanymi w stosunku do osób chorujących na schizofrenię(34).

References

1. Pełka- Wysiecka J., Wroński M., Korwin- Piotrowska K., Wysiecki P. Schizofrenia deficytowa – diagnostyka, terapia, rehabilitacja. *Psychiatria*, 2009, 11-12: 21-24
2. Liberman R. P., Fuller T.R. Generalizacja treningów umiejętności społecznych w schizofrenii. W: Meder J., red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
3. Meder J. Schizofrenia- leczenie i rehabilitacja. *Przew. Lek.* 2004, 5: 52-59.
4. Ekdawi M., Conning A. *Rehabilitacja psychiatryczna*. Praktyczny przewodnik. PZWL, Warszawa, 1995.
5. Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S. Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2009; 18(1):43-50.
6. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoterapia* 3 (150) 2009: 43-55.
7. Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
8. Kasperek B., Spiridonow K., Chądzyńska M., Meder J. Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętność rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji. *Psychiatria Polska*, 2002, t. XXXVI, n. 5: 717- 730.
9. Sawicka M., Meder J. Kompleksowa rehabilitacja pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię jako źródło zmian w zachowaniu i życiu emocjonalnym – wyniki wstępne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1996, 5: 393-399.
10. Spiridonow K., Kasperek B., Chądzyńska M., Meder J. Nabywanie wiadomości na temat rozwiązywania problemów związanych z chorobą- porównanie metody treningu behawioralnego i psychoedukacji w grupie osób chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2002, 11: 371-381.
11. Morowiec. M., Orzechowska Z., Wachowiak O. Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
12. Sawicka M. Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
13. Bednarek A., Kołaczek A. Trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
14. Bednarek A., Kołaczek A. Trening kulinarny. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
15. Bednarek A., Kołaczek A. Trening budżetowy. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
16. Meder J., Stępień K. Trening techniczny. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
17. Stępień K., Trojanowska E. Trening umiejętności praktycznych. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
18. Chwedorzewska- Kowalska B., Krawczyk M. Trening umiejętności społecznych. Przygotowanie do podjęcia pracy zawodowej. W: Meder J. (red.) *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996.
19. Meder J. Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym. Fundacja IpiN, Warszawa 1995.
20. Nieznański M. Trening Umiejętności poznawczych- możliwości i ograniczenia nowej formy rehabilitacji w schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2000, t. XXXIV, n. 2:267-274.
21. Nieznański M., Czerwińska M., Chojnowska A., Walczak S., Duński W. Ocena efektywności treningu umiejętności po-

- znawczych w schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2002, t. XXXVI, n 5: 745-757.
22. Nieznański M., Walczak S. Chojnowska A. Rehabilitacja umiejętności poznawczych w schizofrenii- doniesienia wstępne. *Wiadomości psychiatryczne* 2000, t. 3, n 2: 79-84.
 23. Hintze B., Gołębiwska M., Krzyzanowska- Zbucka J. Zapobieganie nawrotom schizofrenii- program i wstępne doświadczenia. *Wiadomości Psychiatryczne* 1999, II, 2: 149-155.
 24. Górna R. Geneza, założenia oraz modele programów psychoedukacyjnych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1997, 6, suplement 2 (5): 61-70.
 25. Waluk A., Falkowska- Ślęczyńska M., Czernikiewicz A. STOPP- propozycja terapii poznawczo- behawioralnej u pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy- program australijski. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2007: 16 (4): 357- 360.
 26. Galińska E. Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach oddziału dziennego. *Psychoterapia* 3(78), 1997 R.
 27. Żarów W. Postawa chorych psychicznie wobec rehabilitacji ruchowej. *Wiadomości Psychiatryczne*, 2000, t. 3, n 1.
 28. Bielańska A. Cechnicki A. Obozy terapeutyczne w środowiskowym programie leczenia chorych na schizofrenię. *Bilans* 20 lat. *Psychoterapia* 4 (99) 1996: 69-80.
 29. Podbielsi Z. Obozy terapeutyczne i turnusy rehabilitacyjne. *Psychoterapia* 4 (115) 2000: 49-54.
 30. Bogacz J., Spigel V. Terapeutyczno- rehabilitacyjne walory górskich obozów wędrownych. *Psychoterapia* 4 (119) 2001: 49-57.
 31. Cechnicki A., Kaszyński H. Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, 9: 427- 434.
 32. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej- 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoterapia* 3(150), 2009: 43-55.
 33. Załuska M., Suchecka D., Traczewska Z., Paszko J. Znaczenie środowiskowych placówek wsparcia społecznego dla kosztów leczenia osób przewlekle chorych. *Psychiatria Polska* 2004, t. XXXVIII, n.5: 911-922.
 34. Cechnicki A., Bielańska A. Schizofrenia- Otwórzcie Drzwi- program przeciwko piętnu i dyskryminacji osób chorych na schizofrenię. W: Bomba J., de Barbaro B. (red.) *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2002.

Correspondence address

Beata Pawłowska
Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1
tel.: 81 744 09 67
e mail: pawlowskabeata@tlen.pl